



V Congreso Español de Lactancia Materna

5, 6 y 7 de Marzo 2009

Murcia

www.ihan.es/congresos

AUDITORIO Y CENTRO DE CONGRESOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Declarado de Interés Científico Sanitario por la Consejería de Sanidad y
Consumo de la Región de Murcia



Arrixaca

Depósito Legal: MU-839-2009

INDICE

INDICE	2
DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO.....	14
PRESIDENCIA DE HONOR	15
Comité nacional de la IHAN.....	17
Comité Organizador.....	18
Comité Científico	21
PROGRAMA	23
Jueves, 5 de marzo de 2009	24
Viernes, 6 de marzo de 2009.....	27
Sábado, 7 de marzo de 2009	29
PONENCIAS	30
Mesa inaugural: “Crecimiento del lactante amamantado”	30
Crecimiento de los lactantes amamantados durante las primeras semanas de vida.....	31
Experiencia de los pediatras y enfermeras de atención primaria con los lactantes amamantados.....	38
Experiencia de los pediatras de atención primaria con los lactantes amamantados.....	38
La consulta de enfermería pediátrica en atención primaria y la lactancia natural (LN)...	44
Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna.....	58
Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna.....	61
Mesa 1: “Estrategia de Atención al parto normal”.....	62
Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: presentación de la iniciativa	63
Aspectos obstétricos	67
Aspectos neonatales	68
Perspectiva de una madre.....	73
Mesa 2: “Procesamiento de la leche humana”	75
Procesamiento de la leche humana desde el punto de vista de la calidad y la seguridad.....	76
Procesamiento de la leche de madre en una unidad neonatal	84
Distintos modelos de bancos de leche en España	92
Banco de Leche Humana del Servicio de Neonatología.....	92
El Banco de Leche Materna de las Illes Balears.....	95
Mesa 3: “Nuevas alternativas para ayudar en la posición de amamantamiento”.....	98

El afianzamiento espontáneo.....	99
Biological Nurturing: Posiciones óptimas para desencadenar reflejos estimulantes del amamantamiento.....	112
Mesa 4: “Pezón doloroso”.....	129
Lesiones del pezón. Prevención y manejo.....	130
Tratamiento de la mastitis.....	139
Amamantamiento doloroso. Candida versus Estafilococo.....	144
Síndrome de Raynaud. Desencadenantes y manejo.....	147
Mesa 5: “Lactancia materna: los primeros pasos en la alimentación natural”.....	149
Alimentación natural: integrando estrategias en la prevención del cáncer y la obesidad.....	150
Barreras para la alimentación natural. ¿Dónde está el problema? Tenemos la solución.....	156
Razones científicas para consumir productos ecológicos.....	158
La alimentación natural en el marco de la agenda 21 escolar.....	159
Mesa 6: “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”.....	168
Iniciativa centros de salud amigos de la madre y el niño (ICSAMN).....	169
Proyecto de formación de formadores en la IHAN.....	178
Situación de la IHAN en el mundo y en España. Pasado, presente y futuro.....	185
Mesa 7: “Calidad y Lactancia materna”.....	193
Políticas y estrategias de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el ámbito europeo.....	194
Modelos de calidad y actividades gerenciales orientadas a la adecuación de los servicios sanitarios a la Lactancia Materna.....	195
Experiencia de monitorización de una intervención de PPA a la LM basada en la IHAN.....	211
Desarrollo de un programa de PPA de la LM en un Área de salud con un enfoque de calidad total.....	212
Mesa 8: “Mejores experiencias”.....	225
Apoyo a la Lactancia Materna vía telefónica atendido por enfermería.....	226
Resultados de la Experiencia del Voluntariado de Madres en el Hospital: Una Primera Aproximación.....	227
Presentación de una política de lactancia materna consensuada entre Atención Primaria y Especializada.....	237
Hermanamiento de áreas de salud. Una propuesta novedosa para la difusión de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.....	239
COMUNICACIONES.....	240
Comunicaciones Orales.....	241

C-01 ¿Producen Auténtico Calostro las Madres que Amamantan a un Hijo Previo Durante el Embarazo?.....	242
C-02 Evaluación de la Capacidad Bactericida de la Leche Materna. Comparación Entre Mujeres con Gestación Pre-Término (PT) y Gestación A-Término (AT).....	243
C-03 Capacidad Bactericida de la Leche Materna: Efecto de la Etapa de la Lactancia	244
C-04 Apetito Materno por la Sal de la Dieta y Cese de la Lactancia	245
C-05 Impacto Inicial de la Apertura de un Banco de Leche en una Unidad Neonatal...246	
C-06 Impacto del Banco de Leche Humana en la UTI-Neonatal	247
C-07 Características de las Mujeres Donantes de un Banco de Leche Humana	248
C-08 Receptores de Leche Donada: Experiencia del Banco de Leche Humana del 12 de Octubre	249
C-09 Acidez Dornic y Crematocrito para la Administración de Leche Donada a la Carta	250
C-10 Correlación entre el Crecimiento Bacteriano en la Leche Humana Donada y la Acidez Dornic	251
C-11 Contribución Relativa de Factores Genéticos y Ambientales a la Conducta de Lactancia Materna. Un Estudio de Gemelas.....	252
C-12 Evolución de la Conducta de Inicio y Mantenimiento de la Lactancia Materna. Variaciones en Función del Nivel Educativo de la Madre	253
C-13 Lactancia Materna. Una Maternidad Implicada	255
C-14 Voluntariado de Madres en el Hospital: Una Experiencia Innovadora y Prometedora en el Apoyo a la Lactancia	256
C-15 Desacuerdo Entre Madres y Profesionales en un Hospital Amigo de los Niños: Un Estudio Cualitativo	257
C-16 Apoyo Grupal Mixto a la Lactancia Materna: Experiencia en un Centro de Salud.....	258
C-17 Incremento del Inicio y Duración Media de la Lactancia Materna Tras Intervención Educativa en Atención Primaria.....	260
C-18 Consulta de la Lactancia Materna en una Unidad de Salud de Medioambiental Pediátrica. Nuestra Experiencia	261
C-19 ¿Qué Demanda la Población a una Consulta de Lactancia Materna?	262
C-20 Los Retos de los Sistemas de Salud Frente a las Comunidades Virtuales sobre Embarazo, Parto y Posparto	264
C-21 Influencia de la Corrección del Agarre en el Éxito de la Lactancia Materna: Estudio Experimental.....	265
C-22 Mastitis, Dificultad Temprana, y Propuesta Protocolo de Actuación.....	266
C-23 ¿Qué Conocimiento Común y Mitos sobre la Lactancia Materna Tienen los Alumnos de Enfermería?.....	268
C-24 ¿Apoyan Realmente los Pediatras la Lactancia Materna?	269

C-25 Formación Obligatoria en Lactancia Materna para los Profesionales de Nueva Incorporación.....	270
C-26 Beneficios de la Hospitalización Domiciliaria	272
C-27 Análisis de la Adecuación de los Datos de un Sistema de Información de Atención Primaria a los Indicadores de Resultado en LM Propuestos por la OMS.....	273
C-28 El Papel del Sistema de Información en la Implementación de la IHAN y la Estrategia del Parto Normal: Una Experiencia de Área	274
C-29 Evaluación del Impacto de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños Sobre la Duración de la Lactancia Materna en un Área de Salud Española	275
C-30 Experiencia de una Intervención Coordinada Entre Niveles de Atención de Promoción Protección y Apoyo a la LM en un Área de Salud Basada en la IHAN	276
Comunicaciones Póster.....	278
P001 El Método Lactancia y Amenorrea: Un Anticonceptivo Seguro y Eficaz	279
P002 Examen Prenatal de las Mamas como Profilaxis de Posibles Problemas en el Inicio de la Lactancia	280
P003 Parámetros Físico-Químicos de la Leche Materna: Posible Relación con la Capacidad Bactericida.....	281
P004 El Interés del Método Dicke en los Transtornos de la Lactancia.....	282
P005 Observación y Evaluación de la Toma	283
P006 Herramientas de Valoración de la Lactancia Materna.....	284
P007 Presentación de una Escala de Evaluación de Eficacia de Lactancia Materna: El Latch.....	286
P008 Adaptación Preliminar al Español de la Escala MBFES (Maternal Breastfeeding Evaluation Scale).....	288
P009 Adaptación Preliminar al Español de la Escala Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES).....	289
P010 Eficacia de la Técnica de la Sonda en la Lactancia Materna para Puérperas con Pezones Planos o Invertidos	290
P011 Una Alternativa en la Dificultad del Enganche.....	291
P012 Lactancia Materna en Deportistas de Élite	292
P013 La Lactancia en Tándem y el Crecimiento del Recién Nacido	293
P014 ¿Es la Lactancia en Tándem Causa de Pérdida de Peso Materno Durante el Embarazo?	294
P015 Espectro Calórico de la Leche Humana Donada al Banco de Leche del Hospital 12 de Octubre.....	295
P016 Bancos de Leche Materna en España.....	296
P017 ¿Conservar en Plástico o Vidrio? Esto Huele a Leche.....	297
P018 Políticas y Estrategias en la Última Década para el Apoyo de la Lactancia Materna.....	298
P019 Diseño de Estrategia de Implantación de Programa de Calidad sobre Lactancia Materna. Utilidad del Análisis de Campos de Fuerza.....	299

P020 Talleres de Habilidades. Clave para el Fomento de la Lactancia Materna	300
P021 Estrategia Educativa con Métodos Activos para Fomentar la Lactancia Materna en Embarazadas	302
P022 Promoción Hospitalaria de la Lactancia Materna	304
P023 La Lactancia Materna en Diez Pasos	305
P024 Humanización de las Cesáreas. Situación en un Hospital	307
P025 Implantación del Contacto Precoz en los Nacimientos por Cesárea.....	308
P026 Cesárea Programada en Alojamiento Conjunto. Promoción de la Lactancia Materna.....	309
P027 Quiero Seguir con mi Mamá. Lactancia Materna tras una Cesárea.....	311
P028 Camino Hacia un Sueño. Implementación del Contacto Piel con Piel	312
P030 Impacto de la Educación Sanitaria en el Hospital Comarcal del Noroeste: Posibles Obstáculos	313
P031 Estrategias para Fomentar la Lactancia Materna en la Unidad de Puerperio.....	314
P032 Estancia de las Puérperas en un Hospital Universitario.....	316
P033 Información Puerperal como Herramienta de Ayuda.....	318
P034 Intervención de Educación para la Salud en Plantas de Obstetricia: Talleres Sobre Lactancia Materna para Puérperas Ingresadas y sus Familias	319
P035 Guía sobre Lactancia Materna para las Familias de Neonatos Ingresados en una Unidad Neonatal.....	321
P036 Salvando las Barreras Lingüísticas y Culturales en Pro de la Lactancia Materna.....	322
P037 Actuación ante las Dificultades en la Lactancia Materna en un Hospital Amigo de los Niños	324
P038 Mejoría de los Conocimientos en Lactancia Materna del Personal Sanitario Mediante Cursos de Capacitación	325
P039 Formación y Sensibilización de los Profesionales de Enfermería como Estrategia para Promover la Lactancia Materna	327
P040 Punto y Seguido. Mas Allá de la Acreditación	328
P041 Promoción de la Lactancia Materna mediante la Protocolización de la Práctica Enfermera. Una Buena Práctica Basada en la Evidencia.....	329
P042 Implantación de un Programa Educativo de Promoción de la Lactancia Materna. Fase Descriptiva.....	330
P043 Implantación de un Programa Educativo de Promoción de la Lactancia Materna. Fase de Intervención.....	331
P044 La Consulta de Lactancia Materna en Atención Primaria.....	333
P045 Experiencia en el Taller de Lactancia Materna de un Centro de Salud	334
P046 Mejora de la Formación sobre la Lactancia Materna de los Profesionales Sanitarios en un Centro de Atención Primaria	335

P047 Aumento en la Duración de la Lactancia Materna en una Población Rural tras Intervención	336
P048 Evaluación del Plan de Mejora en la Atención a la Mujer Lactante en un Centro de Atención Primaria de Salud	338
P049 Promoción de la Lactancia Materna en un Área de Salud Mediante la Creación de una Comisión de Lactancia	339
P050 Estrategia de Implantación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en un Área de Atención Primaria.....	341
P051 Influencia de la Instauración de un Plan de Mejora sobre Lactancia Materna en la Prevalencia de Lactancia Materna a Distintas Edades	343
P052 Impacto del Nuevo Protocolo del Grupo Mútua de Terrasa en la Prevalencia de la Lactancia Materna	344
P053 Necesidades, Motivaciones, Actitudes y Valores de las Madres de Nuestra Comunidad con Relación a la Lactancia Materna: Un Estudio Cualitativo	345
P054 Evaluación del Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007 en una Comunidad Autónoma.....	346
P055 Modelo de Coordinación para la Lactancia Materna entre Hospital y Asistencia Primaria	347
P057 10 Años Apoyando la Lactancia Materna en les Illes Balears.....	348
P058 La Lactancia Materna de Madre a Madre	349
P059 Lactancia Materna y Educación Para la Salud	351
P061 Mantenimiento de la Lactancia Materna en Guarderías y Centros Infantiles (Protocolo)	352
P062 Propuestas de Adaptación del Medio Laboral a la Lactancia Materna	353
P063 Aplicación de Nuevos Recursos en la Promoción de la Lactancia Materna	354
P065 Beneficios de la Lactancia Materna a Largo Plazo: Una Revisión Crítica de los Sesgos Metodológicos en los Estudios Meta-Analíticos.....	355
P066 El Padre También se Beneficia del Contacto Piel-Piel Ininterrumpido.....	356
P067 ¿Cuáles son los Conocimientos de las Puérperas al Alta?	357
P068 ¿Qué Preocupa a las Madres Gestantes de la Lactancia Materna y Cuidados del Recién Nacido?	358
P069 Experiencia en un Hospital Comarcal del Inicio Precoz de la Lactancia Materna desde una Perspectiva Multidisciplinar	360
P070 Experiencia en un Hospital Comarcal del Inicio Precoz de la Lactancia Materna desde una Perspectiva Multidisciplinar	361
P071 Experiencia Sobre la Lactancia Materna desde Atención Primaria en Nuestra Área de Salud.....	362
P072 Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Profesionales Sanitarios sobre la Lactancia Materna	363
P073 El Conocimiento de los Estudiantes de Enfermería sobre la Lactancia Materna: De Los Mitos a la Realidad	364

P074 Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna en Estudiantes de Medicina.....	366
P075 Motivación Materna Versus Formación del Profesional Sanitario ¿Cuánto Puede Hacer el Equipo de Pediatría?	368
P076 Valoración del Apoyo que Realizan los Profesionales Sanitarios a La Lactancia Materna en Nuestra Provincia	370
P077 Opiniones del Personal de un Hospital Comarcal sobre Aspectos de Lactancia.	371
P078 Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna: Percepción de los Profesionales de la Salud sobre las Prácticas	372
P079 Consulta Puerperal Precoz Matrona-Enfermera de Pediatría. Nuestra Clave para una Lactancia Materna Eficaz.....	373
P080 La Consulta de Lactancia: Una Necesidad.....	375
P081 Lactancia Materna y Alimentación Complementaria	376
P082 El Momento de Inicio de la Alimentación Complementaria Influye en la Duración Total de la Lactancia.....	378
P083 Estudio Piloto de Calidad y Hábitos Alimentarios en Niños Procedentes de Distintas Lactancias.....	379
P084 Evolución del Peso a lo Largo del Primer Año de Vida en Relación al Tipo de Lactancia	380
P085 Lactancia Materna y Situación Laboral de la Mujer.....	381
P086 Taller de Lactancia Materna: Dos Años de Magia en la Tarde de los Lunes en un Espacio Público no Sanitario Coordinado por Tres Asesoras	382
P087 Experiencia Comunitaria en Promoción de Lactancia Materna.....	383
P088 Mantenimiento de la Lactancia Materna en Niños que Acuden a Talleres de Lactancia e Influencia de las Características Maternas	384
P089 La Lactancia Materna Eficaz no Está Garantizada en Madres con Experiencia.	385
P090 Intervención Enfermera en la Comunidad: Implantación de un Grupo de Autoayuda en Lactancia Materna.....	386
P091 Estudio Descriptivo de los Registros de Enfermería Sobre la Lactancia Materna Durante la Estancia Hospitalaria.....	387
P092 Informe de Enfermería al Alta: Una Realidad e Instrumento para el Seguimiento de la Lactancia Materna y la Continuidad de Cuidados.....	388
P093 Valoración de la Administración de Suplementos en una Unidad de Obstetricia	390
P094 Evaluación de la Observación de una Toma en Púerperas	392
P095 Tiempo Destinado a Resolver Dudas sobre Lactancia Materna	394
P096 Motivo de Abandono Lactancia Materna en la Región de Murcia en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria	395
P097 Calidad de Registro de la Lactancia Materna en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en la Región de Murcia	396
P098 Producción Científica en España sobre Lactancia Materna. Estudio Comparativo Entre Comunidades Autónomas	397
P099 Análisis de las Aportaciones a un Foro Virtual sobre Lactancia Materna	399

P100 Realidad en el Tipo de Lactancia en Hijos de Profesionales de un Comarcal.....	400
P101 Influencia de la Elección del Tipo de Lactancia en Hijos de Profesionales de un Comarcal	402
P102 Prevalencia y Análisis de la Lactancia Materna Exclusiva en una Zona Básica de Salud.....	404
P103 Estudio Descriptivo de la Alimentación en los Primeros Seis Meses de Vida.....	406
P104 Estudio de Prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva	408
P105 Primer Estudio de Incidencia, Prevalencia y Conocimientos sobre los Beneficios de la Lactancia Materna	410
P106 Comparación de Prevalencias de la Lactancia Materna en dos Zonas de Salud: Urbana y Rural	411
P107 Hábitos de Lactancia Natural entre las Madres Gestantes de un Área Sanitaria	413
P108 Prevalencia de la Lactancia Materna Durante los Primeros 6 Meses en un Área Sanitaria.....	415
P109 Prevalencia de la Lactancia Materna a los 6 Meses de Edad en Lactantes Nacidos en un Hospital Amigo de los Niños	416
P110 Lactancia Materna: Invertir en Salud	417
P111 Lactancia Materna en Mujeres Ecuatorianas. Influencia de los Factores Socioculturales	419
P112 Apoyando la Lactancia Materna ¿Los Resultados nos Animam a Continuar?	421
P113 Evolución de la Lactancia Materna en una Cohorte Urbana	423
P114 Lactancia Materna en el Noroeste Murciano Tras Nuestros Primeros Pasos en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.....	425
P115 Momentos Críticos de Abandono de la Lactancia en una Población Atendida por un Hospital Amigo de los Niños	426
P116 ¿Dio Usted el Pecho a su Hijo?	427
P117 Prevalencia de la Lactancia Materna en las 6 Áreas Sanitarias de la Región de Murcia	428
P118 Factores Asociados al Inicio de la Lactancia Materna en un Área de Salud con Baja Prevalencia de LM al Alta.	429
P119 Relación de la LM a las 48 Horas con la Tasa de Lactancia Materna Exclusiva al Alta en una Unidad de Neonatos.....	430
P120 Lactancia Materna en Niños Ingresados en el Periodo Neonatal: ¿Cómo lo Hacemos y Qué Resultados Obtenemos?	432
P121 De Maternidad a Neonatología: Signos de Alarma	434
P122 Prácticas Inadecuadas de Lactancia Materna y Asociación con Déficit Nutricional.....	436
P123 Ingreso del Recién Nacido: Influencia en la Decisión de Lactar.....	437
P124 Consulta de Seguimiento Neonatal ¿Un Arma Efectiva en la Disminución del Número y Duración de los Ingresos para Recibir Fototerapia?	438

P125 Efecto Protector de la Lactancia Materna en el Desarrollo de la Lactancia Materna en el Desarrollo de Obesidad Infantil	440
P126 ¿Es Eficaz la Lactancia Materna para la Prevención de la Obesidad?.....	442
P127 La Matrona en la Prevención de la Obesidad Infantil: Lactancia Materna	444
P128 Características de la Lactancia en Niños con Déficit Cognitivo Moderado o Grave.....	446
P129 Lactancia Materna y Síndrome de Down.....	447
P130 Lactancia Materna en Recién Nacidos con Necesidades Especiales.....	448
P131 Lactancia Materna en Recién Nacidos con Labio Leporino	450
P132 Anquiloglosia y Lactancia Materna	452
P133 Macroprolactinoma y Lactancia Materna Prolongada	453
P134 La Diabetes no Debe Ser Obstáculo en Lactancia Materna.....	454
P135 Lactancia Materna y Círcula Mamaria	455
P136 Posturas de Lactancia Materna en la Mujer con Fibromialgia.....	457
P137 ¿Debe Estar Contraindicada la Lactancia en Madres Infechadas por el VIH con Tratamiento Antirretroviral?	458
P138 Lactancia Materna: ¿Prevención del Cáncer de Mama?.....	459
P139 Rol de la Matrona en la Identificación de Lesiones Cutáneas Mamarias Frecuentes que Puedan Contraindicar la Lactancia Materna	461
P140 Abordaje de la Ingurgitación Mamaria	462
P141 Actuación sobre Problemas Mecánicos de la Mama en el Establecimiento de la Lactancia Materna	464
P142 Lactancia Materna: Una Opción Terapéutica en la Prevención de la Depresión Postparto	466
P143 Contraindicaciones y Falsas Contraindicaciones de la Lactancia Materna.....	467
P144 Deshabitación Tabáquica y Lactancia. Una Oportunidad para la Acción.....	468
P145 Integrando la Hoja Verde en los Cuidados Durante Embarazo-Lactancia	469
P146 Yoduria en el Postparto, Antecedentes Maternos y Duración de la Lactancia. Primeros Resultados	470
P147 Uso de Antisépticos Yodados Durante el Embarazo, Parto y Lactancia.....	471
P148 Lactancia Materna y Alifuzosina. A Propósito de un Caso.....	473
P149 Ciclo de Mejora de la Calidad del Tratamiento Analgésico Postoperatorio en Cirugía Obstétrica y su Repercusión en la Lactancia Materna	474
P150 Lactancia Materna y Anestesia Obstétrica	476
P151 El Rol de la Matrona en la Administración de Fármacos a la Mujer durante el Amamantamiento	478
P152 Valoración de la Calidad de la Dieta Durante el Embarazo	480
P153 Revisión Sistemática sobre los Métodos para Evaluar la Ingesta de Micronutrientes Durante el Embarazo.....	481

P154 El Código Internacional de Comercialización de Sucedaneos de la Leche Materna.....	482
P155 Ritos de Nacimiento sobre Lactancia Materna en Tres Culturas Diferentes.....	484
P156 Lactancia Materna. Mitos y Creencias.....	485
P157 Enriquecida con Amor.....	486
P158 Lactancia Materna un Bien Intercultural. Dar Pecho es Dar Vida	487
P159 Uso Tradicional de las Plantas en la Lactancia Materna.....	488
P160 Papel de la Enfermera como Promotora de la IHAN e ICSAN.....	490
P161 Diagnósticos de Enfermería y Lactancia Materna	491
P162 Valoración Continuada de la Lactancia Materna	493
P163 La Lactancia Materna en el Espacio Europeo de Educación Superior. La Exigencia de una Formación en Competencias.....	494
P164 Lactancia Materna en el Currículum de las Profesiones Sanitarias: Estudio Comparativo	495
P165 El Rol del Padre en la Lactancia Materna	497
P166 La Pareja Soporte: Una Figura Fundamental en el Triángulo de la Lactancia.....	498
P167 Binomio Desnudo: Indumentaria en la Lactancia Materna	499
P168 Uso Idóneo de la Indumentaria para la Lactancia	500
P169 El Club de las Muñecas: Otra Forma de Jugar y Educar	501
P170 Vigilando el Código: Las Lecturas y los Juegos que Atentan Contra la Lactancia Materna	502
P171 Lactancia Materna en el Arte	504
P172 Alimentación Natural y Lactancia Materna en los libros de texto de Educación Infantil y Primaria.....	505
P173 La Leche con Buena Letra. Lactancia Materna y Medios de Comunicación.....	506
P174 La Matrona en la Promoción de la Lactancia Materna	507
P175 El Rol de la Matrona Frente Leche Insuficiente.....	509
P176 La Matrona Como Promotora de la Implicación del Padre en la Lactancia.....	511
P177 Análisis DAFO para la Implantación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo de un Servicio de Neonatología.....	512
P178 La Persuasión de la Imagen al Servicio de los Cuidados Neonatales	513
P179 Exploración de la Humanización del Proceso Reproductivo de la Mujer Mediante Grupos Focales	514
P180 Aplicación Práctica de la Iniciativa al Parto Normal: A Propósito de un Caso	515
P181 La Matrona en el Alivio del Dolor: Beneficio del uso del Tens Durante el Periodo Activo del Parto.....	517
P182 La Influencia del Parto en la Lactancia Materna.....	518
P183 Nacimiento Respetado ¿Están Adecuados los Paritorios?	519

P184 Protocolo para la Valoración del Bienestar Fetal en un Parto Eutócico de Bajo Riesgo.....	520
P185 Evolución Histórica de la Legislación Española en Materia de Lactancia Materna (1884-2008).....	521
P186 Situación Actual en la Prevención de Riesgos Laborales en la Lactancia Materna.....	522
P187 Legislación que Protege la Lactancia Materna en Mujeres Trabajadoras de una Región	523
P188 Prestación por Riesgo para la Lactancia. A Propósito de un Caso.....	524
P189 Análisis del Documento Orientaciones para la Valoración del Riesgo Laboral Durante la Lactancia Natural de la AEP.....	525
P190 El Milagro de la Vida se Llama Pablo	526
P191 Relactación ¿Mito o Realidad?	527
P192 Hermanas de Leche y del Corazón, Lactancia en Tándem de Hijos Biológico y Adoptado	528
P193 Mamá, que Guapa Estás. Dos Casos de Lactancia Materna Tras Implantes Mamarios	529
P194 La Historia de mi Lactancia.....	530
P195 Papá Canguro: Bienestar y Confianza.....	531
P196 Conseguir el Agarre a los 21 Días	532
P197 La Lactancia Materna de las Tres Mellizas	533
P198 Estudio Correlacional entre Condiciones de Crianza y Primer Vínculo Afectivo..	534
P199 Agarre Espontáneo al Pecho	535
P200 Cada Gota: Fuente de Salud para tu Hijo.....	536

BIENVENIDA

El Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños ha designado a la ciudad de Murcia para celebrar el V Congreso Español de Lactancia Materna, los días 5, 6 y 7 de marzo de 2009.

Se ha organizado con el firme propósito de que sea del máximo interés para todas aquellas personas que participáis en el mismo. El Comité Científico ha elegido temas del máximo interés tanto por la actualidad de los mismos como por su carácter innovador, estructurados en forma de conferencias, mesas redondas, talleres, mesas de comunicaciones y sesiones de posters. Se ha incorporado como novedad una mesa con las mejores experiencias que se están desarrollando en el país con el fin de estimular el intercambio de buenas prácticas.

Vuestro trabajo y vuestro interés al servicio de este bien en salud que es la lactancia materna es el principal activo con el que contamos todos. Os doy, por tanto, la bienvenida a esta ciudad cuya hospitalidad queda representada por esa matrona, obra de Hernando de Torquemada, que amamanta a un niño que está al lado del suyo propio y que podéis contemplar en el magnífico palacio del Almuñé. Es precisamente esa matrona la que hemos querido simbolizar en el logo de este congreso.

En nombre del Comité Organizador deseo que vuestra estancia en nuestra ciudad sea agradable, en este marco mediterráneo y hospitalario, y espero que nos llevéis en vuestro recuerdo y en vuestros corazones.

Manuel Alcaraz Quiñonero
Presidente el Comité Organizador

DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad y Consumo

Dirección General de Planificación, Ordenación
 Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Clave 1526 CON ACUSE DE RECIBO

NOTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO

Por Orden de fecha 28 de noviembre de 2008 la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Consumo ha dispuesto lo siguiente:

“ANTECEDENTES DE HECHO

1. Solicitante.			Expte.	J-58/2008	
D./D ^a .	SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL		D.N.L.	G30597272	
Domicilio	C/ ARQUITECTO CERDÁN MARTÍNEZ, Nº 1 - 2º A		Localidad	MURCIA	
Cód. Postal	30001	Presentación solicitud	21 de octubre de 2008	Nº Registro de entrada	502999

2. Acto a desarrollar.

Descripción	V CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA		
Lugar de celebración	MURCIA	Fecha	DEL 5 AL 7 DE MARZO DE 2009

En relación al acto arriba indicado ha sido tramitado el correspondiente expediente por la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, y visto el informe favorable a la acreditación emitido por la misma en base a los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1º.- El artículo 2 de la Orden de 12 de junio de 1997, por la que se regula el reconocimiento de interés de actos científico-sanitarios y la acreditación de cursos de interés sanitario, establece que se otorgará el reconocimiento de interés científico-sanitario a aquellas reuniones científicas que bajo la denominación de congresos, jornadas u otras análogas, reúnan los requisitos establecidos en la presente Orden.

Igualmente, se podrá otorgar el reconocimiento de interés científico-sanitario a los trabajos premiados por la Real Academia de Medicina u otras Instituciones sanitarias.

2º.-De acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Orden de 12 de junio de 1997, la competencia para conceder o denegar el reconocimiento de interés científico-sanitario corresponde a al Consejera de Sanidad y Consumo.

En su virtud,

DISPONGO:

Primero. **Otorgar el reconocimiento** de interés científico-sanitario al acto a que se refiere la presente Orden.

Segundo. La presente acreditación quedará sin efecto si se alteraran de modo sustancial las condiciones originarias que fundamentaron su otorgamiento.

Tercero. Dicho reconocimiento tendrá los beneficios señalados en el artículo 10 de la Orden de 12 de junio de 1997, de la Consejería de Sanidad y Política Social, y obliga al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de la misma.

Notifíquese la presente orden al interesado.”

Lo que le notifico en cumplimiento de lo establecido en el artículo 58.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, significándole que contra la mencionada Orden, que agota la vía administrativa, podrá interponer recurso potestativo de reposición ante la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Consumo en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la notificación, o bien, recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación, sin perjuicio de interponer cualquier otro recurso que estime procedente.

Murcia, 9 de diciembre de 2008

LA JEFA DE SERVICIO DE FORMACIÓN CONTINUADA,
 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN



REGION DE MURCIA/ Consejería de
 Sanidad y Consumo/ Registro de la
 CARM

Salida 353 Nº. 200800361463
 15/12/2008 14:48:50 Orig: 1526

PRESIDENCIA DE HONOR



EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

bo.
072/09

S.A.R. la Infanta Doña Cristina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del "**V CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA**", que tendrá lugar en Murcia del 5 al 7 de marzo próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 27 de febrero de 2009

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO.

MURCIA

COMITÉS

Comité nacional de la IHAN

Presidente

Doctor José Arena Ansotegui

Coordinador Nacional

Doctor Jesús Martín-Calama

Representantes de:

UNICEF:	Consuelo Crespo Bofill
Ministerio de Sanidad y Consumo:	Sagrario Mateu Sanchís
Asociación Española de Pediatría:	M ^a José Lozano De La Torre
Federación de Asociación de Matronas Españolas:	Dolors Costa Sampere
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:	Elena Carreras Moratonas
Asociación Enfermería Infancia:	M ^a Carmen Gómez García
La Liga de la Leche España:	Bettina Gerbeau
Asociación Catalana Pro Lactancia Materna:	Carlos González Rodríguez
Asociación Nacional Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos:	Flor Torres Sánchez
Asociación Matronas Españolas:	M ^a Ángeles Rodríguez Rozalén
Sociedad Enfermería Neonatal:	María García Franco

Comité Organizador

Presidente

Manuel Alcaraz Quiñonero.

Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Secretario

Juan Antonio Ortega García.

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Vocales

Francisco Artés Calero.

Presidente Comité Autonómico UNICEF Murcia.

Carmen Cánovas Cuenca.

Matrona CS, Profesora UDM-UMU.

Tomás Fernández Aparicio.

Director General del Servicio Murciano de Salud. Murcia.

Ricardo García de León González.

Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital "Virgen del Castillo". Yecla.

Juan Carlos García Torón.

Ginecólogo del Hospital de Caravaca.

Rafael Gomis Cebrián.

Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Murcia. Presidente de Sociedad Murciana Calidad Asistencial.

Nieves Muñoz Rodríguez.

Matrona. Coordinadora Técnica del Proyecto de atención al Parto Normal de la Región de Murcia.

Emilio J. González Sánchez.

Pediatra del Hospital de los Arcos. San Javier, Murcia.

Fernando Hernández Ramón.

Pediatra Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Mercedes López Ibáñez.

Enfermera Unidad de Calidad e Investigación del Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Pilar Madroñal Fernández.

Supervisora Consultas Externas Materno Infantil Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Teodoro Martínez Arán.

Pediatra del Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca.

Concepción Martínez Romero.

Presidenta de la FAME. Coordinadora Materno Infantil Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

María Dolores Martínez Tupín.

Monitora de la Liga de la Leche de Murcia.

Luis Martos García.

Coordinador de Formación Continuada Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

José María Olivares Morales.

Director de Enfermería, Área V. Yecla.

Encarna Pastor Torres.

Consulta de Lactancia. Unidad Salud Medioambiental Pediátrica, Hosp. Univ. Virgen Arrixaca. Murcia.

Concepción Rex Nicolás.

Pediatra Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.

María Elena Sánchez Terror.

EIR 2º curso Matrona y Miembro Lactancia. Murcia.

José Antonio Visedo López.

Director de Gestión, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Comité Científico

Presidenta

Sra. Dña. Carmen Rosa Pallás Alonso.

Pediatra. Jefa de Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP / Miembro del grupo PrevInfad.

Vocales

N. Marta Díaz Gómez.

Pediatra. Catedrática de Enfermería Materno-Infantil de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna. Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería de la Infancia. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP.

Antoni Oliver Roig.

Matrona. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Carmen Isabel Gómez García.

Presidenta de la Asociación Española de Enfermería de la Infancia. Catedrática de Enfermería infantil.

Juan José Lasarte Velillas.

Pediatra EAP Zuera, Zaragoza. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP

María García Franco.

Supervisora Clínica de la Unidad Neonatal del Hospital de Cruces, Baracaldo- Vizcaya, Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Adelina García Roldán.

Enfermera EAP SVS-Osakidetza, IBCLC, Coordinadora del IBLCE en España, Presidenta de la Liga de La Leche de Euskadi, Enlace Profesional de Área LLLI.

M^a Teresa Hernández Aguilar.

Pediatra EAP Departamento 10, Agencia Valenciana de Salud

Delegada Internacional Comité IHAN España. Responsable Programa Salud Materno Infantil, UNICEF Comunidad Valenciana.

Elena Carreras Moratona.

Obstetra. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.

Carlos González Rodríguez.

Pediatra. Presidente de la Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Barcelona.

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén.

Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas, Presidenta de la Comisión Nacional de Matronas del Ministerio de Sanidad y Educación, Miembro del Consejo Nacional de la Confederación Internacional de Matronas y delegada en el Comité Europeo de Matronas.

Flor Torres Sánchez.

Presidenta de la Asociación Nacional Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos.

PROGRAMA

Jueves, 5 de marzo de 2009

HORA	PROGRAMA
08:30	Acreditación y recogida de documentación.
11:30	<p>Sesión de Talleres</p> <p>Los talleres se realizarán de forma simultánea en horario de 11,30h a 13,30h en el Auditorio y Centro de Congresos de la Región de Murcia. Cada Taller tendrá un aforo máximo de 25 personas. La Organización se reserva el derecho de la anulación del taller en el caso de no completar las plazas previstas Una vez cumplimentado y enviado el boletín de inscripción la Secretaría Técnica le confirmará su plaza en el taller elegido. La organización emitirá un certificado correspondiente a la realización de dicho taller.</p>
	<p>Taller 1: "Desarrollo del vínculo afectivo"</p> <p>Profesor: Pepa Horno Goicoechea. Save the Children.</p> <p>Resumen: El taller pretende dotar a los asistentes de una serie de conocimientos sobre el proceso de creación del vínculo afectivo entre el niño y sus cuidadores, y cómo éste condiciona el desarrollo del niño, además de una serie de estrategias para favorecerlo</p>
	<p>Taller 2: "Congruencia, empatía y respeto, la base de la comunicación"</p> <p>Profesores: Concha de Alba. Médico adjunto de neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. IBCLC. Laura Laubech, IBCLC.</p> <p>Resumen: Tenemos mucha información sobre manejo correcto de la lactancia materna, conocemos tratamientos para aliviar muchas situaciones médicas en la pareja lactante, lo que sabemos puede ayudar a las madres y a sus bebés. ¿Pero cómo transmitir esta información? ¿Y qué pasa con las muchas madres que no tienen ninguna complicación médica, pero aún tienen dificultades con la lactancia? Es este taller exploraremos técnicas de comunicación que nos permiten respetar, nombrar, y acercarnos al mundo emocional de la lactancia materna, entendiendo que esto es clave. Una madre que se siente comprendida y apoyada estará capacitada para seguir con la lactancia materna y poder utilizar las orientaciones prácticas. Cómo hablamos con las madres está directamente relacionado con lactancias mejores. Taller dirigido a todos los profesionales sanitarios en contacto con las embarazadas y madres y bebés amamantados.</p>

<p>11:30</p>	<p>Taller 3: "Recursos en sobre lactancia materna en Internet para profesionales y madres. Mamar - La Webica"</p> <p>Profesores: Juan José Lasarte. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Zuera. Zaragoza. Manolo Merino. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud "el Greco". Getafe. Madrid.</p> <p>Resumen: En este taller se pretende dar a conocer algunos recursos disponibles en Internet, muchos de ellos participativos, y que pueden resultar útiles para aquellas personas interesadas que trabajan en la difusión y promoción de la lactancia materna. No se requieren conocimientos avanzados de Internet ni tampoco sobre lactancia materna.</p> <p>Taller 4: "Las 10 preguntas más frecuentes en lactancia materna".</p> <p>Profesores: Vanesa Llorente Miguel. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Galapagar. Área sanitaria 6. Madrid. Cintia Borja Herrero. Enfermera pediatra C.S Fuente San Luis. Valencia.</p> <p>Resumen: Taller interactivo en el que se pretende reproducir los problemas más frecuentes que plantean las madres lactantes, y cómo dichas madres se ayudan y apoyan a través de sus propias experiencias y conocimientos. Las preguntas proceden del foro para padres de la web de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría.</p>
<p>13:30</p>	<p>Finalización Sesión de Talleres.</p>
<p>16:00</p>	<p>Inauguración Oficial.</p>
<p>16:30</p>	<p>Mesa Inaugural "Crecimiento del lactante amamantado"</p> <p>Moderadora. María José Lozano. Coordinadora del Comité de Lactancia de la AEP. Profesora titular de Pediatría. Universidad de Cantabria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los lactantes amamantados durante las primeras semanas de vida. Mercedes de Onis. Organización Mundial de la Salud. Responsable de la elaboración de los estándares de crecimiento. • Experiencia de los pediatras de atención primaria con los lactantes amamantados. Javier Soriano. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de la Fuensanta de Valencia. Coordinador del grupo PrevInfad. <p>Nazaret Castro. Enfermera de la unidad de pediatría. Centro de Salud de Labañou. Servicio Galego de Saude A Coruña.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna. Carmen Pallás. Jefa de Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Miembro del Comité de Lactancia Materna / Luís Moreno, Prof. Titular. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

18:30	<p>Mesa 1 “Estrategia de atención al parto normal”</p> <p>Moderadora. Nieves Muñoz. Matrona. Coordinadora técnica del Proyecto del Parto Normal en la Región de Murcia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Presentación de la iniciativa. Isabel Espiga. Observatorio de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.• Aspectos obstétricos. Longinos Aceituno. Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Huercal Overa. Almería.• Aspectos neonatales. Blanca Herrera. Matrona. Hospital Comarcal de Baza. Coordinadora del Grupo de Parto de Baja Intervención de la Asociación Andaluza de Matronas.• Perspectiva de una madre. Vicky Linares. Grupo de apoyo a la lactancia materna Mamilactancia. Madre de tres hijos
20:30	Fin de la sesión.

Viernes, 6 de marzo de 2009

HORA	PROGRAMA
09:00	<p>Mesa 2 “Procesamiento de la leche humana”</p> <p>Moderadora. Belén Fernández Colomer. Secretaria de la Sociedad Española de Neonatología. Neonatóloga. Servicio de Neonatología del Hospital General de Asturias. Oviedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión del procesamiento de la leche de madre desde la perspectiva de la calidad y de la seguridad. María Teresa Hernández. Master en Salud Pública y Nutrición. Comité de Lactancia Materna. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Fuente de San Luís. Valencia. • Procesamiento de la leche de madre propia en las unidades neonatales. Gerardo Bustos. Neonatólogo. Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Diego Fontiveros. Enfermero del Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. • Distintos modelos de bancos de leche en España. Carmen Medina. Jefa de Sección del Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Antoní Gayá (Palma de Mallorca).
11:00	Mesas de Comunicaciones.
12:30	<p>Mesa 3 “Nuevas alternativas para ayudar en la posición de amamantamiento”</p> <p>Moderadora. Adelina García. Enfermera IBCLC, Presidenta de LLL Euskadi. Coordinadora del IBLCE en España.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afianzamiento espontáneo. Kittie Frantz. Coordinadora de Educación sobre Lactancia Materna de los Ángeles. Universidad de Suthern California (USC) Medical Center. • BIOLOGICAL NURTURING: Posiciones óptimas para desencadenar reflejos estimulantes del amamantamiento. Suzanne Colson. Senior Midwifery Lecturer. Canterbury Christ Church University. Faculty of Health.
14:00	Almuerzo.
15:30	<p>Mesa 4 “Pezón Doloroso”</p> <p>Moderador. Dr. Juan José Lasarte. Pediatra de Atención Primaria de Zuera. Zaragoza. Miembro del Comité de Lactancia Materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones del pezón. Prevención y manejo. Jack Newman. MD, FRCPC. Toronto. • Tratamiento de las mastitis. Jack Newman. MD, FRCPC. Toronto. • Amamantamiento doloroso. Candida versus estafilococo. Juan Miguel Rodríguez. Profesor Titular del Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense de Madrid. • Síndrome de Raynaud. Desencadenantes y manejo. Adolfo Gómez Papi. Pediatra. Hospital Juan XXIII. Tarragona. Miembro del Comité de Lactancia

17:30	<p>Mesa 5 “Lactancia materna: los primeros pasos en la alimentación natural”</p> <p>Moderador. Dr. José María Paricio. Jefe Servicio de Pediatría. Hospital La Marina Alta. Denia. Alicante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación natural: integrando estrategias en la prevención del cáncer y la obesidad. Dr. Juan Antonio Ortega García. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. • Barreras para la alimentación natural. ¿Dónde está el problema? Tenemos la solución. Dra. Laura Barriuso Lapresa. Pediatra. Centro de Salud de Elizondo. Navarra • Razones científicas para consumir productos ecológicos. María Asunción Molina Casino. Profesora Titular. Departamento de Química y Análisis Agrícola. Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos. Universidad Politécnica de Madrid. • La alimentación natural en el marco de la agenda 21 escolar. M^a Ángeles Megías Ortiz. Monitora y miembro de la Asociación Canaria Pro Lactancia Materna. Coordinadora y cofundadora de la Asociación Pro Lactancia Materna LACTAEDUCA, Albacete.
19:30	Fin de la sesión.
21:00	Cena de gala.

Sábado, 7 de marzo de 2009

HORA	PROGRAMA
09:00	<p>Mesa 6 “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”</p> <p>Moderador. Dr. José M^a Arena. Neonatólogo. Hospital de Donosita. San Sebastián. Comité de Lactancia Materna. Presidente de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditación de Hospitales. La experiencia de los evaluadores externos en los hospitales españoles. Luís Mediavilla. • Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños. María Teresa Hernández. Comité de Lactancia Materna. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Fuente de San Luís. Valencia. • Programa de Formación en lactancia de la IHAN. Josefa Aguayo Maldonado. Neonatóloga. Hospital de Valme. Sevilla. Comité de Lactancia Guardería Materna. IBCLC. • Situación de la IHAN en el mundo y en España. Pasado, presente y futuro. Jesús Martín Calama. Pediatra. Hospital Obispo Polanco. Teruel. Coordinador Nacional de la IHAN.
11:00	<p>Mesa 7 “Calidad y Lactancia Materna”</p> <p>Moderador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Políticas y Estrategias de Promoción Protección y Apoyo de la LM en el ámbito europeo. Adriano Cattaneo. Unit for Health Services Research and International Health. IRCCS Burlo Garofolo • Modelos de calidad y actividades gerenciales orientadas a la adecuación de los servicios sanitarios a la LM. Manuel Alcaraz. Gerente del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” • Experiencia de monitorización de una intervención de PPA a la LM basada en la IHAN. Laura Haiek, responsable del Programa de Lactancia Materna en la Direction de Salud Publique de l'Agence de la Santé et des Service Sociaux de la Montérégie en la provincia de Québec. • Desarrollo de un programa de PPA de la LM en un Área de salud con un enfoque de calidad total. Programa HQTQ. Ricardo García de León. Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital “Virgen del Castillo” de Yecla.
13:00	Mesa 8 “Mejores Experiencias”
14:00	Clausura Oficial y Premios Iniciativa.

PONENCIAS

Mesa inaugural: “Crecimiento del lactante amamantado”

Crecimiento de los lactantes amamantados durante las primeras semanas de vida.

Mercedes de Onís.

Coordinadora de la unidad de evaluación y monitorización del crecimiento. Departamento de Nutrición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza.

Introducción

Las gráficas de crecimiento son elementos esenciales en la práctica pediátrica. Su valor reside en que ayudan a determinar el grado en que se satisfacen las necesidades fisiológicas de crecimiento y desarrollo durante el importante período de la infancia. Sin embargo, la interpretación de la evolución del crecimiento de los lactantes alimentados al pecho, que generalmente se utiliza para evaluar la suficiencia de la lactancia y asesorar acerca de cuándo introducir alimentos complementarios, depende en gran parte de los datos de referencia escogidos. La precisión del asesoramiento en alimentación puede verse afectada si las gráficas de crecimiento de referencia utilizadas no representan adecuadamente el patrón de crecimiento fisiológico de los lactantes alimentados con leche materna.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un examen exhaustivo de las aplicaciones y la interpretación de los patrones antropométricos (1). Este examen llegó a la conclusión de que el patrón de crecimiento del National Center for Health Statistics y de la OMS (NCHS/OMS), que había sido recomendado para su uso internacional desde finales de los años setenta, no representaba adecuadamente el crecimiento en la primera infancia y se necesitaban nuevas curvas de crecimiento (2-4). La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994 (5).

Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento (EMPC)

Reconociendo las deficiencias del patrón internacional de crecimiento NCHS/OMS, la OMS comenzó a planificar la elaboración de un nuevo patrón que, a diferencia del vigente, se basara en una muestra internacional de lactantes sanos criados al pecho y que representara cómo *deben* crecer los niños en todos los países, en vez de simplemente describir cómo crecen en un tiempo y lugar determinados (6). El *Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento* (EMPC), realizado entre 1997 y 2003, se centró en la obtención de datos de crecimiento e información relacionada de 8440 niños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega, y Omán). Una descripción detallada de la planificación, metodología e implementación del EMPC ha sido publicada (7).

En síntesis, el diseño del EMPC combinó un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de vida con un estudio transversal de niños entre 18 y 71 meses de edad. Las subpoblaciones del estudio gozaban de condiciones socioeconómicas favorables para el crecimiento, tenían baja movilidad, y el $\geq 20\%$ de las madres seguía las recomendaciones sobre alimentación y tenía acceso a apoyo para la lactancia natural. Los criterios de inclusión individual consistieron en ausencia de obstáculos de salud o del medioambiente para el crecimiento, cumplimiento con las recomendaciones sobre alimentación del estudio (lactancia materna exclusiva o predominante hasta por lo menos 4 meses, y lo más cerca posible de los 6 meses, con lactancia continuada hasta al menos los 12 meses), madre no fumadora, feto único nacido a término y ausencia de morbilidad significativa. En el estudio longitudinal, las madres y los recién nacidos fueron seleccionados y reclutados al nacimiento, y visitados en sus

domicilios 21 veces en las semanas 1, 2, 4, y 6; una vez al mes del mes 2 al 12; y cada dos meses durante el segundo año de vida. Además de los datos obtenidos sobre antropometría y desarrollo motor de los niños, se reunió información sobre las características socioeconómicas, demográficas y ambientales, los factores perinatales, la morbilidad y las prácticas de alimentación (7).

En comparación con otros estudios más reducidos que describen el crecimiento de los lactantes alimentados al pecho, el EMPC presenta la ventaja de comenzar a partir de una base de población bien definida y de contar con criterios de inclusión y exclusión explícitos, mediciones estandarizadas, un control de calidad riguroso, e índices muy elevados de seguimiento de la muestra (7).

Construcción de las graficas de crecimiento

El método Box-Cox-power-exponential, con el suavizamiento de curvas mediante splines cúbicos, fue seleccionado para elaborar las curvas de crecimiento infantil de la OMS. Este método se adapta a diversos tipos de distribuciones, ya sean normales, asimétricas o con curtosis. Para cada conjunto de curvas, la búsqueda para determinar el mejor modelo comenzó con el examen de diversas combinaciones de grados de libertad para ajustar las curvas del estimador de la mediana y de la varianza. Cuando los datos tenían una distribución no normal, se añadieron grados de libertad para los parámetros destinados a modelar la simetría y la curtosis al modelo inicial y se evaluó la precisión del ajuste. Aparte del patrón de longitud/estatura para la edad, que seguía una distribución normal, el resto de los patrones requerían modelaciones de la asimetría, pero no de la curtosis. Las herramientas de diagnóstico que se utilizaron reiteradamente para detectar posibles inadaptaciones de los modelos y sesgos en las curvas ajustadas incluían varios ensayos del ajuste local y global, «worm plots» y gráficos de residuales. También se examinaron las pautas de diferencias entre los percentiles empíricos y ajustados, así como las proporciones que se observaron de los porcentajes de niños cuyas medidas estaban por debajo de los percentiles seleccionados en relación con los porcentajes previstos.

Se siguió la metodología anteriormente descrita para generar, para los niños y niñas de entre 0 y 60 meses, curvas de percentiles y de puntuación z para los indicadores antropométricos: longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura, índice de masa corporal para la edad, perímetro cefálico para la edad, perímetro braquial para la edad y pliegues cutáneos (subescapular y tricípital) para la edad. En el momento de escribir este artículo ya se han completado los estándares de velocidad del crecimiento para peso, longitud y perímetro cefálico. Información detallada sobre los estándares se puede encontrar en las publicaciones técnicas (8-10). Los gráficos, tablas y demás herramientas para la aplicación de los estándares (e.g., software, materiales de capacitación) se encuentran disponibles en el sitio Web: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.

Tal como se preveía, existen importantes diferencias con el patrón del NCHS/OMS que varían según la edad, el sexo, la medida antropométrica y la curva específica de percentiles o de puntuaciones z (11). Las diferencias son especialmente importantes durante el primer año de vida. El retraso del crecimiento en talla será mayor a lo largo de la infancia si se evalúa utilizando los nuevos patrones de la OMS, en comparación con el patrón del NCHS/OMS. El patrón de crecimiento de los niños alimentados con leche materna dará lugar a un aumento sustancial de los índices de insuficiencia ponderal durante los primeros seis meses de vida y una disminución a continuación. En cuanto a la emaciación, la principal diferencia se produce durante el primer año de vida, cuando los índices de emaciación serán notablemente más altos al utilizar los nuevos patrones de la OMS. Con respecto al sobrepeso, la utilización de los nuevos patrones de la OMS conllevará una mayor prevalencia, que variará en función de la edad, el sexo y la situación nutricional de la población estudiada.

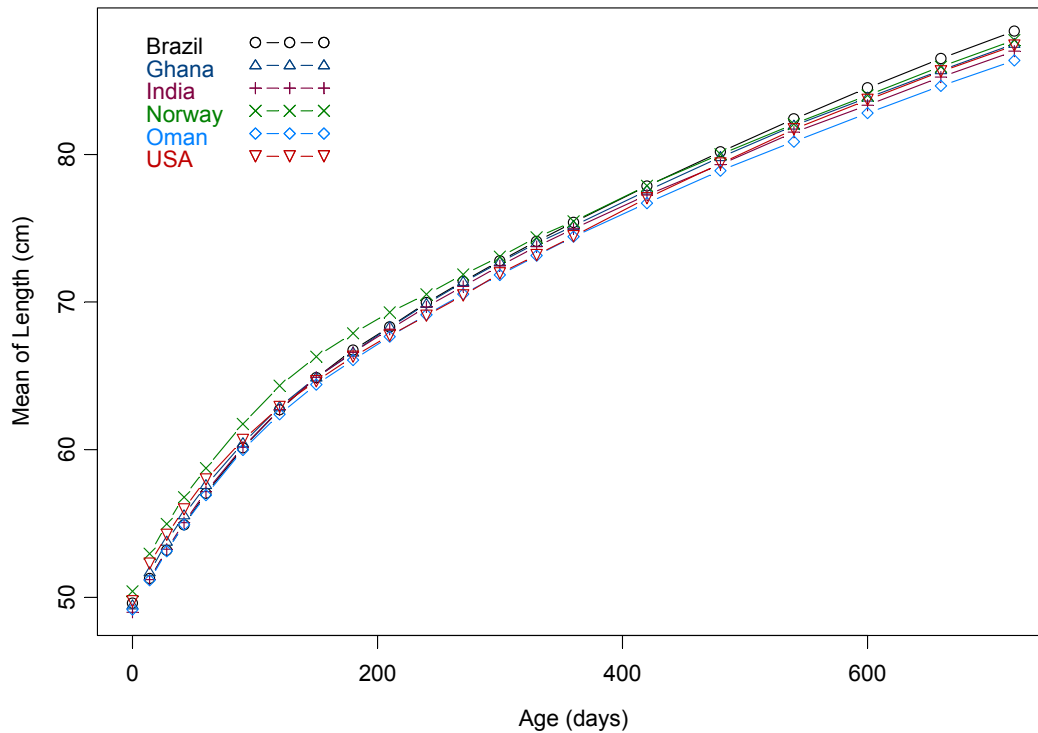
Aspectos innovadores del nuevo patrón de crecimiento de la OMS

El patrón de crecimiento de la OMS incluye varias características innovadoras en comparación con las gráficas de crecimiento vigentes. Hasta ahora el desarrollo de patrones de crecimiento se ha basado fundamentalmente en la identificación y medición de grupos de niños sanos estadísticamente representativos. La *salud*, a estos efectos, se había definido como la ausencia de enfermedades reconocibles. Sin embargo, el crecimiento de los niños sin enfermedad manifiesta está muy influenciado por otros factores. Por este motivo el EMPC se diseñó para suministrar datos que describan el modo en que “los niños *deben* crecer”, mediante la inclusión de criterios de selección para el estudio de comportamientos sanitarios específicos en concordancia con las recomendaciones vigentes de promoción de la salud (por ejemplo, normas sobre lactancia materna, atención pediátrica apropiada, y requisitos de madres no fumadoras). Este nuevo enfoque difiere fundamentalmente del adoptado por las referencias descriptivas tradicionales. Al adoptar un enfoque *prescriptivo*, el diseño del protocolo superó la mera actualización del modo en que los niños de las poblaciones supuestamente saludables crecen en un momento y lugar concretos y explícitamente reconoce la necesidad de establecer patrones normativos (es decir, mecanismos que permitan juicios de valor al incorporar normas u objetivos en su elaboración). Podría decirse que la epidemia actual de obesidad en muchos países desarrollados se podría haber detectado antes si se hubiese contado con un patrón internacional prescriptivo hace 20 años.

Otra característica clave del nuevo patrón es que toma la lactancia natural como “norma” biológica y establece el lactante alimentado al pecho como el modelo normativo de crecimiento. Las políticas de salud y el apoyo público para la lactancia natural se fortalecerán cuando los lactantes alimentados con leche materna se conviertan en el patrón normativo para el crecimiento y el desarrollo.

En tercer lugar, la muestra conjunta de los 6 países participantes permitirá la elaboración de un patrón verdaderamente internacional (en contraposición al patrón NCHS/OMS que estaba basado en niños de un solo país) y reiterará el hecho de que las poblaciones infantiles crecen de manera similar en todas las principales regiones del mundo cuando se satisfacen sus necesidades de salud y cuidados (12) (Figura 1).

Figura 1. Longitud promedio (cm) niños de 0-24 meses en los seis países que participaron en el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento.



En cuarto lugar, la profusión de datos recabados ha permitido no solamente la sustitución de las actuales normas internacionales sobre crecimiento alcanzado (peso para la edad, longitud/talla para la edad y peso para la longitud/talla), sino también la elaboración de nuevos patrones para los pliegues cutáneos tricípital y subescapular, los perímetros cefálico y braquial, y el índice de masa corporal (9,10). Estos patrones innovadores son especialmente útiles para vigilar la creciente epidemia de obesidad infantil.

En quinto lugar, la naturaleza longitudinal del estudio también ha permitido el desarrollo de patrones de velocidad de crecimiento. Los pediatras no tendrán que esperar hasta que los niños alcancen un determinado umbral de crecimiento para emitir un diagnóstico de desnutrición o sobrenutrición ya que los patrones de velocidad permitirán la identificación temprana de los niños en proceso de presentar alguno de estos dos cuadros.

Por último, la obtención en paralelo de datos de referencia sobre el desarrollo motor proporciona un vínculo excepcional entre el crecimiento físico y el desarrollo motor de los niños (13-15). Para complementar las graficas de crecimiento para niños hasta los 5 años de edad, en el año 2007 se construyeron y publicaron graficas de crecimiento para escolares y adolescentes de 5 a 19 años (16) que se encuentran disponibles en el sitio Web: www.who.int/growthref/en

Comentario final

Los patrones de crecimiento de la OMS proporcionan una herramienta técnicamente robusta que representa la mejor descripción del crecimiento fisiológico para los niños menores de cinco años. Estos patrones describen el crecimiento normal en la primera infancia bajo condiciones ambientales óptimas y pueden utilizarse para evaluar a los niños de cualquier lugar, independientemente de la etnia, la situación socioeconómica y el tipo de alimentación.

Las graficas de crecimiento de las OMS basadas en talla y peso fueron publicadas en el año 2006 (9), y las basadas en los perímetros cefálico y braquial y los pliegues cutáneos en el 2007 (10). Los estándares de velocidad del crecimiento se publicaran en Marzo del 2009 (17), incluyendo tablas específicamente diseñadas para evaluar el crecimiento de los lactantes amamantados durante las primeras semanas de la vida. En el momento de escribir este artículo son ya mas de 80 los países que han adoptado las graficas de crecimiento de la OMS y muchos otros están evaluando su adopción. La transición hacia la adopción de las nuevas graficas supone un enorme desafío. Una reciente encuesta mundial sobre las prácticas nacionales del uso y la interpretación de las gráficas de crecimiento indica que el proceso de sustituir las gráficas de crecimiento vigentes debe ir más allá de un mero cambio de gráficas y lograr una revisión global de las prácticas de vigilancia y monitoreo del crecimiento de los niños (18). Se requerirán esfuerzos intensivos de capacitación en todos los niveles para superar las dificultades que los profesionales de salud experimentan con el uso y la interpretación de los gráficos de crecimiento y para difundir el conocimiento acerca de las intervenciones eficaces para prevenir o tratar el crecimiento excesivo o inadecuado a nivel individual y poblacional.

Las bajas tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo han despertado dudas acerca del aspecto práctico de recomendar una dieta infantil que se practica con tan poca frecuencia. Sin embargo, pruebas recientes demuestran que el asesoramiento en lactancia natural impartido en los hospitales y en la comunidad es una forma efectiva de elevar las tasas de lactancia materna exclusiva (19-24). La experiencia del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento confirma esta observación en los seis países participantes. Sin duda, el apoyo a las madres debe continuar después del alta hospitalaria e incluir orientación sobre técnicas de amamantamiento y modos de resolver los problemas que pudieran surgir (24). Lo ideal sería que el apoyo a la lactancia materna se ofreciera como parte de una prestación sistemática del servicio de salud. Esto implicaría la necesidad de capacitar trabajadores de salud especializados, consejeros comunitarios no especializados, y consultores acreditados en lactancia, que puedan ayudar a generar confianza en las madres, mejorar la técnica de alimentación y prevenir o resolver problemas de la lactancia natural.

Bibliografía

1. OMS. El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría. Serie de Informes Técnicos N° 854. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995.
2. de Onís M, Garza C, Habicht JP. Time for a new growth reference. *Pediatrics* 1997; 100:E8.
3. de Onís M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996; 64:650-8.
4. WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994.
5. Forty-seventh World Health Assembly, May 1994. Resolution WHA47.5 on Infant and young child nutrition. Geneva, World Health Organization, 1994.
6. Garza C, de Onís M, for the WHO Multicentre Growth Reference Study Group.
 1. Rationale for developing a new international growth reference. *Food Nutr Bull* 2004;25(Suppl):5-14.
 7. de Onís M, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum K. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning, and implementation. *Food Nutr Bull* 2004;25(Suppl):1-89.
 8. de Onís M, Garza C, Onyango AW, Martorell R, editors. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:1-101.
 9. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.
 10. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2007.
 11. de Onís M, Onyango AW, Borghi E, Garza C, Yang H, for the WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Comparison of the WHO Child Growth Standards and the NCHS/WHO international growth reference: implications for child health programmes. *Public Health Nutr* 2006;9:942-7.
 12. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:56-65.
 13. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Motor Development Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:86-95.
 14. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Relationship between physical growth and motor development in the WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:96-101.
 15. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of sex differences and heterogeneity in motor milestone attainment among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl* 2006;450:66-75.

16. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007;85: 660-7.
17. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Growth increments based on weight, length and head circumference: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2009.
18. de Onis M, Wijnhoven TMA, Onyango AW. Worldwide practices in child growth monitoring. *J Pediatr*, 2004,144:461-5.
19. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
20. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1643-7.
21. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997; 87:659-63.
22. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, and the other members of the Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1418-1423.
23. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
24. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Pan Am J Public Health* 2003;14:17-24.

Experiencia de los pediatras y enfermeras de atención primaria con los lactantes amamantados

Experiencia de los pediatras de atención primaria con los lactantes amamantados.

Javier Soriano.

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de la Fuensanta de Valencia. Coordinador del grupo PrevInfad.

Los profesionales de atención primaria estamos en una situación favorable para estimular incrementos notables de decisiones de amamantar en la mujer embarazada y su pareja, favorables también para apoyar el amamantamiento adecuado y seguro tanto tiempo como desee la madre y el niño.

Matronas, personal de enfermería, pediatras junto con los programas que desarrollan en torno a la atención al embarazo, preparación al parto, educación para el nacimiento y primeras etapas de la infancia, atención al puerperio y programa de salud de la infancia, cuentan teóricamente con los recursos humanos, la formación y el apoyo de las instituciones y agencias de salud para promocionar la alimentación al seno materno durante al menos los dos primeros años de vida, sino más.

Pero esta situación favorable no está siendo adecuadamente utilizada, dando lugar a ineficacias, falta de efectividad y de eficiencia. No estamos siendo capaces de lograr instauraciones de lactancias y duraciones de al menos 6 meses (lo que es ya un pobre resultado) empleando los profesionales y las intervenciones descritas.

Tenemos que hacer una abstracción para no acudir a análisis de causas y explicaciones alejadas del entorno de la atención primaria. Otros entornos están siendo analizados en este V Congreso y a lo largo de estos días seguirán siendo considerados con acierto para proponer pautas, planes o acciones de mejora en esto de amamantar, dar el pecho o lactar al seno materno, ahora lo que haremos es introducirnos en el análisis de la atención primaria desde la perspectiva de los actores y de los escenarios de este ámbito.

La historia actual de la atención primaria es la del desencuentro entre parejas con descendencia en edad de lactar y personal sanitario, ¿Cómo es posible que profesionales con jornadas completas, 37-39 horas semanales, formados mejor que en décadas anteriores, enfermeras universitarias, médicos que han realizado el MIR no hayan provocado un cambio importante en la alimentación al seno materno?, Es cierto que observamos un incremento de inicios de lactancia en las dos últimas décadas y también apreciamos un incremento del porcentaje de lactantes que maman más de tres meses, pero son incrementos no espectaculares como era de prever con tanta dedicación profesional y la oportunidad de formación en esta área.

¿Cómo es posible que el acceso a la cultura, mejor formación escolar y mayor igualdad de la mujer en nuestra sociedad no se haya traducido en mejoras de criterio para decidir opciones mejores, naturales y exentas de riesgos?

En esta ocasión nos centraremos en el análisis del papel de la pediatría de atención primaria, reconocer nuestras fortalezas y debilidades nos facilitará dar un salto cuantitativo y cualitativo importante en el inicio y duración de las lactancias maternas. El peso de la opinión del pediatra, de su actitud, de lo adecuado o no de sus consejos, la manera de abordar la alimentación complementaria en el segundo semestre de vida o la posición que tenga a temas como el

colecho y la higiene del sueño infantil van a estar relacionadas con lactancias al seno más adecuadas, más duraderas o todo lo contrario.

Conocimientos, consejos y actitudes de la pediatría

Compendiando diversos estudios de campo entre médicos pediatras para conocer conocimientos, indicaciones que harían y actitudes se revela aspectos preocupantes:

- 20% de los encuestados piensa que la leche materna puede ser de mala calidad.
- 36% opina que hay que educar a los recién nacidos en un horario de alimentación, en contra de una lactancia a demanda.
- 29% piensa que las tetinas y los chupetes relajan al bebé favoreciendo la lactancia materna.
- el 33% de los sanitarios opina que el método de la “doble pesada” es fiable para detectar un déficit de alimentación.
- 61% reforzaría la LM con biberón si el niño no coge mucho peso.
- 13% suspendería la LM si tomara antibióticos o antiinflamatorios.
- Tan solo el 49% le parecía correcto dar el pecho en público.
- 56% opinaba que si el niño llora mucho hay que analizar la leche para ver si es buena.
- Solo el 50% de los Residentes de pediatría valorados en una encuesta de hospitales de Barcelona recomendaba iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, no dar agua y ofrecer lactancia a demanda.
- En una encuesta realizada a pediatras asistentes a un congreso se obtuvo los siguientes resultados:
 - 25% creía que hay que dar leche artificial a los recién nacidos para evitar la hipoglucemia.
 - 50% pensaba que los niños amamantados necesitan agua y si lloran por hambre hay que ofrecer biberón, mejor que aumentar el número de tomas.
 - 50% no creía que el chupete pueda hacer fracasar la lactancia natural.

Cualquier observación cuidadosa de las conductas de las y los pediatras realizada bajo la perspectiva de lo que no deja crecer la lactancia materna describirá como erróneo:

- Proporcionar muestras o folletos de leche artificial.
- Explicar que la lactancia materna y la artificial son esencialmente lo mismo.
- Decir que “tal o cual marca “de leche artificial es la mejor.
- Decir que no es necesario ponerse al bebé inmediatamente tras el parto porque la madre está muy cansada y a menudo el bebé no está interesado.
- Decir que no existe la confusión del pezón y que se puede dar biberones pronto para que lo acepte.
- Decir que se debe parar la lactancia porque la madre o el bebé están enfermos, o porque tienen que tomar algún medicamento o necesitan pasar una prueba médica.
- Manifestar sorpresa al saber que se amamanta al bebé más de 6 meses.
- Decir que la leche materna no tiene valor tras 6 meses o más.

- Decir que nunca se debe permitir que el bebé se duerma al pecho.
- Decir que no se debe quedar la madre en el hospital para alimentar a su bebé enfermo porque es importante que descanse en casa.

Primera Conclusión:

El uso de prácticas inadecuadas (actitudes negativas, consejos inapropiados, retiradas de lactancias por motivos injustificados, por ignorancia o por prejuicios infundados), mirada excesivamente benévola de los pediatras hacia las fórmulas artificiales, sucedáneas de la leche materna, falta de percepción de que la administración de fórmula supone introducir un riesgo, todo ello interfiere activamente en la lactancia.

Organización de los centros de atención primaria

Estudios de la organización de los centros de salud revelan que:

- el 56.9% de los centros no dispone de programa o de protocolo de promoción y de protección de la lactancia materna.
- Únicamente el 28.8% realiza actividades de apoyo especial a las madres que presentan dificultades con la lactancia.
- En el 74.5% de los centros no se facilita formación específica sobre este tema a los profesionales.
- Sólo en el 14.9% existen normas para evitar la presencia visible de folletos, carteles o muestras de leche de fórmula.
- En el 84.6% de los centros no se dispone de un lugar para poder alimentar al pecho, observar la lactancia y corregir los posibles problemas que existan.

Segunda Conclusión:

La promoción de la lactancia materna no se considera una actividad prioritaria, como ocurre con las vacunas.

No son frecuentes las evaluaciones de campo sobre la lactancia en los equipos de salud infantil, sesiones clínicas de casos o sobre aspectos formativos, de capacitación.

La formación de profesionales

Investigaciones de contenido en la formación pregrado de medicina, de formación de residentes en pediatría y libros médicos de consulta en atención pediátrica muestran que son insuficiente en extensión, dedicación o importancia, y lo que es peor constatan errores sobre lactancia materna que perpetúan la mala práctica del consejo médico o de su intervención.

Publicaciones que han valorado el peso relativo de las ponencias, comunicaciones o pósters presentados en Reuniones o Congresos de pediatría dedicados a lactancia materna nos dicen del escaso número, poca relevancia de estas, siendo la mayoría descriptivas.

Tercera Conclusión:

La formación de pre y postgrado en LM es más bien escasa, sino ausente.

Escasa implicación en investigación en el campo de la lactancia materna.

Programas de embarazo y puerperio

Un estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, año 2006, en 450 mujeres revela que:

- Hasta un 44% de las parejas no habían recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo, llegando al 50% las que no recibieron información en el postparto
- Solo un 4% tuvieron información sobre grupos de ayuda a madres lactantes durante el embarazo.

Cuarta Conclusión:

No están establecidas rutinas de trabajo con grupos de madres que lactan, participación en talleres de lactancia y de trabajo con matronas.

Mirando hacia delante

Nuevas pruebas vienen a reforzar que si bien el médico no se percibe como un factor determinante en el consejo de la lactancia materna lo cierto es que cuando se constata un apoyo explícito de los/las pediatras aumenta la tasa de amamantamiento y en cambio las actitudes neutrales del profesional tienen un efecto negativo.

Otra investigación demostró que la aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa estuvo asociada significativamente al éxito de la lactancia materna exclusiva, el único factor de riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva detectado fue que la atención no se realizará en la primera semana de vida.

Se detectan actitudes que van a reforzar el apoyo de los centros de atención primaria a la alimentación al seno materno, así el 81% del personal sanitario está dispuesto a aceptar cambios en su Centro de Salud para favorecer la lactancia natural, y el 76% piensa que sería interesante disponer de una sala de lactancia para intentar resolver los problemas.

La fuerza, la actividad de asociaciones de ciudadanos y profesionales con una actitud militante por la lactancia materna está provocando cambios profundos en la organización y la utilización de los recursos humanos de atención primaria: La Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños que trata de impulsar el programa de Iniciativa de Centros de Salud Amigos de los Niños; Asociaciones de ciudadanos Prolactancia Materna; La Liga de la Leche; El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; el grupo PrevInfad de la Asociación Española de atención primaria, Este y los anteriores Congresos de Lactancia Materna cada vez con más acompañamiento de profesionales sanitarios, los numerosos grupos de los distritos sanitarios de las Comunidades Autónomas y más grupos que se podrían seguir citando, todos con un esfuerzo sinérgico están provocando profundos cambios radicales, ahora si, en el aumento de inicios de alimentación natural y continuación de alimentación al pecho a edades cada vez más idóneas.

Todo indica que es un momento adecuado para manifestar que es preciso en atención primaria un programa de atención a la alimentación natural con las siguientes características:

1. Formación reglada y obligatoria del profesional sanitario y no sanitario de los centros de salud.
2. Objetivo de salud de las gerencias que se traduzca en el profesional sanitario en objetivos específicos y actividades determinadas desde la atención del embarazo, la visita prenatal, el puerperio y el control de salud de la infancia
3. Registro de la actividad de promoción de la lactancia en la historia clínica informatizada
4. Habilitación de recursos físicos y de organización del trabajo (espacios, agendas para talleres, consejo, evaluación)
5. Evaluación del proceso, recursos empleados y resultados

6. Acceso a voluntariado de apoyo a lactancia (asociaciones, madres proactivas,)

En un análisis más complejo podremos revelar que son muchos los factores que promueven la lactancia materna y numerosos, también, los elementos que obstaculizan el amamantamiento al pecho. Podremos coincidir en determinar que estos y aquellos son muy poderosos y corresponden a ámbitos externos a la atención primaria de salud. Bien, pero eso nunca será una justificación para abandonar el papel en la promoción y mantenimiento de la alimentación al seno materno que tienen los profesionales de la salud de nuestro ámbito y que sin duda forman parte también del éxito y fracaso de la alimentación natural de la infancia.

Bibliografía

1. Palomares MJ, Labordena C, Sanantonio F, Agramunt G, Nácher A, Palau G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;11: 393-02.
2. Villalta MA, Fuentes,N, Pastrana J, Vallejo R, Godino R, Martín R, Pomedá S, Alavarez T, Fariñas I, Maldonado E. Conocimientos sobre lactancia materna del personal sanitario en distintos centros de atención primaria y especializada en España. (Poster). IV Congreso Español de Lactancia Materna. 2006. Tenerife; pág 113-4.
3. Temboury MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. An Pediatr 2003;58(3):263-7.
4. Newman, J. Cómo saber que un profesional de la medicina no apoya la Lactancia Materna. [En línea, consultado el 12 de septiembre 2008]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com>
5. Labordena C, Nácher A, Palomares MJ, Sanantonio F, Palau G, Barreda I, Agramunt G, Fabregat I. Los centros de atención primaria y la lactancia materna. Opiniones y conocimientos del personal sanitario. [En línea] Actualizado Julio 2003.[consultado el 9 de Octubre 2008]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat029/02610000.htm>,
6. Schanler R, O' Connor K, Lawrwnw R. Pediatricians' Practices and Attitudes Regarding Breastfeeding Promotion. Pediatrics 1999; 103(3):e35. [En línea, consultado el 31 de Octubre 2008]. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e35>.
7. Hernández MT, Simó R, Tortajada JL, de la Mano A. ¿Cómo es la información sobre lactancia materna de la que disponen los pediatras españoles? (Póster) III Congreso Español de Lactancia Materna.2004, Santander.
8. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr 2005;63(4):340-56.
9. Perez M, Gordo M, Berlana B, Prieto S, de las Heras S, Infante ME, Caserío S, Alonso C. Información sobre lactancia materna durante la gestación y en el postparto. (Comunicación oral) IV Congreso Español de Lactancia Materna. 2006. Tenerife; pág 67
10. Perez M, Gordo M, Berlana B, Prieto S, de las Heras S, Infante ME, Caserío S, Alonso C. Intención de lactar y frecuencia de lactancia en el postparto inmediato. . (Comunicación oral) IV Congreso Español de Lactancia Materna. 2006. Tenerife; pág 72.
11. Lasarte, JJ. Cuidando la lactancia materna en atención primaria: un cambio de estilo.(Ponencia) 57 Congreso de la Asociación española de Pediatría. 5-7 Junio 2008,Barcelona..
12. Brodribb W, Jackson C, Fallon AB, Hegney D. Breastfeeding and the responsibilities of GPs: a qualitative study of general practice registrars. Aust Fam Physician. 2007; 36(4):283-5.
13. Dávila G, Ponce J, Joo B, Leguía R, León P, León C, Jorquiera T. Evaluación de la eficacia de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida. Rev. Peru. Pediatr. 2006; 59(3):6-11.
14. Temboury,MC. Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna. Rev Pediatr Aten Primaria.2001;11:361-7.

La consulta de enfermería pediátrica en atención primaria y la lactancia natural (LN)

Nazaret Castro López.

Enfermera de la Unidad de pediatría. Centro de Salud de Lobañou. Servicio Galego de Saude. A Coruña.

Características de la población y del Centro de Salud

El Centro de Salud de Lobañou, que también es unidad docente, tiene asignada una población urbana de cerca de 13.500 tarjetas sanitarias individuales en una ciudad capital de provincia de unos 250.000 habitantes. El cupo analizado tiene casi 900 niños de 0 a 15 años. La población es muy heterogénea bajo el punto de vista social y por ello quizás representativa del conjunto de la ciudad.

Hay dos cupos de pediatría y dos enfermeros con dedicación específica, aunque deben realizar algunas tareas comunes a toda la enfermería (extracciones, atención continuada los sábados por la mañana...). La proporción enfermería/pediatra es, por lo tanto 1/1.

Cada profesional tiene su consulta, estando la de enfermería contigua y comunicada con la de pediatra, pero independiente. Ambas se abren a una sala de espera única.

Trabajamos con una única agenda dietario para cada cupo, común para pediatra y enfermera, porque nos parece que es más flexible, fomenta el trabajo en equipo y la corresponsabilización de los profesionales y permite adecuar la respuesta coordinada de los mismos a las distintas necesidades de cada caso.

Se programa un control de de salud cada ½ hora a realizar preferentemente en la consulta de enfermería. En esa ½ pueden citarse hasta un máximo de cuatro niños más, que se atienden simultáneamente y preferentemente en la consulta del pediatra.

Durante los primeros seis meses de vida se realizan los siguientes controles de salud de enfermería: uno o dos en los primeros 15 días de vida (uno cuanto antes si no le hicieron las pruebas metabólicas en el hospital, toma pecho o la familia está preocupada por alguna razón, otro alrededor de las dos semanas) otro al mes de vida y tres más coincidiendo con las vacunas (2, 4 y 6 meses). Opcionalmente a los 3 y 5 meses (si lactancia natural exclusiva, vacunas no financiadas, madre primeriza...)

La matrona (compartida con otro centro) controla muchos embarazos normales (de bajo riesgo) y fomenta la lactancia natural. Si en la Unidad de Pediatría tenemos conocimiento del embarazo (tiene ya un hermano en nuestro cupo, viene acompañando a alguien, o se nos solicita) reforzamos la postura de la matrona. Tanto ella como la unidad de pediatría entregamos un folleto explicativo sobre las ventajas de la lactancia natural (la técnica, la posición, las ideas erróneas más frecuentes...). El pediatra y la enfermera comparten la máxima motivación en fomentar lactancia natural e intentan aplicar los consejos de PrevInfad.

3 de los 10 pasos de la OMS

De los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural de la OMS (ver tabla 1) los más eficaces y factibles para la enfermera de pediatría de atención primaria son los referentes a la orientación y apoyo para la madre: el 3, referente a la educación prenatal; el 5, mostrar a las madres como dar el pecho y qué hacer si tienen que separarse del bebé y el 10, proporcionar apoyo continuado después del alta.

Tabla 1. 10 PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA (OMS)

1. Disponer de una política por escrito, relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se dé a conocer a todo el personal de la atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de manera que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. Proporcionar a los recién nacidos solamente leche materna, sin ningún otro alimento, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural a demanda
9. No dar a los niños alimentados a pecho biberones tetinas o chupetes artificiales.
10. Proporcionar apoyo continuado tras el alta, tanto en los sistemas de atención sanitaria como fomentando el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurando que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica.

Controles de salud, consejo y promoción de la lactancia materna

Los controles de salud o revisiones periódicas son el eje de la promoción de la lactancia materna. En ellos se supervisa el crecimiento y desarrollo, se administran las vacunas, se detectan y previenen enfermedades y se promueve la salud. Dicha promoción se realiza mediante el consejo de salud e incluye, naturalmente, la promoción de la nutrición saludable.

Dichos controles constituyen un espacio insustituible para crear una alianza terapéutica entre la madre y la enfermera de pediatría, a condición de que se realicen en condiciones adecuadas (sin prisas). Es un lugar donde escuchar las dudas de las madres, reforzar las actitudes correctas y se contrarrestan los mitos y falsas creencias. También se puede observar directamente como le da la madre el pecho, para asesorar si es preciso cambiar algo. En la tabla 2 se enumeran sucintamente las habilidades comunicativas que se precisan para aumentar eficacia del consejo.

Tabla 2. Habilidades comunicativas precisas para hacer un consejo de salud eficaz.

- escucha activa y reflexiva
- expresar empatía
- ser asertivo
- generar confianza
- realizar preguntas abiertas
- actitud colaboradora
- dar apoyo, no juzgar
- enfatizar libertad de decisión (respeto)
- evitar argumentar ó discutir...

Material y métodos

Se revisaron todas las historias clínicas (en formato de papel convencional) de los niños nacidos del 01/01/2004 al 31/12/2008. Se excluyeron los que se registraron en el Centro de Salud con más de seis meses de vida o no realizan las revisiones periódicas en el mismo por diferentes razones (acuden a medicina privada, se cambiaron de domicilio o de centro...)

Reúnen criterios: 201 lactantes, 110 niños y 91 niñas. Valoramos las siguientes edades: inicio (al alta del hospital), uno, dos, cuatro y seis meses. Se anotó si a la edad correspondiente toma o tomaba pecho exclusivamente: lactancia materna exclusiva o LME, pecho + sucedáneo y/o alimentación complementaria (en este caso a partir del 5º a 6º mes de vida) lactancia mixta o LM y toda la leche que recibe es sucedáneo.

Con estos datos calculamos el porcentaje de cada edad de cada una de las tres modalidades de lactancia.

Resultados

La tabla 3 muestra el número de niños de ambos sexos (no hemos encontrado diferencias significativas entre ellos) que siguen cada una de las modalidades. Como los niños nacidos en el segundo semestre de 2008 aún no habían cumplido seis meses en el momento del recuento, el número total de niños analizados disminuye a medida que avanza la edad considerada, sin afectar al resultado dado que (tabla 4) los porcentajes se realizan sobre el total de niños de cada edad. En el gráfico de la figura 1 se puede ver como varía el tipo de lactancia en porcentaje a lo largo de los seis meses estudiados.

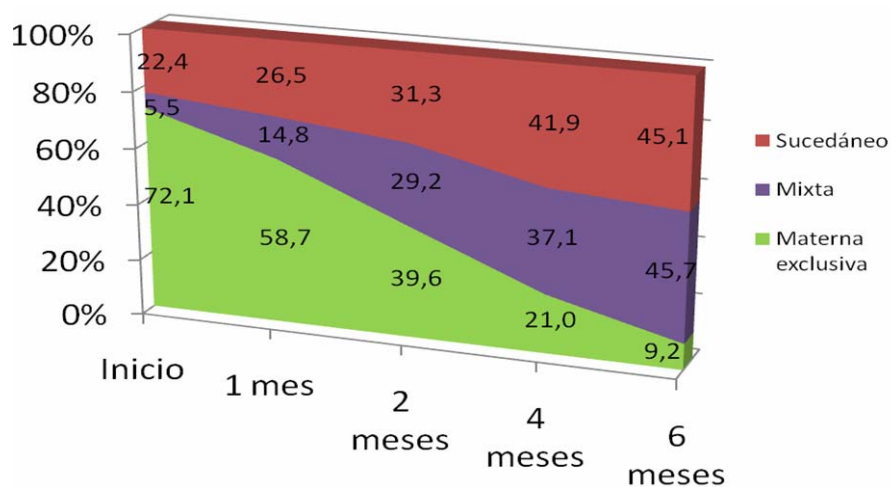
Tabla 3.- Número de niños de cada edad según el tipo de lactancia

Totales (n)					
♀+♂	Inicio	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses
Sucedáneo	45	52	60	78	83
Mixta	11	29	56	69	84
Natural	145	115	76	39	17
Total	201	196	192	186	184

Tabla 4.- Porcentaje de niños de cada edad según el tipo de lactancia

Totales (%)					
♀+♂	Inicio	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses
Sucedáneo	22	27	31	42	45
Mixta	5	15	29	37	46
Natural	72	59	40	21	9
Total	100	100	100	100	100

Figura 1. Seguimiento en porcentaje de cada tipo de lactancia



Comparación de nuestros resultados con otros publicados

1. Seguimiento de los diferentes tipos de lactancia

No es fácil encontrar cifras recientes recogidas con el mismo método con las cuales comparar nuestros resultados de seguimiento de la lactancia natural en el período estudiado. Por ser el marco de referencia más global hemos optado por compararlas con las señaladas en la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo del 2006 (ENS 2006), a sabiendas de que la ENS, por su misma naturaleza (encuesta y no revisión de registro de historias) no sigue el mismo método y recoge sólo seis semanas, tres y seis meses. Para ello nos hemos permitido la licencia de extrapolar los datos de nuestra población de tal manera que a las seis semanas damos por buena la media del seguimiento entre el mes y los dos meses, y a los tres meses la media entre dos y cuatro meses. (Tabla 5), los gráficos de las figuras 2, 3 y 4 muestra el seguimiento en porcentaje de las diferentes modalidades de lactancia en España, Galicia y nuestro cupo, respectivamente.

Tabla 5. Comparación del seguimiento de los diferentes tipos de lactancia entre España y Galicia según la ENS 2006 y nuestro centro nacidos en 2004-2008 (datos extrapolados)

Totales (%)				
♀+♂		Seis semanas	Tres meses	Seis meses
ESPAÑA	LNE	68,40	52,48	24,72
ENS 2006	Mixta	2,27	10,83	14,03
	Sucedáneo	29,34	36,70	61,25
GALICIA	LNE	55,40	44,05	20,15
ENS 2006	Mixta	1,31	7,89	9,92
	Sucedáneo	43,28	47,97	69,93
CS LABAÑOU	LNE	49,13	30,28	9,24
(extrapolado)	Mixta	21,98	33,13	45,65
	Sucedáneo	28,89	36,59	45,11

Figura 2. Seguimiento (%) de los diferentes tipos de lactancia ENS 2006 (España)

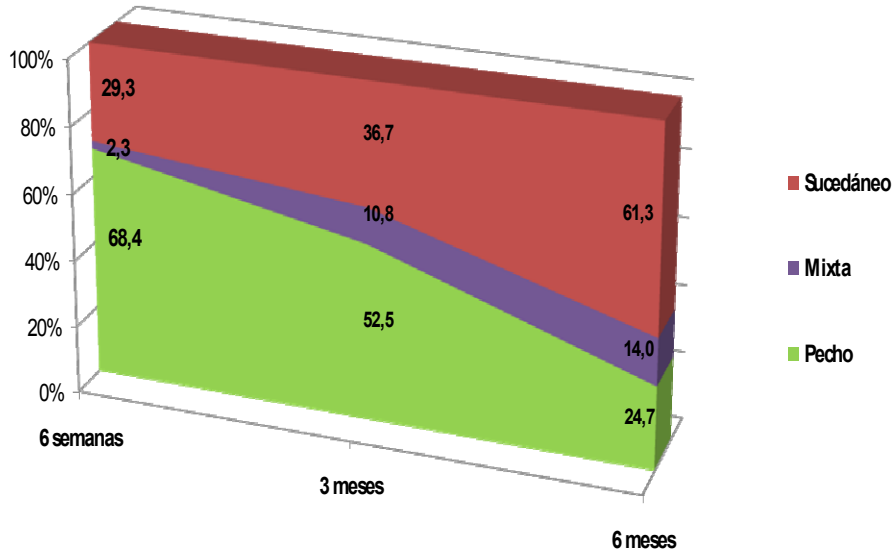


Figura 3. Seguimiento (%) de los diferentes tipos de lactancia ENS 2006 (Galicia)

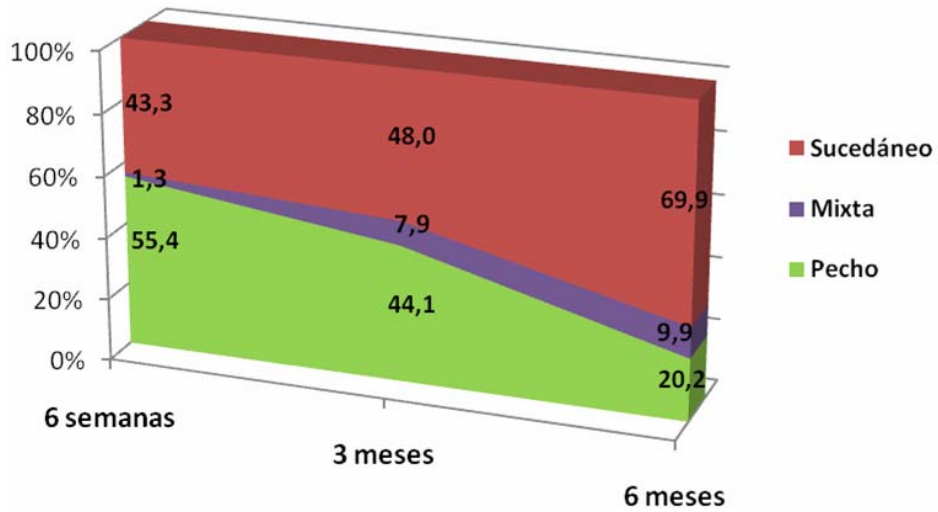
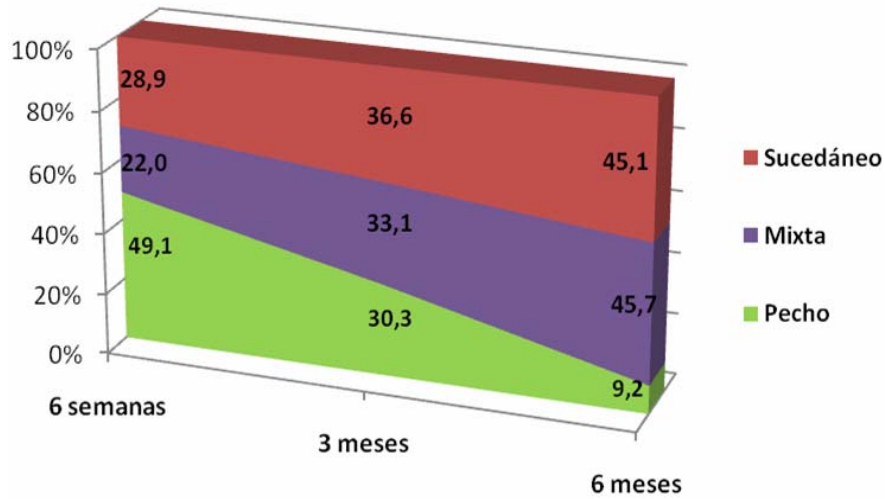


Figura 4. Seguimiento (%) de los diferentes tipos de lactancia C. Salud Labañou



En las figuras 5 y 6 se pueden observar las diferencias de seguimiento entre España y Galicia (ENS 2006) y el C. de Salud de Labañou a las seis semanas, tres y seis meses, según sea Lactancia Natural Exclusiva (LNE) o Lactancia Natural de cualquier tipo (LNE+LM)

Figura 5. Comparativa seguimiento de la lactancia natural exclusiva (LNE)

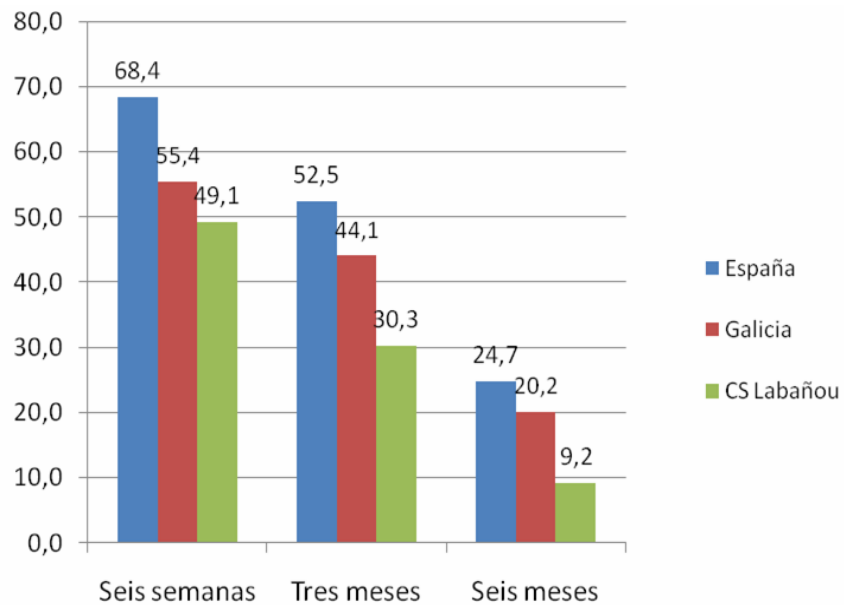
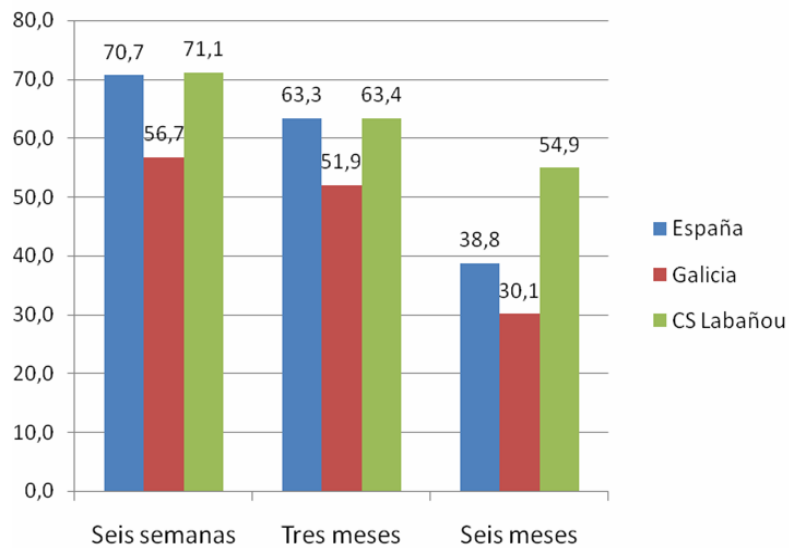


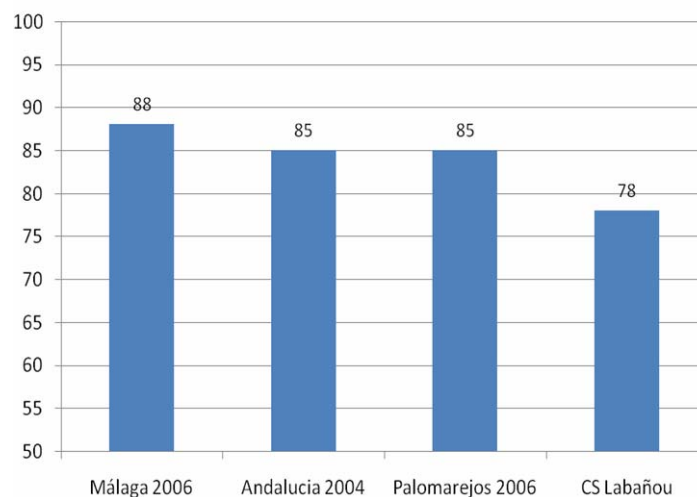
Figura 6. Comparativa seguimiento de la lactancia natural (LN) de cualquier tipo



2. Comienzo de lactancia

Dado que el comienzo de la lactancia no se registra en la ENS 2006, hemos recurrido a las referencias que hemos rastreado en la Web a efectos de comparación, lo que reflejamos en el gráfico de la figura 7.

Figura 7. Porcentaje de recién nacidos que comienzan lactancia natural de cualquier tipo



Conclusiones de la revisión

Aunque los datos que hemos encontrado para comparar nuestros resultados, no son obtenidos de manera homogénea, creemos que son lo mejor disponible, y podemos concluir que en nuestro cupo:

1. Comienzan menos niños la LN (entre 7 y 10 puntos porcentuales por debajo de los estudios con los que los comparamos).
2. Conseguimos muchas menos LN exclusivas a cualquier edad (entre 10 y 20 puntos porcentuales por debajo de las cifras de la ENS 2006 para España y Galicia dependiendo de la edad y el ámbito considerado).
3. Se mantienen muchas más LN a los 6 meses (más de la mitad de los lactantes siguen tomando alguna cantidad de lactancia materna). Pero esto sucede a expensas de que muchos niños la comparten con suplemento de sucedáneo y/o alimentación complementaria, posiblemente porque preferimos negociar el menor suplemento posible antes de que se suspenda por completo la lactancia natural
4. Al margen de las dificultades que entraña cuantificar la leche materna que ingiere un lactante alimentado a demanda como propugnamos, los datos registrados en nuestras historias clínicas y el diseño del estudio no nos permiten estimar la importancia relativa de la LN frente al sucedáneo en los niños que reciben alimentación mixta.
5. Dado que introducimos los alimentos sólidos habitualmente a partir de los cinco meses de acuerdo con las recomendaciones del grupo PrevInfad, la rápida caída de las LNE entre 4 y 6 meses no creemos que deba interpretarse necesariamente como un retroceso de la lactancia materna.
6. Aunque nuestro trabajo no lo refleja, a partir de los seis meses el número de madres que continúan dando pecho es testimonial.
7. En todo caso nos encontramos muy lejos de las recomendaciones de la OMS (lactancia materna hasta los 12 meses, exclusiva hasta los 6).
8. Y todo ello a pesar de que hay que reconocer que trabajamos en unas condiciones casi óptimas para el trabajo de enfermería de pediatría de atención primaria.

Obstáculos y problemas percibidos para el seguimiento de la lactancia materna

Lo que sigue es una percepción personal de los obstáculos observados y relatados por las madres como motivos para dejar de dar pecho y no pretende ser exhaustiva ni cuantificar la importancia de cada uno de ellos.

1. Maternidades “no amigas de los niños”: muchas lactancias naturales se arruinan antes de salir del hospital. La no colocación del niño al pecho inmediatamente o poco después del nacimiento, la separación del niños de su madre, la administración de sueros y suplementos y la entrega de muestras son algunos de los problemas detectados. Es especialmente difícil que si el niño ingresa en el período neonatal (o posteriormente) mantenga la lactancia al alta.
2. Mala técnica, desconocimiento: muchas madres fracasan porque no saben dar pecho y nadie les muestra la forma correcta de hacerlo, especialmente en el período crítico posterior al parto.

3. La captación de los recién nacidos se produce demasiado tarde en el Centro de Salud, de manera que muchas veces ya la lactancia natural se ha abandonado.
4. Está mitificado el aumento de peso como signo inequívoco de salud y en especial las gráficas que se usan habitualmente generan ansiedad y angustia entre las madres debido a la errónea interpretación de las mismas.
5. Contexto profesional: médicos que atienden a la madre, servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y consultas privadas parecen conjurados para prescribir suplementos, infusiones y leches especiales, amén de suspender sin justificación la lactancia por la administración de medicación a la madre o por mastitis real o imaginaria, por enfermedad o ingreso de la madre o el niño y un largo etcétera
6. Los niño “difíciles” con intensos cólicos, irritables y/o regurgitadores constituyen un reto para la lactancia natural, la madre desesperada muchas veces acaba encontrando alguien, si no lo hace por propia iniciativa, que prescribe un suplemento y/o suspende la lactancia.
7. Mitos y falsas creencias de todo tipo (acerca del valor nutricional del pecho, por ejemplo y su corolario, la superioridad del biberón...).
8. Trabajo de la madre. Muchas madres tienen un trabajo precario, algunas son autónomas, profesionales liberales o ejecutivas y no pueden permitirse ni tan siquiera la baja maternal que establece la ley. Para la inmensa mayoría es muy difícil dar pecho después de reincorporarse al trabajo cuando se les acaba el permiso de maternidad y, por las mismas razones, acogerse a facilidades tales como la reducción de jornada.
9. Contexto social (ausencia de facilidades y espacios adecuados para lactar, prejuicios acerca de dar el pecho en público, baja maternal insuficiente, pírricas ayudas a la maternidad, legislación ...)
10. Falta de apoyo familiar y/o otras cargas familiares (otros hijos pequeños, familiares mayores o enfermos...) que producen cansancio, agotamiento y desmoralización.
11. “Contra-asesoramiento” de allegados (amigas, familiares y vecinas que” minan” la moral de la madre con todo tipo de comentarios).
12. Cultura hedonista. No se concibe dejar de salir, carecer de tiempo libre, perder la figura (aunque esto último sea ciertamente discutible)...
13. Nivel educativo-cultural, motivación: en la actualidad percibimos una relación directa entre el nivel educativo y la duración de la lactancia. Determinados grupos sociales, como el colectivo perteneciente a la etnia gitana prácticamente no dan pecho.
14. Publicidad directa o indirecta de sucedáneos de LM y la entrega de muestras de leches artificiales después del alta son factores conocidos de fracaso de lactancia natural.

Un problema cultural

Cualquiera de las acepciones de “cultura” de la RAE

“Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico”

“Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”

O aún mejor la definición de Wikipedia

“La cultura es el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser,

vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano”.

Nos informan de hasta qué punto la Lactancia natural, su seguimiento, éxito y fracaso son un problema cultural que atañe a toda la sociedad y no sólo a los sanitarios.

Y como para muestra vale un botón, en los gráficos de las figuras 8 y 9 podemos ver la gran diferencia existente en la mencionada ENS 2006 entre el seguimiento de la lactancia natural tanto exclusiva como mixta entre los lactantes hijos de madre española y aquellos cuya madre es extranjera. Parece que, con respecto a la lactancia materna tenemos mucho que aprender de las madres inmigrantes.

Figura 8. Seguimiento de la lactancia natural exclusiva según la nacionalidad de la madre

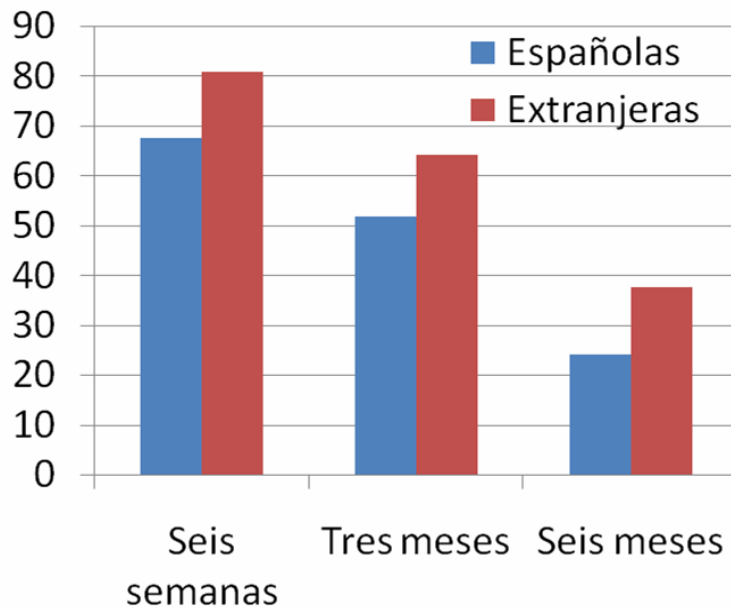
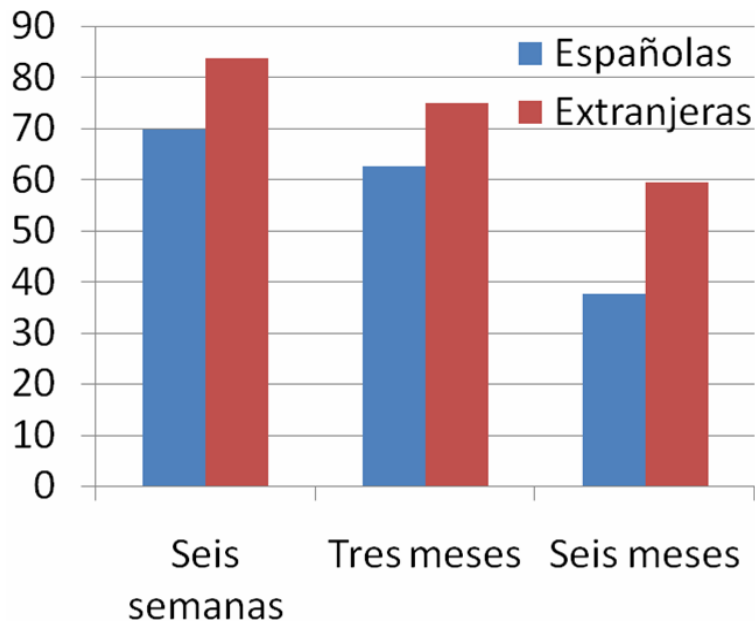


Figura 9. Seguimiento de la lactancia natural de todo tipo según la nacionalidad de la madre



Como mejorar

La realización de este trabajo y la reflexión consiguiente nos ha mostrado que hay motivos para no estar demasiado satisfechos. Por ello nos hemos planteado una serie de interrogantes, autocríticas e hipótesis acerca de las vías para aumentar el seguimiento de la lactancia materna en la población a nuestro cargo:

1. ¿Cómo podríamos hacer para disminuir el número de niños que reciben suplemento con sucedáneo sin perder lactancias naturales?
2. ¿No estaremos introduciendo los alimentos sólidos demasiado pronto en los lactantes alimentados a pecho? (comenzamos poco a poco a los 5 meses o 6º mes de vida).
3. ¿Qué aportación podríamos hacer desde la unidad de pediatría para mejorar el número de lactantes que comienzan alimentación natural? (visita prenatal, “vacunar” con información contra separaciones y suplementos en las maternidades ...)
4. Nos limitamos a informar de la existencia de grupos de apoyo de madres lactantes con sede en el centro de la ciudad. ¿Deberíamos organizar y/o facilitar esos grupos a nivel de nuestra zona de salud?
5. ¿Sería rentable ampliar la intervención al conjunto de la sociedad y los jóvenes futuros padres a través de la institución escolar y otros ámbitos?

Posiblemente con la mediación del Plan Comunitario existente en nuestra zona y poniéndonos de acuerdo con el otro cupo, la matrona y la trabajadora social podamos avanzar en la dirección correcta de los acontecimientos. Seguro que este Curso lleno de aportaciones de personas comprometidas con la LN nos aporta ayuda en forma de motivación y formación en ese sentido.

A pesar de todo

Estoy convencida de que en este terreno avanzamos de manera lenta pero segura, y quedan lejos los días, cuando era alumna de enfermería, en que se recomendaba a las madres, en el hospital donde me formaba, que compraran tres metros de tela para envolverse los pechos para “cortar” la subida de la leche.

Al menos en nuestro medio parece que el seguimiento de la lactancia natural aumenta poco a poco.

La enfermería de pediatría de atención primaria tiene un gran papel en la promoción y mantenimiento de la lactancia materna, a condición de que esto se entienda por parte de pediatras y Administraciones (creación de plazas suficientes, formación, dedicación específica, incluir LM en objetivos...)

Satisfacción

Y una última reflexión: ¿habrá algo más satisfactorio profesionalmente que contribuir a una lactancia exitosa? A mí no se me ocurre.

Agradecimientos:

A las madres y los lactantes que tanto me enseñan todos los días (laborables).

A Juan, mi compañero en la vida y en el trabajo, sin cuyo apoyo y ayuda técnica no hubiera podido realizar esta presentación.

A la Dra. Carmen Pallás, “Keka”, que se aventuró a invitarme a esta mesa.

Bibliografía

1. Carmen Rosa Pallás Alonso. Grupo PreVinFad. Promoción de la lactancia materna. Disponible en <http://aepap.org/previnfad/Lactancia.htm> Última actualización 18 de diciembre de 2006. (Consultado 31/01/2009)
2. Comité de Área de Lactancia Materna de Talavera de la Reina. Prevalencia de la lactancia materna durante los primeros seis meses en un Área sanitaria . Comunicación a las II Jornada de Promoción de la Lactancia Materna organizada por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. 27 de Octubre de 2008
3. Comité de lactancia materna de la AEP. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Panamericana. Madrid 2008.
4. I.M. Morales Gil. Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna. Ponencia personal. IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz - Tenerife. Octubre 2006.
5. Marisol Garrigues Latorre, Antonia Herraiz Mallebrera. Lactancia Materna (LM), conocimientos y actitud de las enfermeras de Atención Primaria Área 4. Comunicación personal en el X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. 10th International Nursing Research Conference. INVESTEN Albacete Noviembre 2006
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006
7. OMS. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra 1998
8. Susana Fernández Crespo enfermera del Centro de Salud Cebolla. Comunicación personal en la I Jornada de promoción de la Lactancia Materna organizada por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina 2006.
9. Teresa Monroy. C.S Palomarejos. Lactancia natural. Comunicación personal para sesión clínica. Presentación de PowerPoint. 2006

Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna.

Carmen Rosa Pallás Alonso.

Jefa de Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Miembro del Comité de Lactancia Materna. Miembro del grupo PrevInfad

El documento sobre alimentación complementaria publicado por ESPGHAN en el Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition en el año 2007 establece en sus recomendaciones finales que la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida es un objetivo deseable y esto por tanto coincide por lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin embargo en el desarrollo del documento hay varios aspectos que introducen dudas acerca de las recomendaciones de la OMS sobre la lactancia materna y pueden inducir a los profesionales a decisiones no justificadas. A continuación se van a exponer brevemente algunos de estos aspectos.

Definición de alimentación complementaria

La OMS ha definido como alimentación complementaria todo líquido o sólido diferente a la leche materna que se proporciona a los niños durante los seis primeros meses de vida. Por tanto para la OMS los sucedáneos de la leche materna se consideran alimentación complementaria. ESPGHAN no apoya esta definición y prefiere “normalizar” a los sucedáneos de la leche materna y no considerarlos alimentación complementaria. Se apoya en el hecho de que muchos niños toman este tipo de alimentos desde los primeros días de vida. Este punto podría no parecer muy trascendente porque se trata solo de lenguaje y conceptos, pero actualmente, en este mundo sometido al marketing nadie puede dudar del verdadero peso de las palabras y de las denominaciones. Si comenzáramos a hablar de las fórmulas como alimentación complementaria quizás la actitud de los profesionales respecto a la “inocuidad” de la alimentación con fórmula se fuera modificando. El apoyar la decisión en el triste hecho de que muchos niños consumen fórmula desde los primeros días de vida es normalizar y aceptar un hábito que tiene un precio en la salud del niño y de la madre.

Introducción de la alimentación complementaria

La OMS recomienda que no se introduzca ningún otro alimento hasta la edad de los 6 meses de edad. En este punto el comité de la ESPGHAN aunque termina avalando esta recomendación introduce una serie de dudas que cuestionan la recomendación. Por un lado mencionan la calidad de los estudios en los que se basa esta recomendación. Insistir en este hecho sin mencionar que no es posible otro tipo de diseño porque es éticamente inaceptable aleatorizar niños para recibir lactancia materna o fórmula adaptada, puede hacer creer que se trata de estudios “poco serios”. Nada más lejos, el estudio que se menciona realizado en Bielorusia, es todo un ejemplo de cómo resolver la limitación ética de la aleatorización, ya que aleatoriza maternidades para promocionar o no la lactancia materna y luego compara los resultados de una u otras maternidades. Por otro lado menciona que los estudios se han realizado en países en vías de desarrollo y que por tanto sus resultados no deberían ser generalizables a los países desarrollados. En este documento no se menciona el trabajo de Paricio y cols, publicado en Pediatrics, en el que claramente se muestra como los niños españoles con lactancia materna prolongada ingresan en el hospital con una frecuencia significativamente menor. Por otro lado, la OMS, en la elaboración de sus estándares ha mostrado como los niños amamantados y en unas condiciones óptimas de cuidados crecen de la misma forma en todo el mundo por lo que no debería existir tantos problemas para

generalizar los resultados en los estudios en relación con lactancia materna. Además parece que se invierte la pregunta que se debería contestar, que quizás debiera ser ¿la introducción precoz de otros alimentos mejora la salud de los niños? Parece que ningún estudio ha podido mostrar este hecho. Y de nuevo, aun apoyando la recomendación de la OMS, deja la puerta abierta para la introducción de alimentos a partir de la 17 semana de vida. En el apartado de *Maduración Fisiológica y Neurológica* el Comité considera que la función renal y gastrointestinal y las capacidades fisiológicas del niño son adecuadas a los 4 meses de edad para poder tomar otros alimentos. Este comentario no se matiza por lo que de nuevo facilita al pediatra la introducción de alimentos complementarios de forma precoz en vez de apoyar e insistir en la promoción y mantenimiento de la lactancia materna.

Aspectos nutricionales

En este punto parecen aceptarse dos distintos estándares de crecimiento uno para niños amamantados y otro para los no amamantados. Se habla en relación con los estándares de la OMS de desaceleración del crecimiento en los niños amamantados cuando realmente lo que muestra la OMS es un patrón oro de crecimiento en el que “la desaceleración del crecimiento” que se menciona es la forma de crecimiento normal en los niños. Con respecto a los niños alimentados con fórmula se habla de “aceleración del crecimiento”. Realmente esta “aceleración” significa que una proporción de niño entra en percentiles de sobrepeso y que pasan desapercibidos si se utilizan estándares diferentes a los de la OMS. Si como se menciona en el documento, el problema de los países desarrollados es el sobrepeso, en este punto se debería haber sido menos ambiguos con los conceptos de “aceleración del crecimiento” que dicho de esta forma parece un valor positivo. En ningún momento se recomienda el uso de los estándares de la OMS para valorar el crecimiento de todos los niños, independientemente del tipo de alimentación. Y finalmente, se llega a dejar en el aire la idea de que quizás los niños amamantados precisen que se les introduzca la alimentación complementaria de forma más precoz. Se basan en medidas de micronutrientes comparando niños amantados con niños no amamantados. Se simplifica el complejo aporte que hace la leche de madre de nutrientes, micronutrientes, factores de crecimiento, factores inmunitarios a una simple medida de micronutrientes. Parece que los niños que toman fórmula tienen “mas”, como si el “mas” pudiera establecerse sin mas como referencia.

No dejan de sorprender todos estos aspectos que pueden crear dudas a los pediatras en su práctica y que para nada les refuerzan en la difícil tarea de apoyar y promocionar la lactancia. Sin duda hay algunos aspectos no bien determinados en relación con la lactancia materna pero hasta el momento nadie ha podido demostrar la superioridad de las fórmulas en ningún aspecto por tanto no es fácil de entender estas reservas en el apoyo a la lactancia sin tanta duda y sin crear incertidumbre basada en hechos muy poco sustentados. En este momento en el que por fin se han puesto en marcha políticas de apoyo para incrementar la tasa de lactancia materna y se ha reconocido como una práctica primordial de prevención en la infancia se podría haber esperado un documento menos ambiguo de un organismo que tanto influye en las prácticas de los pediatras.

Bibliografía

1. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 46: 99-110
2. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. *Ad Exp Med Biol* 2004; 554:63-77
3. Kramer MS, Guo T, Platt RW et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003; 78:291-5.
4. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Pediatric Suppl* 2006; 450; 76-85.
5. Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A y cols. Full breastfeeding and hospitalizations as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics* 118:e92-99

Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna

Luís Moreno.

Prof. Titular. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

El documento sobre alimentación complementaria publicado por ESPGHAN establece en sus recomendaciones finales que la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida es un objetivo deseable. Un nuevo documento ESPGHAN sobre lactancia materna se publicara en unos meses. Estos documentos tratan de guiar la practica diaria de los profesionales de la salud, especialmente los Pediatras.

El Comité de Nutrición de ESPGHAN define como alimentación complementaria todos aquellos alimentos sólidos o líquidos que no sean la leche materna o formulas infantiles. La realidad es que algunos niños consumen este tipo de formulas. El comentario quería dejar de lado este asunto polémico y centrarse en lo que los pediatras esperan conocer sobre la alimentación complementaria.

La OMS recomienda que no se introduzca ningún otro alimento hasta la edad de los 6 meses de edad. El comité de ESPGHAN considera que esta recomendación debe ser el objetivo deseado. Sin embargo, se ha observado un riesgo aumentado de alergia en niños, sin historia familiar de alergia, en los cuales una exposición a los cereales después de los 6 meses aumentaba el riesgo de alergia. La introducción de la alimentación complementaria no debería tener lugar antes de las 17 semanas de vida y después de las 26 semanas.

El nuevo documento ESPGHAN sobre lactancia materna ayudara con seguridad a clarificar algunas de las controversias. Este documento tiene como objetivo revisar la situación actual sobre el tema, presentar información sobre la composición de la leche materna y aconsejar sobre la duración de la lactancia materna. Se enfatiza también el papel importante del Pediatra en la implementación de políticas que tengan como objetivo la promoción de la lactancia materna.

El Comité reconoce que la lactancia materna es la manera natural y recomendada para alimentar a los niños con el fin de asegurarles un crecimiento y desarrollo óptimos. El objetivo es la lactancia materna exclusiva durante alrededor de 6 meses. También se recomienda la continuación de la lactancia materna después de la introducción de la alimentación complementaria.

El papel de los profesionales de la salud, incluyendo a los pediatras, es proteger, promocionar y apoyar la lactancia materna. Se deberían promover acciones sociales para facilitar la lactancia materna como la prolongación de los permisos por maternidad hasta los 6 meses y la protección de las madres trabajadoras.

Mesa 1: “Estrategia de Atención al parto normal”

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: presentación de la iniciativa

Isabel Espiga.

Jefa de Servicio del Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), como conjunto de servicios de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (Ley 14/1986, General de Sanidad).

Además de establecer la universalidad de la cobertura y el principio de equidad como garantía de acceso en condiciones de igualdad efectiva, la Ley se orienta prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, lo que supone una concepción integral de la salud que exige incorporar las acciones en esta línea de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos.

En la actualidad, una amplia descentralización caracteriza el SNS, siendo las CCAA las competentes en materia sanitaria desde 2002. Ello facilita una mejor adaptación a las necesidades de salud de la población usuaria y, también, requiere el desarrollo de acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinación del SNS tiene como misión potenciar su cohesión, velar por la equidad, la mejora de la calidad de las prestaciones, y garantizar los derechos de las personas usuarias en el sistema sanitario en su conjunto, como también señala la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS.

Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan este reto mediante el desarrollo de estrategias orientadas hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible, en las buenas prácticas existentes. Al mismo tiempo otorgan el papel central al paciente-a la usuaria, lo que ha originado que aparezca un nuevo modelo de atención sanitaria centrado en la persona que es atendida. Esta es la base para el desarrollo de las nuevas estrategias.

Estas estrategias constituyen una apuesta decidida para alcanzar mayores niveles de calidad, legitimidad y sostenibilidad social del SNS, tanto entre la ciudadanía como entre población usuaria y profesionales.

Hay que considerar que los conocimientos sobre las enfermedades, de prevención y también de protección de la salud, evolucionan a gran velocidad. Por ello las profesiones sanitarias están sometidas a una gran exigencia de actualización de conocimientos y habilidades para afrontar el desafío de discernir aquellas que han de ser incorporadas a la práctica clínica, a la luz de la evidencia, como también las que han de ser eliminadas de las rutinas por la misma razón.

La tradicional relación profesional-paciente, basada en la existencia de importantes asimetrías de información entre ambos, está evolucionando hacia mayores exigencias de la población usuaria. El modelo actual pretende asegurar una atención sanitaria de calidad, personalizada, centrada en las necesidades particulares de pacientes-usuarias y fomentando la excelencia clínica en profesionales.

Todo lo expuesto resume la orientación, el impulso y contenido del Plan de Calidad para el SNS y es en este marco desde el que nace la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS.

El punto de partida de la Estrategia APN coincide con el comienzo del Observatorio de Salud de la Mujer, cuando organizaciones de mujeres y profesionales pidieron que el Ministerio de Sanidad y Consumo atendiera sus demandas y llevara a la práctica lo expuesto en el recién aprobado 1er Plan de Calidad (2006).

Las primeras acciones fueron de escucha y de encuentro:

- De encuentro entre saberes, el saber profesional y científico y el de las mujeres, sujetos de derechos y demandantes de cuidados apropiados para su salud,
- De encuentro entre divergencias, reconociendo que perduran aspectos de la atención del parto aún sin resolver y que merecen un espacio de consenso crítico por parte del mundo profesional y la población beneficiaria.
- De encuentro entre concepciones de la salud, aquellas que se arraigan en las creencias, mitos y costumbres y las basadas en la evidencia, en el mejor conocimiento disponible.
- De encuentro ante la diversidad, atendiendo que no hay un enfoque estático mundo, sino que la sociedad necesita nuevas formas de reconocer la realidad cambiante.

Se continuaron con acciones para compartir y analizar el estado de la situación, que evidenciaba la necesidad de reorientar la atención para mejorar la calidad y calidez, mostrando:

- Una excesiva medicalización del proceso.
- Gran variabilidad de las prácticas clínicas en la atención al parto.
- Infravaloración del papel de las matronas y de la enfermería obstétrica y pediátrica.
- Desatención de la voz de las madres y sus experiencias.

La revisión bibliográfica y de la evidencia, y la identificación de las buenas prácticas existentes han sido la base sólida e indiscutible de la Estrategia, que ha facilitado compartir objetivos y alianzas, explorar las barreras y oportunidades, y situarnos en una clara posición:

- Avanzar desde el camino de la evidencia a lo afectivo.
- Abordar lo fisiológico como tal, no como patológico.
- Reorientar el papel de usuaria y el de los y las profesionales.

Las primeras acciones partieron en foros de debate y talleres de trabajo. Los primeros encuentros, con cada uno a uno de los colectivos, estuvieron seguidos de reuniones formales de consenso para la búsqueda de acuerdos con todos los sectores implicados.

El nivel de maduración se alcanzó con el consenso de un documento técnico, elaborado con la colaboración de las sociedades profesionales y de mujeres, que fue completado con las CCAA en talleres temáticos, y presentado finalmente en la Jornada de Presentación de la Estrategia en septiembre de 2007. Posteriormente tuvo su aprobación en el Consejo Interterritorial del SNS en octubre de 2007.

El agradecimiento a todas las personas que participaron también conlleva el recordatorio de la implicación de todas las partes y por tanto el compromiso de asumir sus objetivos y recomendaciones.

El objetivo general de la EAPN es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales, y contempla 3 ejes transversales: la diversidad de capacidades; la multiculturalidad y la perspectiva de género.

Y sus objetivos específicos:

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que las mujeres se sientan protagonistas y responsables del parto.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
- Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

Las recomendaciones se encuentran agrupadas en las siguientes líneas estratégicas:

- Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones.
- Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería (especialización y formación continuada).
- Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto fisiológico.

Para impulsar de manera efectiva la EAPN y desarrollar sus recomendaciones, el Ministerio de Sanidad y Consumo dispone de un presupuesto de 8 millones de euros para financiar proyectos de las CCAA en esta línea.

Cuenta también con Subvenciones dirigidas a organizaciones sin ánimo de lucro que presentan proyectos orientados a la investigación, formación y difusión de información.

También impulsa y financia la elaboración de instrumentos para el acompañamiento de la EAPN como la “Guía de Práctica Clínica de la Atención al Parto” (en su fase final), los “Estándares y recomendaciones para la Atención Hospitalaria al Parto” (finalizado y en fase de revisión) y los “Efectos adversos en obstetricia y ginecología” (en elaboración).

Promueve y financia también, estudios de investigación e innovación, como los que se están iniciando relacionados con la “optimización de las tasas de cesárea”, la “satisfacción de las mujeres en la atención recibida” y sobre el “estado de situación de las Unidades Neonatales con cuidados centrados en el desarrollo y en las familias”.

Además cabe señalar los recursos para la coordinación internacional con la Oficina Regional Europea de la OMS: Making Pregnancy Safer, (Coordinadora Alberta Bacci).

Para realizar el seguimiento, se ha dotado a la EAPN de un órgano de participación de todas las partes interesadas, de debate y consenso: el Comité Institucional (compuesto por las CCAA) y el Comité Técnico (conformado por todas las sociedades profesionales, organizaciones sociales y personas expertas). La coordinación y liderazgo recae en el OSM.

Los acuerdos de alto nivel son tomados en el por el Consejo Interterritorial, lo que significa el mayor nivel de competencia en el SNS.

Nos encontramos en estos momentos ante grandes retos, como:

- La formación de profesionales, como la clave del cambio, compartiendo unos contenidos y materiales comunes para su armonización en el conjunto del Estado.
- El establecimiento de indicadores de calidad y sistemas de registro comunes que permitan conocer y compartir la información sobre las prácticas clínicas realizadas en el SNS y la identificación de buenas prácticas.
- La ampliación de la Estrategia contemplando todo el proceso (embarazo, puerperio y periodo neonatal) con la elaboración una nueva Estrategia de Salud Reproductiva antes de finalizar el año.
- La evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS, antes de finalizar el año 2009.
- La investigación, especialmente de los aspectos en los que existe menor conocimiento disponible, la innovación y la difusión de buenas prácticas de atención al parto y nacimiento.
- Y muy especialmente continuar compartiendo el camino, con la complicidad de las CCAA, la competencia de los y las profesionales, con la experiencia de las mujeres, y con el apoyo social, para mejorar la calidad de la atención al parto y nacimiento. Todas las sugerencias son muy bien recibidas en: participaosm@msc.es

Aspectos obstétricos

Longinos Aceituno.

Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Huerca Overa. Almería.

Durante el parto se realizan una serie de prácticas clínicas que no están basadas en el mejor conocimiento científico disponible y, que además, pueden interferir con el proceso de la lactancia en el recién nacido.

En la “estrategia de atención al parto normal” se valoran las diferentes prácticas que se realizan en el parto, desde el punto de vista de las “pruebas”. Las recomendaciones son las siguientes:

- Se desaconseja el uso rutinario del rasurado del periné y del enema.
- Se recomienda el acompañamiento durante el parto y la deambulación.
- Se debe permitir la ingesta de líquidos.
- Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y el recién nacido.
- Incentivar que las mujeres adopten la postura que prefieran durante la dilatación y el parto.
- Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática. No se deben suturar los desgarros leves.
- Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo.
- Investigar las causas del incremento de la tasa de cesáreas y de su variabilidad.

Por otro lado, siempre que hablamos de los efectos beneficiosos de la lactancia nos centramos en el recién nacido pero poco en la madre. Se ha demostrado que en las madres que lactan hay una menor incidencia de diabetes y últimamente se ha encontrado un menor riesgo cardiovascular en estas madres, siendo la disminución del riesgo proporcional a la duración del amamantamiento.

Aspectos neonatales

Blanca Herrera.

Matrona. Hospital Comarcal de Baza. Coordinadora del Grupo de Parto de Baja Intervención de la Asociación Andaluza de Matronas.

Introducción

Quisiera agradecer al Comité Organizador del Congreso de Lactancia Materna que pensaran en mí para hablar de este tema. He dedicado mucho esfuerzo en mi carrera profesional al estudio del “Parto Normal y de Baja Intervención” y me he dado cuenta, gracias a las madres, a compañeras neonatólogas y amigas matronas, que el “Objeto del parto”, también es un sujeto protagonista en el parto. Y es que si bien en lengua inglesa el bebé está incluido en el hecho de nacer (“Childbirth”), no ocurre lo mismo con nuestra lengua y cuando nos referimos al parto, parece un hecho exclusivo de las mujeres que paren y hay que hablar de nacimiento para incluir en el proceso al bebé que nace.

En la Estrategia de Atención al Parto Normal, se incluyen 2 puntos que tienen especial relevancia e importancia para el/la recién nacido/a, si bien no podemos olvidar que muchos aspectos del parto afectarán de forma directa al bebé y a su capacidad de adaptarse a la vida extrauterina. Estos dos puntos son:

- Contacto Precoz Madre- Recién Nacido
- Atención Postnatal Inmediata

El parto normal

Es indiscutible, que el modo en que se pare y se nace afecta y afectará al bebé, a la madre y a vínculo y la relación que mantendrán entre ambos durante los primeros días y durante el periodo de vinculación afectiva y lactancia materna.

Una madre que ha experimentado un parto normal, fisiológico, indiscutiblemente estará en mejores circunstancias (físicas, psicológicas, fisiológicas y hormonales) para el cuidado, la crianza y la lactancia materna durante los primeros días de vida de su bebé. No se encuentran en iguales circunstancias una madre y un bebé después de una cesárea o un parto instrumental que después de un parto normal o fisiológico.

Pero además, muchas veces olvidamos que “pequeñas intervenciones” sobre la madre o el bebé, pueden tener repercusiones en la lactancia materna

De esta manera, todos los fármacos que se ponen a la madre durante el parto (sedantes, analgésicos, anestésicos, oxitocina) puede repercutir sobre el/la recién nacido/a y sobre su capacidad para amamantar. De modo similar, el volumen de sueros que se ponen a la madre (unido al uso de oxitocina sintética que es un potente antidiurético) pueden afectar de forma importante al/la la recién nacido/a.

Las mujeres que tienen un parto normal sin anestésicos, sin medicamentos y sin sueros intravenosos tendrán la posibilidad de lactar más fácilmente que aquellas que tienen partos altamente intervenidos.

Cuidados sobre el/la recién nacido/a

Una vez que nace el bebé, en muchos centros se le practican, por protocolo, una serie de cuidados encaminados a “observar” la normal adaptación de éste/a a la vida extrauterina, estos cuidados pueden pasar por:

- Pinzamiento precoz del cordón umbilical
- Separación inmediata de su madre (en algunos lugares puede ser de hasta 2 horas)
- Observación en una cuna térmica bajo una fuente de calor radiante
- Secado
- Aspiración de secreciones por ambas coanas y por la boca (para comprobar también la permeabilidad de las coanas)
- Test de Apgar
- Comprobación de la permeabilidad del ano
- Profilaxis ocular mediante la administración de un colirio oftálmico
- Administración de vitamina K
- Administración de la primera dosis de la vacuna de la Hepatitis B
- Somatometrías (Peso, talla, perímetros, etc.)
- Lavado o baño (en algunas ocasiones se le aplica colonias y perfumes)
- Cura del cordón umbilical
- Vestido
- Tolerancia oral (sueros glucosados o leches de fórmula)
- Glucemias

Estos cuidados iniciales, no se aplican de igual manera en todos los centros, pero en algunos hospitales de nuestro país aún se aplican, sino todas, muchas de estas prácticas sobre los bebés, independientemente del riesgo que estos presenten.

La sociedad española de pediatría (SEP) expone que en torno a un 10% de los bebés requieren de algún tipo de ayuda o reanimación para ayudarles a adaptarse a la vida extrauterina, esto implica que el 90% restante no precisan de ninguna práctica especial para su adaptación, más allá del hecho de observarlos/as, secarlos/as y limpiarlos/as, colocarlos encima del abdomen de su madre en contacto piel con piel y procurarles un ambiente cálido y confortable durante las dos primeras horas de vida, fomentando que se inicie la lactancia materna de forma precoz en la primera hora de vida del bebé.

Muchos profesionales aún no comprenden en qué manera pueden afectar estas prácticas rutinarias, algunas de ellas innecesarias y desde luego muchas de ellas inoportunas a la vinculación madre-bebé y al inicio de la lactancia materna.

Según Ashley Montague (1978) “los beneficios para la madre de la puesta al pecho inmediata del recién nacido/a son innumerables, a fin de cuentas, después del largo y duro trabajo del parto, es la gratificante emocionalmente la sensación del bebé mamando y el sentimiento de triunfo al tener en sus brazos al bebé”

Los beneficios del contacto piel con piel inmediato son innumerables, un gran número de estudios han descrito los beneficios que suponen tanto para la madre como para el bebé que

permanezcan en contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento (inicio precoz de la lactancia, menor número de infecciones, ayuda a la contracción uterina, fomento del vínculo, mejor adaptación neonatal a la vida extrauterina (saturación termorregulación, oxigenación, glucemias, etc.)).

Analicemos por un momento todas las prácticas que hemos mencionado anteriormente y que pueden afectar a la separación madre-bebé:

- Pinzamiento precoz vs pinzamiento tardío: Varios estudios han demostrado que el pinzamiento tardío presenta numerosas ventajas sobre el recién nacido sano y normal sin factores de riesgo asociados (isoimmunización RH, macrosomía, hijo/a de madre diabética insulino-dependiente), ya que los bebés a los que se les practica un pinzamiento tardío presentan niveles de hierro sérico a los 6 meses de vida superiores a aquellos en los que se practica un pinzamiento precoz. Esto es especialmente útil en recién nacidos prematuros en los que puede ayudarnos a prevenir anemias.
- Separación madre-bebé: Como hemos mencionado antes, el lugar ideal para un recién nacido sano y normal es el abdomen de su madre. Numerosos estudios han demostrado los beneficios del contacto piel con piel ininterrumpido durante las primeras horas de vida de neonato.
- Observación del neonato bajo una fuente de luz radiante: La separación del bebé de su madre provoca en este un alto nivel de estrés acompañada de un llanto fuerte y vigoroso en la mayoría de las ocasiones, aumentando el grado de ansiedad en el bebé. Los mismos cuidados que haya que realizarle al bebé (secado, limpieza de boca y secreciones, observación) pueden realizarse encima del abdomen de su madre. Se ha demostrado que la madre regula su temperatura corporal para mantener caliente al neonato y que el tener al bebé sobre el abdomen ayuda a las madres a secretar oxitocina que facilita la expulsión de la placenta y la involución uterina.
- Secado: Se puede secar al neonato encima del abdomen de la madre con toallas calientes, suavemente, procurando que la temperatura ambiente sea cálida para minimizar las pérdidas de calor en el bebé.
- Aspiración de secreciones y permeabilidad de coanas: No existe ninguna razón para realizar aspiración de secreciones de forma rutinaria a los bebés, ni para realizar sondajes para comprobar la permeabilidad de coanas de forma indiscriminada. Estas prácticas provocan en el neonato malestar en el mejor de los casos y en ocasiones lesionan la mucosa nasal u orofaríngea provocando erosiones y pequeñas lesiones. La introducción de sondas por las coanas o boca del bebé provoca en éste aversión, que puede interferir de forma importante con la capacidad para mamar que tiene el neonato. La impermeabilidad de coanas es fácilmente diagnosticable si se observa detenidamente el inicio de la lactancia, ya que el bebé no se engancha de forma correcta (soltándose frecuentemente) porque presenta dificultades para respirar con normalidad.
- Test de Apgar: El test de Apgar se puede realizar fácilmente encima del abdomen materno, algunos bebés al nacimiento no lloran si están junto a su madre y se les permite adaptarse progresivamente a la vida extrauterina. El test de Apgar puede realizarse sin tener en cuenta el llanto “vigoroso” del bebé, puesto que se puede observar su respiración y su tono sin necesidad de que el bebé esté llorando.
- Comprobación de la permeabilidad del ano: No es preciso comprobar la permeabilidad en todos los/as recién nacidos/as, puesto que cuando se presenta una impermeabilidad de recto o de ano, no aparece meconio, si se observan y vigilan las deposiciones del bebé podemos descartar esta rara afección.

- Profilaxis ocular mediante la administración de un colirio oftálmico: Si bien la administración de una pomada o colirio oftálmico está indicada para reducir la tasa de conjuntivitis oftálmicas severas en los bebés. No obstante la aplicación del colirio o pomada se puede posponer esas dos primeras horas en que se inicia la lactancia materna y se permite la vinculación del bebé y su madre.
- Administración de vitamina K: Se utiliza para prevenir hemorragias neonatales, el método de administración más frecuentemente utilizado y que mejor tasa de absorción ha demostrado es la vía intramuscular, aunque puede usarse la vía oral si los padres se comprometen a continuar el tratamiento en el domicilio, de igual modo la administración puede posponerse esas dos primeras horas de vida y además puede ponerse la inyección intramuscular mientras el bebé está lactado lo que disminuirá el dolor de la punción.
- Administración de la primera dosis de la vacuna de la Hepatitis B: Ocurre igual que la Vitamina K, los padres que quieran que sus hijos reciban la primera dosis de la vacuna de Hepatitis B, pueden hacerlo pasadas estas dos primeras horas de vida, sin interferir en este primer contacto piel con piel y además se recomienda ponerla mientras el bebé está lactando para disminuir la sensación dolorosa de la punción y administración de la vacuna.
- Somatometrías (Peso, talla, perímetros, etc.): Pesar, talar y medir al bebé puede esperar, en muchas ocasiones la burocracia (papeleo, registros y documentos de la madre y del bebé) acucian a las matronas y profesionales implicados para realizar de forma precoz estos cuidados. No obstante, un ligero cambio de rutinas y de formas de trabajar, puede permitirnos que dejemos a las madres y a los bebés durante esas dos primeras horas de vida y que antes del alta en la zona de paritorio, a la planta de maternidad se proceda a pesar al bebé, en presencia de sus padres.
- Lavado o baño (en algunas ocasiones se le aplica colonias y perfumes): El baño de la madre y o el bebé inmediato después del parto no está justificado. Se ha demostrado que uno de los sentidos más desarrollados en el neonato es el olfato, el lavado del bebé o de la madre puede interferir con la capacidad de éste para encontrar de forma autónoma el pecho de su madre e hincar la lactancia materna. De forma más drástica, el baño del bebé puede afectar de manera importante a su capacidad de termoregularse y de mantener el calor corporal, especialmente en los bebés más susceptibles (aquellos con bajo peso, leve prematuridad, etc.) que pueden permanecer con su madre y en los que una pequeña alteración puede desencadenar distrés respiratorio y necesidad de ingreso para observación en las unidades neonatales.
- Cura del cordón umbilical: Es habitual que se realice la primera cura del cordón umbilical en el área de paritorio al nacimiento del bebé, como muchas de las otras prácticas puede esperar, además algunos estudios han demostrado que en bebés sin factores de riesgo asociados se podrían realizar “curas en seco”, sin alcohol u otros desinfectantes, y siempre que el bebé y su madre permanezcan un tiempo en contacto piel con piel, el cordón se coloniza por las bacterias de la piel de su madre y se cae antes que si se desinfecta con alcohol, sin mayor riesgo de onfalitis.
- Vestido: Vestir al bebé interfiere de forma importante con el contacto piel con piel directo en paritorio, y como hemos visto el contacto piel con piel es una técnica con demostradas ventajas para fomentar el vínculo y la lactancia materna precoz y prolongada.
- Tolerancia oral (sueros glucosados o leches de fórmula): En aquellos lugares en que las madres y los bebés son separados de forma rutinaria y sistemática, y hay unidades de NIDO destinadas para los bebés recién nacidos, es frecuente que a éstos se les

ofrezca tolerancia con sueros glucosados o leches de fórmula e incluso chupetes. Es bien conocido, como estas prácticas afectan a la capacidad del recién nacido para alimentarse con leche materna.

- **Glucemias:** En aquellos bebés en los que fuera preciso, por su edad gestacional o su peso realizar glucemias de control, es bueno saber que el contacto precoz piel con piel y la lactancia materna precoz les ayuda a mantener niveles más altos de glucemia en sangre, también sería importante conocer las cantidades y calidad de líquidos intravenosos administrados a la madre, puesto que esto puede afectar la glucosa de los bebés recién nacidos.

Conclusiones

Como hemos visto, no hay nada, nada, nada, que haya que hacerle a un 90% de los recién nacidos, que son aquellos que nacen sanos, a término y sin complicaciones que tenga que afectar al contacto precoz y al inicio de la lactancia materna. Las funciones de la matrona y de los profesionales que asisten y acompañan al parto y al nacimiento serán las de observar, secar y limpiar y favorecer que madre y bebé interactúen en un ambiente cálido y confortable. Promoviendo el contacto piel con piel prolongado desde el nacimiento y de manera ininterrumpida durante al menos dos horas y promocionando la puesta al pecho de forma precoz (en la primera hora de vida del bebé) en aquellas madres que quieran alimentar a sus bebés.

Pero promocionar la lactancia materna en el área de partos y al nacimiento no es sólo eso, habrá que tener, como hemos visto, en cuenta otros muchos factores que pueden afectarla y alterarla en el transcurso del parto y en los cuidados iniciales al recién nacido.

Parto y Nacimiento son un mismo acontecimiento cuyos protagonistas son la madre que pare y el bebé que nace, y nuestro papel en esta función es procurar que ambos se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas, familiares, etc. tratando todo el proceso de parir y de nacer de forma holística.

El Ministerio de Sanidad y Consumo está dando ya sus pasos para que esto ocurra, desde este aforo me queda desear que la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños sea fomentada por el Ministerio como parte integrante de la Estrategia del Parto Normal y que se cree también la Iniciativa Hospital Amigo de las Madres, para que tengamos partos y nacimientos respetuosos y humanos, que fomenten el apego, la fisiología y la naturaleza humana.

Muchas gracias

Perspectiva de una madre.

Vicky Linares.

Grupo de apoyo a la lactancia materna Mamilactancia. Madre de tres hijos

Mamilactancia es un grupo de apoyo madre a madre, (como tantos otros centenares de grupos de España) que tiene como principales objetivos la promoción de la lactancia materna y el respeto hacia la madre.

Entre los servicios que presta, destaca las consultas tanto telefónicas, por email, o en persona. Se trata de dar el apoyo y la información necesaria para solucionar problemas de lactancia materna.

Todos los días atendemos entre 5 y 10 consultas, y abordamos los problemas de lactancia derivados tanto de los inicios en el hospital, la introducción complementaria o la vuelta al trabajo, por enumerar los más frecuentes.

Con respecto a los inicios de la lactancia materna podemos presentar dos tipos de problemas: lo que se derivan del momento del parto y los que se derivan de las prácticas posteriores al parto y el puerperio inmediato.

Las madres que nos piden apoyo y que suelen presentar dificultades en el momento del parto, se quejan de partos demasiado intervencionistas, de la separación del bebé de la madre en el momento del nacimiento, de la no puesta al pecho en la primera hora después del parto, sobre todo en cesáreas. Igualmente, las lactancias de los bebés ingresados en las unidades suelen presentar muchos fracasos por problemas de enganche, por ejemplo, debido a la administración de biberones ya de leche artificial, leche materna o manzanillas, chupetes, y de horarios rígidos que interfieren en el contacto madre-hijo, piel con piel y en la lactancia a demanda, tan importante en recién nacidos ingresados.

En el puerperio, ya de regreso a la planta, los consejos sobre lactancia materna no son unificados en cada turno y dentro de cada turno, cada profesional, ofrece una información diferente y contradictoria, por lo que la madre se siente desorientada y confusa, sobre todo al alta, ya en su casa. Por lo tanto, aunque algún profesional sí le haya ofrecido una correcta información, se invalida por la falta de unidad de criterios. De toda la información recibida, la que permanece más en la madre es la ofrecida por el pediatra, que suele ser lactancia materna con horarios rígidos (cada 3 horas, 10 minutos en cada pecho, o incluso cada 4 horas, 5 minutos) manzanillas en biberón para aguantar el hambre entre tomas.

Últimamente hemos venido observando que las pautas que vienen dando algunos pediatras son lactancia materna pero en biberón, es decir, se aconseja a la madre extraerse la leche y ofrecérsela en biberón. Ha coincidido con un incremento de la demanda de sacaleches en la asociación, influenciado por la sociedad de consumo, con la sensación de ser mejor madre si se compra más tecnología y con la seguridad que proporciona a la madre saber cuánta cantidad de leche le está dando a su bebe.

También hemos observado el incremento del uso de pezoneras en los primeros días del hospital ya bien por consejo de falsos pezones invertidos o planos o para curar problemas como grietas en los pezones o mastitis.

Las madres en estos primeros días en el hospital, escuchamos consejos sobre crianza de nuestros hijos: frases tales como: “no cojas a tus hijos que se acostumbran”, “o no lo despiertes que el sueño le alimenta”, “qué bueno es: cuánto duerme”, que no solo provienen de madres, suegras, familiares y amigos, sino también de personal sanitario. El contacto piel con piel es mal visto y poco apoyado por los profesionales, y desconocen las ventajas para el recién

nacido, la madre y la lactancia materna. Igualmente, en los primeros días del bebé se sigue alentando a las madres que no se debe despertar a un recién nacido que no esté haciendo tomas, valorando la bondad del bebé por dormir más.

Hay veces que nos encontramos que en los folletos de lactancia del hospital la recomendación para los primeros días el respeto del descanso del sueño nocturno, dejar al menos 6 horas sin tomas, y también se recomienda 7 tomas diarias.

Desde los grupos de apoyo a la lactancia materna solicitamos criterios unificados entre los profesionales, y sobre todo, basados en las evidencias científicas, para así hacer una real y efectiva promoción de la lactancia materna.

También pedimos una participación real de los grupos de madres en los foros de participación como las comisiones de lactancia de los hospitales, con derecho a voz y voto, pedimos que mantengamos una relación mutua de confianza, respeto, coordinación y colaboración.

Mesa 2: “Procesamiento de la leche humana”

Procesamiento de la leche humana desde el punto de vista de la calidad y la seguridad.

M^a Teresa Hernández Aguilar

Master en Salud Pública y Nutrición. Comité de Lactancia Materna. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Fuente de San Luís. Valencia.

Introducción

Las cualidades nutricionales e inmunológicas de la leche humana, única e insustituible, ofrecen al lactante humano protección inigualable frente a enfermedades a corto y largo plazo y aseguran el mejor desarrollo de todo su potencial. Pero para los lactantes nacidos prematuramente o con bajo peso, y para determinados lactantes e incluso adultos inmunodeprimidos la leche humana puede ser imprescindible para su supervivencia. Cuando la propia madre no puede proveer la suficiente leche para su hijo desde el primer momento, es cuando la leche humana donada de banco constituye un elemento crítico y como tal debe poderse ofrecer en condiciones óptimas de calidad nutricional e inmunológica y de seguridad e higiene.

La composición de la leche humana puede variar debido a la dieta materna o al estadio de lactancia o de gestación pero también debido al procesado requerido para la leche humana donada. También son variables las necesidades de los receptores de la leche lo que exige su clasificación para una distribución más acorde a la demanda. Para asegurar la calidad de todo el proceso y del producto final (el mejor y el más adecuado a las necesidades del receptor) es esencial preservar y clasificar el perfil nutricional e inmunológico de la leche humana donada, las características de donantes, las necesidades de los receptores y además, optimizar toda la actividad realizada desde la extracción hasta la administración de la leche donada.

El procesado de leche humana donada debe tener 2 objetivos por tanto: evitar la transmisión de enfermedades al receptor (en su mayoría lactantes prematuros, de muy bajo peso o con enfermedades gastrointestinales graves) cuyas condiciones inmunitarias suelen estar deprimidas y conservar al máximo las cualidades nutricionales e inmunobiológicas que la caracterizan.

Así los sistemas de aseguramiento de calidad en el banco de leche humana deben seguir los principios de la producción y distribución de alimentos pero requieren cuidados específicos.¹

La leche humana, características únicas para necesidades únicas

¹ SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD EN LA PRODUCCION DE ALIMENTOS: Mecanismos de trabajo que permiten obtener alimentos sanos, con el menor riesgo de que contengan agentes dañinos para la salud de los consumidores. Involucra el análisis de los factores que pueden afectar a la calidad del producto (seguro y conservando de forma óptima sus propiedades).

PRODUCTO INOCUO: aquel que no representa un riesgo para la salud. Los riesgos pueden provenir de peligros físicos, químicos o biológicos.

PREVENCION DE PELIGROS: es fundamental el análisis detallado de las operaciones para identificar y establecer medidas de prevención. Esto se logra con un sistema conocido como Análisis de Riesgos y Puntos Críticos de control (ARPCP-en inglés HACCP)

La leche humana es un fluido complejo que proporciona de forma simultánea nutrientes y componentes bioactivos y facilita así los cambios adaptativos y funcionales requeridos para la transición de la vida intrauterina a la extrauterina. Sus múltiples factores interactivos como la inmunoglobulina A y G, el factor de crecimiento epidérmico, la acetilhidrolasa activadora de las plaquetas, la lactoferrina y la interleukina 10 o la capacidad antibacteriana total (CAT), además de factores que estimulan el crecimiento, la motilidad y la maduración del tubo digestivo y permiten alcanzar la alimentación enteral total en el prematuro con mayor rapidez(1), hacen de la leche humana donada (LHD) un elemento esencial para sus receptores (en su mayoría prematuros o neonatos enfermos, pero también lactantes mayores o adultos con procesos quirúrgicos o inmunodepresiones graves),

Ecología bacteriana de la leche humana

La leche humana contiene una flora propia que coloniza los ductos y ductillos glandulares: la microbiota bifidógena (predominantemente *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum* y *Bifidobacterium infantis*) capaz de establecer una barrera viva en el intestino del neonato que impedirá la colonización intestinal por microorganismos patógenos. La flora se acompaña de factores bifidogénicos I y II que no se metabolizan hasta llegar al colon del lactante donde contribuyen al establecimiento y manutención de las bacterias bífidas. Entre otros cometidos, las bacterias bífidas metabolizan rápidamente la lactosa de la leche, produciendo grandes cantidades de ácido láctico y en menor medida de ácido acético, succínico y fórmico que reducen el pH intestinal y limitan la colonización por bacterias patógenas que no toleran el ácido.

Riesgos biológicos de la leche humana

A pesar de todos estos factores antiinfecciosos e inmunoprotectores, la LHD no está libre de vehicular patógenos (virus VRS, VHA, VHB, VHC, VIH y otros) de la madre o de sufrir contaminación externa por bacterias patógenas, durante y después de la extracción. Así la leche humana extraída cruda puede contener bacterias no patógenas y otras potencialmente patógenas procedentes de la piel, las manos o la nariz y boca de la madre (como *K. Pneumoniae* o *S. Aureus*) y otras indicativas de contaminación fecal (como *E. Coli*). La presencia de estos últimos en la leche humana es indicativa de pobre higiene personal de la donante, malas prácticas durante la extracción o fallo en la cadena de frío durante el almacenaje en casa o el transporte hasta el banco.

Hasta la fecha, no existe consenso internacional sobre los criterios de seguridad microbiológica para el consumo de leche humana. La mayoría de los bancos utilizan criterios basados en la acidez Dormic y/o el recuento de bacterias mesófilas no patógenas, la detección de *Estafilococo Aureus*, recuento de coliformes, *E Coli*, mohos o levaduras. Todos ellos indicativos de posible contaminación fecal, probable presencia de patógenos o deterioro potencial de la leche.

Riesgos físicos

Los riesgos físicos de la leche humana provienen fundamentalmente de la exposición a cuerpos extraños (restos de piel, uñas, pelos, papel, cristal).

Riesgos químicos

Proviene fundamentalmente del intercambio de moléculas con la superficie del contenedor (plásticos o recipientes no aptos para uso alimentario, congelación o pasteurización, mala técnica durante el procesado o transporte (recipientes mal cerrados) o tapas en mal estado o con puntos de óxido. Y de la contaminación química por productos volátiles en la zona de recolección o procesado (perfumes, desinfectantes) o por transmisión de productos químicos contaminantes a través de la madre.

Aseguramiento de calidad en el banco de leche humana.

Los riesgos descritos obligan al procesado de la leche humana antes de su administración. El procesado tiene como objetivo asegurar la inocuidad del producto (SEGURIDAD) al mismo tiempo que debe preservar al máximo sus propiedades físicas, químicas e inmunológicas (CALIDAD) conjugando ambos con el mínimo coste. Los efectos de la manipulación de la leche (congelación, el calentamiento y el manejo) son acumulativos y afectan tanto al contenido vírico y bacteriano de la misma como a sus propiedades inmunológicas y nutricionales. Y en los bancos de leche humana de todo el mundo, trabajan para encontrar la fórmula ideal que asegure la inocuidad preservando la calidad al menor coste.

Buenas prácticas

HIGIENICAS: comunes a cualquier institución o industria de procesado de alimentos, con diferencias esenciales para la leche humana, establecen los fundamentos para los sistemas de limpieza y desinfección de todos aquellos elementos que tienen alguna relación con el alimento, sean estas personas, utensilios o estructuras. El personal: controles periódicos de salud, lavado de manos, uso de gorros, batas o mascarillas, prohibición del uso de adornos o de perfumes y comer o fumar dentro del banco.

Estructura de la planta, materiales y utensilios y sistema de limpieza: específicos y sometidos a controles regulados por normativas generales(2) y específicas en algunos países (no en el nuestro) (3-5)

DE EXTRACCION: referentes a actividades tales como:

- selección de las donantes (serología previa, ausencia de enfermedades agudas generales o mamarias, ausencia de determinadas enfermedades,..)
- entrenamiento para la extracción de la leche, (uso de mascarilla y gorro durante la extracción, descarte de las primeras gotas de leche ya que contienen la mayor concentración bacteriana,..)
- el envasado y el almacenamiento de la misma en sus domicilios hasta la recogida o entrega de la misma en el banco de leche (preferiblemente congelada o almacenada a menos de 5º si va a ser entregada en el día)

DE TRANSPORTE: todo lo referente al transporte de la leche humana donada desde el domicilio de la donante hasta su recepción en el banco y la distribución posterior (sistema de transporte variable entre países).

DE RECEPCION: contemplan la recepción de las muestras, su registro así como las actividades destinadas a la selección de las donaciones aptas para el procesado.

DE PROCESAMIENTO: deberán conjugar la preservación de las propiedades nutritivas e inmunológicas únicas de la leche humana a la vez que aseguran la inocuidad de la misma en cuanto a peligros biológicos fundamentalmente, pero también físicos y químicos. Además

permitirá la clasificación más adecuada del producto para poder atender de forma diferenciada las necesidades específicas de los receptores.

Pasteurización

El calentamiento de la leche a 63° durante 30 minutos recibe el nombre de Método Holder y asegura la eliminación de todas las células y bacterias y la erradicación de los virus HIV, CMV así como la mayoría de los demás virus. Los factores inmunológicos disminuyen con la pasteurización pero se mantiene una cantidad significativa de IgA, factor de crecimiento bifidógeno y lisozima, aunque se reduce a más de la mitad la lactoferrina y se destruye la mayor parte de la IgG. La cantidad grasa total y el contenido en ácidos grasos esenciales no se alteran por la pasteurización(6). Esta afecta levemente los factores de crecimiento alfa y beta2, las vitaminas A, D, E, B2, B6, la colina, la niacina o el ácido pantoténico. La tiamina se reduce hasta un 25%, la biotina a un 10% y la vitamina C a un 35%. Este método es el más comúnmente utilizado en los bancos de leche humana en la actualidad.

En la actualidad algunos grupos trabajan en el estudio de otros métodos de pasteurización como el HTST (pasteurización a altas temperaturas tiempos más cortos) (7) o la pasteurización presurizada (HPP)(8) y en sus efectos sobre los distintos componentes de la leche humana.

Refrigeración

La refrigeración de la leche durante más de 48 horas disminuye su capacidad bactericida total y aumenta su acidez. El almacenamiento en refrigerador o a temperatura ambiente, durante las primeras horas provoca un aumento inicial de flora bifidógena que metaboliza la lactosa produciendo fundamentalmente ácido láctico. La acidez y la capacidad bactericida total de la leche provocan además la disminución de la flora bacteriana contaminante (estafilococo y estreptococo). Pero, como consecuencia, se observa una disminución de IgA secretora disponible y de lisozima y otros factores inmunoprotectores y pasadas las primeras 48 horas aumenta el recuento bacteriano total, además de alteraciones nutricionales descritas más adelante.

Congelación

Las pérdidas nutricionales e inmunológicas (se reduce el contenido en vit B6 y C y se destruye la actividad celular) (9), son menores con la congelación. Por ello desde la recolección hasta la recepción en banco, es recomendable que la leche humana donada sea congelada. En el banco se descongela para realizar el control de calidad previo a la pasteurización tras lo que vuelve a congelarse, manteniéndose a -20° hasta su distribución (tiempo de almacenaje variable, máximo 6 meses).

Microondas

El calentamiento con microondas disminuye las propiedades antiinfecciosas al disminuir los niveles de IgA secretora y de la lisozima además de disminuir la capacidad antibacteriana total. Además puede ser difícil de controlar para evitar un calentamiento excesivo durante la descongelación. Aún así es el método más usado al permitir descongelamientos más rápidos y disminuir el riesgo de sobrecrecimiento bacteriano y desnaturalización de nutrientes.

Indicadores de calidad de la leche humana donada:

El control y registro de los mismos permite asegurar la calidad del procesado.

Temperatura

El control de temperatura es esencial durante todo el proceso. Es necesario realizar de forma periódica calibrado o cotejado de los termómetros con un termómetro patrón (y aplicar el factor

de corrección necesario en las mediciones). Los controles de temperatura se realizan en todos los pasos del procesado:

Transporte: cajas isotérmicas con termómetro de cabo extensor (-3° para leche congelada, 5° para leche refrigerada), control de temperatura al inicio y al final de la ruta, control de duración de la ruta

Selección y clasificación: las muestras se descongelan y se mantienen a 5° durante las pruebas de selección

Pasteurización: control continuo de la temperatura del ciclo, con un termómetro dentro de un frasco control con leche.

Almacenamiento: es preciso la monitorización y el registro de las temperaturas del congelador.

Embalaje

La leche donada debe llegar en los recipientes adecuados, homologados, de vidrio y correctamente cerrados con tapa metálica adecuada y en buenas condiciones. Deben ser rechazados todos los utensilios con daños en la superficie, quebraduras, rajaduras o mal cerrados de manera que pueda haber contacto con el medio exterior. También se rechazarán los envases que no lleguen correctamente rotulados

Partículas De Suciedad

A la recepción de los frascos con leche donada se descartan aquellos frascos que llegan con partículas de suciedad o cuerpos extraños ya que esta puede indicar condiciones inadecuadas de recogida y por tanto susceptibles de estar contaminadas. La evaluación de cuerpos extraños (restos de pelos, uñas, insectos, pedazos de papel, vidrio, etc.) se realiza durante el decante de la leche donada para el reenvasado en los recipientes para pasteurización.

Acidez

La leche humana como consecuencia de su propia composición (micelas de caseína, fosfatos, citratos y otras sales) y las proteínas del suero de la leche tienen un grado de acidez variable entre 6,5 y 6,9.

Las bacterias utilizan la lactosa como fuente de energía y la metabolizan a ácido láctico. El ácido láctico se ioniza en el medio acuoso de la leche y libera protones que desestabilizan las micelas de caseína lo que disminuye la biodisponibilidad de calcio y fósforo. Además el ácido promueve la coagulación proteica, aumenta la osmolaridad, altera el olor y el sabor y reduce el valor inmunológico de la leche. El contenido en ácido láctico de la leche humana recién extraída es desdeñable por lo que y, a pesar de que el contenido en bacterias patógenas pueda ser escaso, la acidez excesiva indica un descenso de la calidad nutricional de la leche y una disminución del contenido en factores inmunológicos. Además la acción de la lipasa sobre los triglicéridos puede determinar un aumento de ácidos grasos libres que contribuirían a aumentar la acidez de la leche(10).

Por esto la determinación de la acidez de la leche donada es un buen indicador de la calidad de la leche y del sobrecrecimiento bacteriano. Es preferible la determinación de la acidez titulable a la determinación simple del pH, ya que esta no tiene suficiente sensibilidad (debido a la capacidad tampón de la leche). Por esto se prefiere la medida de la acidez titulable o acidez Dormic (utiliza la solución Dormic de NaOH/9). La leche recién ordeñada está prácticamente libre de ácido láctico y ácidos grasos libres y su acidez total varía entre 1 y 4° Dormic. No hay acuerdo en la actualidad, en el grado de acidez permitido, en los distintos países. La Red Iberoamericana de Bancos de Leche recomienda descartar las muestras con acidez Dormic >8 , en Francia y Suecia se aceptan muestras con acidez <13 . Varios autores han demostrado una

correlación directa entre el aumento de los grados de acidez Dormic y el sobrecrecimiento bacteriano en la leche extraída.

Color

El color de la leche puede variar de blanco, blanco azulado, amarillo hasta verde dependiendo del estadio de lactancia y la dieta materna. Cualquier color rosa, rojo o marrón indica posible contenido en sangre materna o contaminación por *S. Marcescens* e invalida la leche para donación (no para alimentar a su propio hijo). El color verdoso puede estar ocasionado por alto contenido en riboflavina o colorantes de la dieta materna pero puede indicar contaminación por *Pseudomonas* y también debe rechazarse para la donación.

Olor

El olor de la leche humana recién extraída es ligeramente clorado y dulzón. Pero la lactosa de la leche posee una alta capacidad de absorción y adsorción de sustancias volátiles, por eso la leche humana debe ser procesada siempre en ambientes libres de olores (no se deben usar desinfectantes ni perfumes ambientales, los operarios no deben utilizar perfumes corporales). El olor a rancio (jabón de coco), putrefacción o cloro, plástico, goma o pegamento inutilizan la leche ordeñada para la donación. Los dos primeros se deben a la presencia de microorganismos lipolíticos que promueven el enranciamiento de las grasas o microorganismos proteolíticos que mediante la proteólisis confieren olor a putrefacción. La verificación del olor se debe realizar en ambiente estéril (campana de flujo laminar o campo de llama) y no directamente encima del frasco de leche.

Contenido Graso

El contenido graso de la leche se mide por el crematocrito. La crema de la leche es la porción superficial obtenida a partir de la centrifugación de la leche. Está constituida por glóbulos de grasa recubiertos por una membrana fosfolipídica que contiene las lipasas y otras enzimas. Diversos estudios permiten afirmar que cuanto mayor es el contenido de grasa mayor es el contenido calórico de la leche y menor el contenido de inmunoglobulinas.

Controles Microbiológicos

El control bacteriológico a la recepción de la muestra, es variable en los distintos bancos: método biliverdebrillante y acidez Dormic en Brasil y la Red iberoamericana y cultivos para detección de patógenos diversos en los bancos americanos y en algunos europeos. El control bacteriológico post pasteurización se realiza en todos los bancos, rechazándose las muestras que demuestran contaminación.

Buenas prácticas de almacenamiento

El almacenamiento en condiciones adecuadas es esencial para asegurar la calidad y seguridad de la leche humana donada. La leche se almacena clasificada por cualidades nutricionales y tipo de leche (calostro, leche madura) que permite aprovechar las propiedades de cada lote en base a las necesidades específicas de cada receptor.

Buenas prácticas de distribución

Permite asegurar que la leche llega en condiciones óptimas a cada niño, según sus necesidades.

Registros

Todas las actividades y controles deberán ser registrados y estos registros almacenados de manera que sea posible demostrar la atención a cada peligro y las medidas que se instituyen para prevenirlo

Trazabilidad

Es la capacidad de rastrear hasta su origen cualquier lote de leche humana así como todos los procesos a que ha sido sometido, los momentos y características de cada proceso y la persona responsable del mismo.

Resumen

Tan importante como asegurar su inocuidad es preservar las características únicas de la leche humana cuya calidad nutricional e inmunobiológica son imprescindibles. Esto es lo que hace de los Bancos de Leche Humana una experiencia única y apasionante.

Referencias

1. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics* 2005 Aug;116(2):400-6.
 2. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Sistemas de Calidad e Inocuidad de los Alimentos. Manual de capacitación sobre Higiene de los alimentos y sobre el sistema de Análisis de Peligros y de Puntos Críticos de Control (APPCC). Servicio de Calidad de los Alimentos y Normas Alimentarias. Dirección de Alimentación y Nutrición, editor. Manual de capacitación sobre higiene de los alimentos y sobre el sistema de Análisis de Peligros y de Puntos Críticos de Control (APPCC). 1-248. 2002. Roma, FAO.
- Ref Type: Generic
3. Omarsdottir S, Casper C, Akerman A, Polberger S, Vanpee M. Breastmilk handling routines for preterm infants in Sweden: a national cross-sectional study. *Breastfeed Med* 2008 Sep;3(3):165-70.
 4. Gutierrez D, de Almeida JA. Human milk banks in Brazil. *J Hum Lact* 1998 Dec;14(4):333-5.
 5. Hughes V. Guidelines for the establishment and operation of a human milk bank. *J Hum Lact* 1990 Dec;6(4):185-6.
 6. Fidler N, Sauerwald TU, Demmelmair H, Koletzko B. Fat content and fatty acid composition of fresh, pasteurized, or sterilized human milk. *Adv Exp Med Biol* 2001;501:485-95.
 7. Terpstra FG, Rechtman DJ, Lee ML, Hoeij KV, Berg H, Van Engelenberg FA, et al. Antimicrobial and antiviral effect of high-temperature short-time (HTST) pasteurization applied to human milk. *Breastfeed Med* 2007 Mar;2(1):27-33.
 8. Viazis S, Farkas BE, Jaykus LA. Inactivation of bacterial pathogens in human milk by high-pressure processing. *J Food Prot* 2008 Jan;71(1):109-18.
 9. Lawrence RA. Milk banking: the influence of storage procedures and subsequent processing on immunologic components of human milk. *Adv Nutr Res* 2001;10:389-404.
 10. Novak FR, Cordeiro DM. The correlation between aerobic mesophilic microorganism counts and Dornic acidity in expressed human breastmilk. *J Pediatr (Rio J)* 2007 Jan;83(1):87-91.

Procesamiento de la leche de madre en una unidad neonatal

Gerardo Bustos* y Diego Fontiveros**

* *Neonatólogo.* ** *DUE. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Una de las herramientas de las que disponemos para proteger a los recién nacidos vulnerables es la lactancia natural. Sin embargo, conseguir mantener la lactancia durante el ingreso hospitalario de un recién nacido, especialmente si se trata de un prematuro con una estancia prolongada, es una tarea muy costosa. Ese gran esfuerzo que realiza la madre, debe verse compensado con todos los beneficios posibles que la leche materna puede aportar a su hijo. Por lo tanto, el mantenimiento de la calidad nutricional y biológica de la leche debe ser un objetivo irrenunciable de la Unidad Neonatal.

Cuando los recién nacidos hospitalizados no pueden mamar, es necesario extraer, manipular, etiquetar, almacenar (refrigerar o congelar) y administrar la leche materna. Si este proceso no es adecuado puede suponer una pérdida importante de calidad nutricional y biológica, incluso un riesgo para el recién nacido.

En el año 2008, el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, coincidiendo con el desarrollo de un Banco de Leche Humana Donada Pasteurizada, decidió desarrollar e implantar una vía clínica de procesamiento de leche de la propia madre.

Las vías clínicas incorporan los siguientes aspectos:

- Ética
- Necesidades de los pacientes
- Calidad científico – técnica (documentan las mejores prácticas)
- Sistemas de medición, control y trazabilidad (indicadores, etiquetado, codificación)
- Recursos disponibles
- Cultura, tradición y preferencias

Con estas premisas, se inició el desarrollo de la vía clínica siguiendo la siguiente metodología:

- 1.- Diagramación del proceso actual. Documentar lo que se hace.
- 2.- Detección de problemas: grupos nominales de auxiliares de enfermería, enfermeras, neonatólogos y madres de pacientes hospitalizados.
- 3.- Parrilla de priorización de problemas detectados. Análisis de las causas.

Los problemas priorizados sobre los que se efectuó un análisis de causas (diagrama de Ishikawa) fueron:

- 1º rotura de la cadena de frío
- 2º manipulación inadecuada
- 3º los profesionales no conocen el protocolo

4.- Reunión de un grupo de mejora con representación de todos los profesionales implicados: un neonatólogo coordinador, jefe de Servicio, neonatóloga responsable del banco de leche, supervisora de enfermería, responsable de docencia de enfermería, enfermero de cuidados intensivos neonatales, enfermera consejera de lactancia y dos auxiliares de enfermería (turno de mañana y de tarde).

5.- Elaboración de un plan de desarrollo de la vía clínica y un cronograma del trabajo del grupo de mejora.

6.- Compra de material.

Se adquirió el siguiente material, a cargo de diferentes proyectos relacionados con la lactancia:

- 6 neveras pequeñas con puerta de cristal para las salas de hospitalización
- 1 nevera grande con puerta de cristal para la sala de procesamiento
- 12 calentadores en seco para biberones
- Una encimera
- 8 termómetros de temperatura máxima y mínima

7.- Comunicación y discusión del documento definitivo.

Se entregó un documento con la vía clínica, registros y documentos de información a todos los profesionales sanitarios del Servicio. Se estableció un período de un mes para sugerencias. La vía clínica se incluyó en las carpetas de protocolos y en la carpeta de documentos compartidos de los ordenadores del Servicio.

8.- Plan de formación de los profesionales. Se hicieron reuniones y formación individualizada con las auxiliares de enfermería.

9.- Implantación de la vía clínica.

A continuación vamos a exponer el contenido de los procedimientos, desde la primera información a los padres, hasta la administración.

Procedimiento 1: Primera información médica a los padres.

Procedimiento 2: Información reglada: verbal y escrita.

- Cuaderno informativo (anexo I):
- Cuándo empezar a extraerse leche.
- Medidas de higiene recomendadas.
- Extracción manual (recomendada en los primeros días) y masaje.
- Extracción con sacaleches en casa.
- Extracción con sacaleches en el hospital.
- Cuidado y limpieza de los sacaleches.
- Frecuencia de extracción.
- Mantenimiento de la lactancia.
- Recipientes para recoger la leche extraída.
- Conservación y transporte de la leche.
- Entrega en el hospital de la leche extraída.
- Congelación de leche en casa.
- Lactancia y consumo de medicamentos.
- Cuándo solicitar ayuda.
- Plan de actuación (anexo II): tríptico – check-list para autoevaluación.

Procedimiento 3: Indicaciones de apoyo por consultora en LM.

Procedimiento 4: Extracción de la leche en el hospital.

- Entrega de un kit reutilizable de uso individual para adaptar al extractor.
- Lavado de manos y medidas de higiene.
- Solicitar émbolo extractor a AE de la sala de hospitalización.
- Limpiar superficie del émbolo extractor y sacaleches con alcohol de 70°.
- Extracción.
- Retirada del émbolo extractor
- Limpieza de las superficies del émbolo y aparato con alcohol de 70°.
- Devolución del émbolo limpio a la AE de la sala de hospitalización.
- Advertir a la AE si entró leche en el tubo de goma del extractor, para que lo cambie.
- Limpiar kit con agua y jabón. Dejar secar.

Procedimiento 5: Extracción de la leche en el domicilio.

Con sacaleches propio y recipientes prestados por el Servicio de Neonatología, según instrucciones explicitadas en los documentos de información. Limpieza de los sacaleches con agua y jabón. Dejar secar.

Procedimiento 6: Etiquetado de los recipientes de leche.

Procedimiento 7: Refrigeración en el domicilio.

Recipiente bien cerrado y etiquetado como leche “REFRIGERADA”, con al menos 2 cm entre la tapa y la altura de la leche.

Depositar en la zona más fría de la nevera hasta el transporte al hospital.

Caduca en 24 horas.

Procedimiento 8: Congelación en el domicilio.

Congelar lo antes posible todos los recipientes que no se vayan a entregar en el hospital antes de 24 horas después de la extracción. Etiquetar con la opción “CONGELADA”.

Entre la altura de la leche y la tapa debe haber al menos 2 cm (no llenar completamente para que no estalle el recipiente al congelarse).

Utilizar congelador de 4 estrellas (-18°C).

Caducidad 6 meses.

Procedimiento 9: Transporte de los recipientes hasta el hospital.

En nevera portátil o bolsa para congelados con los recipientes rodeados por acumuladores de frío congelados. No deben ponerse en contacto recipientes de leche refrigerada y congelada.

Procedimiento 10: Entrega de los recipientes en el hospital.

Las madres entregarán los recipientes etiquetados con leche recién extraída o refrigerada, a los profesionales sanitarios de la sala donde esté ingresado su hijo/a, (auxiliar de enfermería o enfermera). Estos profesionales, limpiarán con una gasa empapada en alcohol de 70° la superficie de los recipientes (excepto la superficie de las etiquetas, para no borrarlas) y tras comprobar su idoneidad y etiquetado los introducirán inmediatamente en la nevera de la sala, en la estantería habilitada para entrega de leche. La leche congelada se entregará en la nevera de transporte en cada sala a la auxiliar o enfermera responsable del niño/a, quien la entregará

a la auxiliar encargada en ese turno de la recepción para que la reciba y la coloque en el congelador.

Criterios para rechazar recipientes:

- Envase diferente a los entregados en el hospital.
- Falta de etiquetado o etiquetado no identificable.
- Leche caducada (refrigerada > 24 h).
- Leche extraída en el domicilio y entregada a temperatura ambiente.
- Leche congelada, completamente descongelada sin restos de hielo.
- Envase con tapa rota o mal cerrado.
- Contenido con elementos contaminantes visibles (pelos, sólidos, etc.).

Excepciones a los criterios de rechazo:

Recién nacidos trasladados de otros hospitales cuyos padres traen leche refrigerada o congelada en otros recipientes. En este caso los profesionales de enfermería de la sala valorarán la idoneidad del envase y de la leche.

Procedimiento 11: Recepción de los recipientes en el hospital.

Procedimiento 12: Codificación y registro de entrada.

Procedimiento 13: Conservación en nevera en el hospital.

La leche entregada fresca o refrigerada se introducirá inmediatamente en la nevera de almacenamiento, con una caducidad de 24 horas desde la extracción. Cada recién nacido tendrá un lugar establecido en cada nevera, que constará en el registro de entrada y salida, descrito por el nº de la nevera y la estantería. Este orden debe ser mantenido estrictamente.

Control diario de la temperatura de cada nevera con termómetro de temperatura máxima y mínima. Incluye todas las neveras, de las salas de hospitalización y de la sala de procesamiento de la leche. Anotación en la gráfica de cada nevera de la temperatura máxima y mínima de las últimas 24 horas, comprobada la primera vez que se abra la nevera en el turno de mañana.

Procedimiento 14: Congelación en el hospital.

Caducidad de 6 meses desde la extracción.

Procedimiento 15: Prescripción médica y solicitud de LM.

Procedimiento 16: Descongelación.

Como norma general se descongelará leche cuando no haya suficiente leche fresca (refrigerada) disponible para preparar las alícuotas correspondientes.

Si hay leche fresca disponible, sólo se descongelará el calostro por indicación médica.

- Definición de punto de descongelación: hasta que se observa un cristal de hielo de aproximadamente el 50% del volumen de leche (la temperatura de toda la leche no sobrepasa nunca los 5°C). El tiempo necesario varía con el volumen de leche y el sistema utilizado.
- Procedimiento estándar: baño maría.
- Técnica de baño maría: recipientes de igual tamaño con nivel de agua por encima del nivel de leche, sin que se mojen las tapas en ningún momento. Temperatura del agua 37 - 40°C.

- Procedimientos alternativos: calor seco o bajo chorro de agua hasta el punto de descongelación.

Una vez alcanzado el punto de descongelación se retiran los recipientes del punto de calor inmediatamente y se espera unos pocos minutos con el recipiente en nevera hasta que desaparece completamente el hielo. Se homogeniza la leche con un movimiento suave de balanceo en arco, se preparan inmediatamente las alícuotas y se refrigeran. Si hay leche sobrante se deja en nevera a $< 5^{\circ}\text{C}$ hasta un máximo de 24 horas, colocando en el recipiente una etiqueta roja con la hora de caducidad. Si en 24 horas no se utiliza, hay que tirarla.

Procedimiento 17: Preparación de alícuotas.

Se repararán las alícuotas para administración fraccionada (cada 2 – 3 horas) o en débito continuo (cada 4 horas), en biberones o jeringas. Las jeringas irán siempre con tapón estéril. Todas las alícuotas se etiquetarán inmediatamente. Para la preparación de las alícuotas, tras lavado reglado de las manos, se utilizarán guantes desechables limpios, bata, gorro y mascarilla. Se dispondrá de un manual de instrucciones detalladas sobre la técnica e higiene de la preparación. Una vez preparadas las alícuotas correspondientes a cada turno, se depositarán en la nevera de cada sala, en la estantería de leche preparada.

Procedimiento 18: Etiquetado de las alícuotas.

Procedimiento 19: Adición de suplementos / medicamentos.

Procedimiento 20: Entrada de alícuotas en las neveras de sala.

Procedimiento 21: Calentamiento de las alícuotas.

Se seleccionará la alícuota en función de la hora de preparación y de su contenido. Se observará siempre el contenido en suplementos. Las alícuotas se calentarán inmediatamente antes de la administración en un calentador rápido que avisará cuando se alcance la temperatura adecuada. Una vez caliente, la leche se administrará inmediatamente.

Procedimiento 22: Administración.

Procedimiento 23: Salida de la leche almacenada al alta. Baja del paciente en los registros.

Procedimiento 24: Salida de leche almacenada en caso de fallecimiento.

Procedimiento 25: Encuesta de satisfacción a las madres.

Procedimiento 26: Plan de formación para profesionales.

Indicadores (17):

- De proceso.
- De resultado.
- De satisfacción.

Anexo I



Hospital Universitario
12 de Octubre
Comunidad de Madrid

Servicio de Neonatología

Información
sobre
**EXTRACCIÓN
CONSERVACIÓN y
TRANSPORTE**
de la
LECHE MATERNA
para
**Recién Nacidos
hospitalizados**



Enhorabuena por la decisión de alimentar a su hijo/a con su leche.

Con este documento pretendemos ayudarla para que aprenda a extraerse y conservar su leche y la transporte en las mejores condiciones hasta el hospital. El personal sanitario del Servicio le explicará todo lo necesario y responderá a sus preguntas y a las dudas que le puedan surgir. En el hospital nos encargaremos de conservarla refrigerada o congelada y de administrarla a su hijo/a en condiciones seguras. No se desanime si le parece difícil al principio o si obtiene poca o ninguna leche al usar el extractor los primeros días. Si sigue estas recomendaciones conseguirá dar su leche a su hijo/a. El Personal Sanitario es consciente de las dificultades que suponen la hospitalización de su hijo/a. Queremos transmitirle nuestra comprensión y ofrecerle nuestro apoyo.

1



6. En los primeros días, si sólo se extrae unas pocas gotas de calostro, se pueden recoger en una jeringuilla para aprovechar todo y dárselo a su hijo/a.

Extracción con sacaleches

Le recomendamos que adquiera o alquile un sacaleches lo antes posible, **antes del alta**, para continuar con el ritmo de extracciones en su casa y para que pueda consultar las dudas que surjan con su utilización. También puede utilizarlo para la extracción en el hospital. No todos los modelos de sacaleches disponibles en el mercado son válidos. En el Servicio de Neonatología le informaremos sobre los modelos adecuados que se adaptan a los recipientes estériles para recoger la leche que les vamos a proporcionar.

Cada sacaleches incorpora instrucciones sobre su uso. No olvide lavarse las manos antes de cada extracción y limpiar el sacaleches antes y después de cada extracción.

Con los sacaleches eléctricos, ajuste las presiones de succión al nivel que le resulte cómodo. **La extracción no debe ser nunca dolorosa. Vacíe por completo ambos pechos cada vez que utilice el sacaleches. El pecho se considera vacío cuando no nota tensión y sólo se pueden extraer pocas gotas. Más adelante lo notará blando cuando se vacíe.**

3

¿Cuándo empezar la extracción?

Cuanto antes se estimule el pecho, antes obtendrá leche. Es importante que empiece la estimulación y extracción de leche lo antes posible, en las primeras horas después del parto.

Medidas de higiene recomendadas

Es muy importante el lavado de manos antes de cada extracción para evitar la contaminación de la leche. También es aconsejable tener las uñas cortas y sin esmalte y el pelo recogido. El pecho no precisa ninguna higiene especial, sólo la ducha diaria con agua y jabón. Desaconsejamos el uso de cremas. Es conveniente secar el pecho antes de cada extracción con una toalla dedicada exclusivamente para ello.

Antes de la extracción

Póngase cómoda y relájese. Aplíquese masaje en el pecho, tal y como se muestra en la figura, durante unos minutos para facilitar la extracción de leche.

¿Cómo extraerse la leche?

Puede extraerse manualmente o con un sacaleches.



Extracción manual de leche

1. Masajear ambos pechos durante unos minutos
2. Colocar el dedo pulgar y el índice a unos centímetros, arriba y abajo de la areola.
3. Presionar hacia las costillas a la vez que comprime con esos dedos la areola.
4. Repetir esta acción rítmicamente, intentando juntar cada vez más los dedos sin que esto le produzca dolor: colocar, empujar, apretar...
5. Después de 10-20 compresiones, cambie de pecho. Después cambie de nuevo y así hasta que vacíe ambos pechos.

2

Extracción con el sacaleches del Servicio de Neonatología

Para que pueda extraerse leche con los sacaleches del hospital, le suministraremos un kit de uso individual que se adapta al extractor. Este kit es para usted exclusivamente. Debe limpiarlo igual que su sacaleches. Usted puede elegir extraerse junto a su hijo o en el cuarto de lactancia de nuestro servicio; pregunte al personal sanitario su localización. Para usar estos aparatos debe seguir los siguientes pasos:

1. Lavarse las manos.
2. Pedir a la auxiliar de enfermería de su sala el émbolo extractor.
3. Limpiar la superficie del émbolo del extractor y el resto del aparato con una gasa empapada en alcohol de 70°.
4. Colocar el émbolo del extractor.
5. Extraerse la leche.
6. Retirar el émbolo del extractor.
7. Volver a limpiar aparato y émbolo del extractor con alcohol de 70°.
8. Devolver el émbolo del extractor limpio a la auxiliar de enfermería.
9. Si entró leche en el tubo de goma del extractor, adviértalo a la auxiliar de enfermería para que lo cambie.

Ajuste de velocidad

Ajuste de fuerza de succión



4

¿Cómo se limpia el sacaleches tras utilizarlo?

Con agua y jabón. Todas las piezas que tengan o puedan tener contacto con el pecho o la leche se deben desmontar con cuidado. Lavar primero con agua fría y jabón y después con agua templada para retirar cualquier resto de leche. Aclarar abundantemente con agua y secar muy bien al aire. En el hospital puede secarlo con gasas estériles. En caso de que no este seco y precise utilizarlo, lávelo de nuevo, sacúdalo y listo.

¿Con que frecuencia se aconseja extraerse la leche?

Al principio es conveniente extraerse leche **al menos 6 - 8 veces al día** durante unos 10 minutos en cada pecho. Por la noche, intente que no pasen más de 5 horas entre extracciones.

En las primeras dos semanas, la frecuencia óptima de extracción es cada 2-3 horas durante el día y cada 3-4 horas en la noche. El vaciado completo y frecuente del pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción de leche

¿Cuánta leche es suficiente?

Durante los primeros 2-3 días, probablemente sólo recogerá unas gotas de leche llamada calostro. Esta leche es muy rica en elementos de inmunidad y aunque sea poca es muy buena.

Pasados los primeros días, la producción de leche aumentará y es necesario que extraiga la leche hasta que vacíe totalmente el pecho.

Independientemente de que su hijo haya nacido antes de tiempo, la cantidad de leche alrededor de la segunda semana de vida será suficiente para alimentar a su hijo/a.

La leche que no utilice su hijo se congelará en el hospital para que pueda disponer de ella cuando se precise. Si sobra, podrá congelarla en casa para que la consuma tras el alta del hospital.

5

guardar la leche que se extraiga. Deje siempre 2 cm de la altura del envase sin llenar para que en caso de no ser utilizada la leche, pueda congelarse sin que estalle el frasco.

Cada bote de leche debe identificarse con una etiqueta donde figurará el nombre de su hijo y su número de historia clínica. Usted escribirá en la etiqueta la fecha (día, mes, año), la hora de inicio de la extracción y el volumen que contiene cada envase. Solicite estas etiquetas a la enfermera responsable de su hijo/a.

Para cada extracción debe utilizar botes de cristal diferentes. No debe mezclar leche de distintas extracciones en el mismo envase.

¿Qué debo hacer con la leche extraída en el hospital?

Quando se extraiga leche en el hospital, la etiquetará y la entregará inmediatamente a la auxiliar de enfermería o a la enfermera de la sala donde está ingresado su hijo/a. Este profesional limpiará el frasco con alcohol y lo introducirá rápidamente en la nevera para que no permanezca a temperatura ambiente. Una auxiliar de enfermería recogerá periódicamente la leche de esas neveras para procesarla para su hijo/a. A veces se administrará en las siguientes 24 horas y otras veces se congelará para administrársela más adelante.

¿Qué debo hacer con la leche extraída en casa?

El recipiente con la leche, bien cerrado y etiquetado, debe guardarse inmediatamente tras la extracción en una nevera a temperatura inferior a 5º C (en la zona más fría de la nevera). Esta leche refrigerada debe llegar al hospital antes de 24 horas. Si no se va llevar antes de 24 horas debe congelarse lo antes posible.

7

¿Hay que extraerse leche por la noche mucho tiempo?

Durante las dos primeras semanas o si la producción de leche baja a lo largo del ingreso, la extracción de leche nocturna es esencial. Por eso, es conveniente que descansen aunque sea intermitentemente a lo largo del día con pequeñas siestas.

¿Cómo se mantiene la cantidad de leche?

Pasadas las dos primeras semanas, si todo va bien, es probable que no haga falta utilizar el sacaleches tan a menudo. Intente dormir de 5 a 6 horas por la noche. Si siente los pechos demasiado llenos debe vaciarlos. Si no es así, puede dormir toda la noche. Si lo hace, fíjese en la cantidad de leche que se extrae y si está disminuyendo, aumente el número de extracciones incluyendo al menos una por la noche.

¿Qué puedo hacer para aumentar la cantidad de leche?

Cuanto más veces se extrae leche, más cantidad se tiene. Las causas más frecuentes de que tenga poca son el cansancio, y la extracción o estímulo infrecuente.

Si observa que para extraer la leche emplea más de 20 minutos en cada pecho, aumente el número de extracciones y disminuya el tiempo que emplea en cada una. Masaje suavemente sus pechos antes de extraer la leche y mientras esté extrayéndola.

Traiga siempre su sacaleches si es transportable porque puede aprender a **realizar la extracción junto a su bebé.**

Lleve algo con usted que pertenezca a su hijo (una fotografía, ropa, un muñeco) para que se pueda **relajar y concentrarse** en él durante la extracción.

Tome una **dieta variada y normal.** Tenga algo a mano para beber y comer si siente necesidad.

¿Qué recipientes debo utilizar para recoger la leche?

Utilice sólo los envases de cristal que se le facilitarán en el Servicio de Neonatología para acopiarlos al sacaleches y

6

¿Cómo transporto la leche desde casa al hospital?

La leche fresca o congelada se transportará al hospital en una bolsa o nevera portátil para congelados con varios acumuladores de frío (barra o molde congelado) para mantenerla bien refrigerada (menos de 5ºC) hasta su entrega. La leche congelada o refrigerada, puede separarse en capas e incluso cambiar de color. Esto es normal, su leche seguirá siendo igual de buena.

¿Cómo entrego en el hospital la leche que traigo de casa?

Igual que la extraída en el hospital, sin sacarla del recipiente donde viene refrigerada o congelada hasta que la reciba un profesional de la sala donde se encuentra su hijo/a.

¿Cómo congelo leche en mi casa?

En los mismos recipientes en que se extrae, etiquetados, marcando la opción "CONGELADA". Debe almacenarse en un congelador de cuatro estrellas. La leche congelada caduca en 6 meses.

¿La mujer que amamanta puede tomar medicamentos?

Pocos medicamentos contraindican la lactancia. No obstante, si toma algún medicamento coméntelo con el neonatólogo o la enfermera para asegurarse de que no existe ningún problema o consúltelo en la página web www.e-lactancia.org.

¿Cuándo se debe solicitar ayuda?

Consulte a los profesionales responsables de su hijo/a siempre que sienta dolor en el pecho o dolor al extraerse la leche, y si tiene alguna preocupación sobre la cantidad de leche que produce.

Consulte con el médico o el personal de enfermería cuando tenga una duda, estaremos dispuestos a ayudarla.

También puede consultar con grupos de apoyo a la lactancia. En el documento de plan de actuación que le entregamos junto a este folleto tiene información al respecto.

Servicio de Neonatología

Hospital Universitario 12 de Octubre, Avda. de Córdoba s/n 28041 Madrid
Telf.: Servicio de Neonatología 913908043. Secretaría (de 9 a 15 h) 913908272

8

Anexo II



Hospital Universitario
 12 de Octubre
 Comunidad de Madrid


Servicio de Neonatología
 Hospital Materno Infantil 12 de Octubre




Plan de actuación para madres que se extraen leche


Esta hoja le servirá para comprobar si todo va bien con la extracción de leche. Si cumple los puntos de la zona **verde**, **continúe así**. Si hay puntos en **amarillo**, **consulte** el plan de actuación o pida ayuda. Si hay algo en **rojo**, necesita **ayuda inmediata**. No dude en consultar.

Tengo sacaleches.
 Sé dónde y cómo realizar la extracción en el hospital.
 Sé cómo masajear el pecho antes de la extracción y puedo hacerlo.
 Conozco las instrucciones de uso y mantenimiento del sacaleches y las sigo.
 Conozco y sigo las medidas de higiene para extraer, almacenar y conservar la leche en casa.
 Sé cómo transportar la leche hasta el hospital.
 No tengo dolor en el pecho antes o durante la extracción.
 Vacío bien los pechos en cada extracción.
 Estoy cómoda cuando me extraigo la leche

Plan de actuación:
 Sigo igual. 

No tengo sacaleches.
 Me extraigo menos de 6 veces al día.
 Solo me extraigo leche en el hospital.
 Dudo sobre el manejo del sacaleches. 
 Tengo dolor en el pecho.
 Estoy inquieta por el volumen de leche que me extraigo.
 Me siento cansada o preocupada.
 Tengo dolor de espalda.
 Tomo medicamentos sin consultar.
 Tengo dudas.
 Mi situación personal no me permitirá seguir

Plan de actuación:
 Repaso los pasos de la zona verde y corrijo prácticas poco adecuadas
 Compruebo el funcionamiento del extractor.
 Consulto con profesionales sanitarios y/o grupos de ayuda.

No cede el dolor en el pecho.
 Tengo lesiones en el pecho.
 No puedo extraerme la leche.
 Ha disminuido la producción de leche.
 El extractor no funciona.
 Me siento muy cansada y/o estresada.
 Tengo problemas de salud.
 Estoy pensando de dejar la lactancia. 

Plan de actuación:
 Busco apoyo. Consulto con profesionales sanitarios y /o grupos de ayuda.
 Repaso el método de extracción y corrijo las prácticas poco adecuadas.
 Reviso el extractor y las instrucciones.

Distintos modelos de bancos de leche en España

Banco de Leche Humana del Servicio de Neonatología

Carmen Medina

Jefe de Sección de Neonatología. Responsable del Banco de Leche.

Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid

Banco de Leche Humana del Servicio de Neonatología

V Congreso Nacional de Lactancia Materna
 Murcia, Marzo de 2009

M^a del Carmen Medina
 Jefe de Sección de Neonatología
 Responsable del Banco de Leche

¿Por Qué un Banco de Leche?

OMS y UNICEF recomiendan:

"Cuando no se disponga de leche de la propia madre, la siguiente opción para la alimentación del niño es la leche pasteurizada de madres donantes seleccionadas, sobre todo si se trata de niños enfermos o prematuros"

Calidad: la leche humana está diseñada para criar humanos
 Seguridad: evitar la transmisión de enfermedades infecciosas

Neonatología del "12 de Octubre"

Entrada libre de los padres
 Promoción de Lactancia Materna
 Alta precoz de niños < 2.200g
 Cuidados para el mejor desarrollo
 método Canguro
 entrenamiento en NIDCAP
 Programa de seguimiento hasta los 7 años

Premio Nacional Reina Sofía 2000: prevención de la discapacidad
 Premio Nacional de Calidad 2006: humanización en Neonatología

Supervivencia y Discapacidad

Evolución a los dos años, niños <1.500 g Hospital 12 de Octubre

Período	n	fallecidos	discapacidad	secuela leve	sin secuelas
1991-1995	332	~10%	~15%	~15%	~60%
1996-2000	371	~5%	~10%	~15%	~70%

Leche donada y prematuridad

- Menor frecuencia de enterocolitis necrotizante
Lucas A. Lancet 1990
- Disminución de sepsis nosocomial
Rønnestad A. Pediatrics 2005
- Beneficios a los 30 m de edad corregida
 - Por cada 10 cc/día de LM recibida
 - mejora el CD en 0,6 puntos
 - mejora escores de comportamiento en 1 punto
 - disminuye el riesgo de rehospitalización en un 5%

Vohr BR... NICHD. Pediatrics 2006
Vohr BR... NICHD. Pediatrics 2007

Banco de Leche Humana en Madrid

Definición
 Objetivo
 Primeros pasos
 Métodos

Selección de donantes
 Procesamiento de la leche donada
 Receptores

Experiencia

Trazabilidad

Banco de Leche: definición



Centro dedicado a la recolección, procesamiento y distribución de leche humana donada, para proporcionarla a niños con necesidades especiales, con normas de seguridad y bajo prescripción médica.

*Dr. J.A. Guerra de Almeida
 Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
 Premio OMS Sasekawa*

Banco de Leche: objetivos



1. Creación y puesta en marcha de un Banco de Leche Humana Donada, para abastecer las necesidades de los neonatos enfermos ingresados en Neonatología.
2. Apoyar el desarrollo de una Red de Bancos de Leche en España.

Banco de Leche: primeros pasos



Visitas y contactos con Bancos de Leche

Copenhague, Londres, Liverpool y Palma de Mallorca

Estudio de guías internacionales

*Asociación Británica
 Asociación Norteamericana
 Publicaciones Australianas
 Red Brasileña*

Banco de Leche: primeros pasos



Normas Internacionales de seguridad de alimentos

*IFS (international food standard)
 ISO 2000-2005 (manipulación de alimentos)*

Curso de capacitación

Red Brasileña de Bancos de Leche Humana. Dr Guerra & Dr Novak

Banco de Leche: métodos



1. Selección de las donantes
2. Procesamiento de la leche donada
3. Dispensación a los receptores

Bajo estrictos criterios de Calidad y Seguridad

Banco de Leche: selección de donantes



Donante

"Mujer sana que lacta satisfactoriamente a su hijo y además dona leche para niños enfermos o prematuros"

Requisitos

*Lactar a su hijo satisfactoriamente
 Ser sana
 Sin prácticas de riesgo para adquirir infecciones
 Serología negativa para HIV, Hepatitis B,C y Sífilis*

Banco de Leche: selección de donantes



Fomento de donaciones:
 páginas *web* pediátricas
 cartas a hospitales y atención primaria
 asociaciones de apoyo a la lactancia
 radio, televisión y prensa escrita

Información:
 correo electrónico
 teléfono

Selección:
 entrevista personal
 serología

Banco de Leche: procesamiento



Recolección: información
 normas de higiene
 manual o con sacaleches
 botes de cristal estériles

Transporte: información
 la donante o su familia
 cadena de frío

Recepción
 fresca (< 6 horas)
 refrigerada (< 24 h)
 congelada a -20 °C (1-3 meses)

Almacenamiento
 congelada a -20°C hasta ser procesada

Banco de Leche: procesamiento



Descongelación controlada

Selección de leche donada

Características organolépticas:
 envase, color, aroma

Acidez titulable: sB° Dornic

Clasificación de la leche

Leche prematura

Calostro, leche intermedia o madura

Acidez titulable (1 - 8° Dornic) = *nivel de calidad*

Crematocrito = *contenido calórico*

Banco de Leche: procesamiento



Mezclas y alícuotas
 de la misma donante
 30, 60 y 120 mL

Pasteurización
 62 °C x 30 min. \rightarrow 6°C
 baño maría (agitación y servocontrol)
 control de temperatura de la leche

Cultivo bacteriológico estéril

Segunda congelación a -20°C

Banco de Leche: los receptores



Indicación médica

Consentimiento informado

Prioridades, según las reservas

1. Prematuros con riesgo de NEC
2. Realimentación postcirugía
3. Cardiopatías con bajo gasto
4. Neonato ingresado sin LM

Banco de Leche "Neonatología 12 de Octubre". Madrid Perspectivas para el futuro



Proporcionar leche donada a otros Hospitales de Madrid

Red de transporte

Centros de aceptación de donantes
 recepción de leche
 dispensación de leche a los niños receptores

Apoyar una red de bancos de leche en España

Evaluar y difundir la experiencia

Desarrollar proyectos de investigación

El Banco de Leche Materna de las Illes Balears

Dr. Antoni Gaya

Director Técnico del Banco de Tejidos en la Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears.

Un Banco de Leche Materna es el dispositivo sanitario destinado a la recogida de leche materna, a fin de procesarla, almacenarla y dispensarla a los pacientes que necesitan este producto biológico. La leche materna que se trata y controla por el Banco de Leche pasa a llamarse leche de donante.

El primer banco de leche se creó en Viena en el año 1909. Desde entonces los bancos de leche fueron implantándose en numerosos países: Reino Unido, Francia, Italia, Dinamarca, Suecia, Alemania, EEUU, Canadá, Brasil,... Durante los años 80 y coincidiendo con la aparición del SIDA y con el desarrollo de fórmulas lácteas para prematuros se produjo el cierre de muchos de estos bancos. No obstante, este declive en el funcionamiento de los Bancos de Leche no se justificaba por el estado de los conocimientos en este campo. De hecho, desde hace unos años asistimos a un resurgimiento de la lactancia materna en general y de los Bancos de Leche en particular, impulsado por estudios que muestran que los recién nacidos prematuros muestran una mejor evolución si son alimentados con leche humana en lugar de fórmula. Esto es especialmente evidente en lo que se refiere a una menor tasa de infecciones, un mejor desarrollo psicomotor a largo plazo y una menor tasa de enterocolitis necrotizante (NEC), así como una mejor tolerancia a la introducción de la alimentación enteral. Por otro lado, los estudios de seguimiento hasta la edad escolar y la adolescencia de niños alimentados con leche de banco demuestran un índice normal de crecimiento y de mineralización ósea así como unas cifras menores de tensión arterial.

La leche materna procesada en el Banco de Leche conserva las propiedades nutritivas e inmunológicas que hacen de la leche humana un producto insustituible a la hora de hablar de la alimentación del niño prematuro. Además, se trata de un producto seguro en cuanto al riesgo de transmisión de infecciones. Por una parte la seguridad frente a la transmisión de infecciones por parte de la donante se consigue gracias al control estricto en la selección de las donantes, a la práctica de serologías en todos los casos y a un proceso de pasteurización de la leche antes de su dispensación. Por otra parte la seguridad frente al riesgo de contaminación de la leche se consigue gracias al cumplimiento por parte de la donante de una serie de normas de higiene y de instrucciones para la extracción de la leche. Asimismo esta leche es sometida a estrictos controles microbiológicos antes y después de su procesamiento y es manipulada en todo momento en condiciones estériles, en una campana de flujo laminar.

Conocida la importancia de la alimentación con leche materna en el recién nacido, el principal objetivo del Banco de Leche Materna es el de proporcionar este producto en aquellas situaciones en que no pueda ser suministrado por la propia madre. La principal indicación la constituyen los recién nacidos de muy bajo peso (<1500 g) cuyas madres no pueden proporcionarles su propia leche por diversas razones tales como enfermedad materna, medicación, condicionantes sociales,... Otros receptores potenciales son aquellos niños afectados de alergias severas, intolerancia gástrica, síndrome de intestino corto, malabsorción y otros problemas gastrointestinales. Los niños sometidos a cirugía del aparato digestivo pueden acelerar el inicio de la nutrición enteral cuando se utiliza leche humana. Algunas de las indicaciones más importantes para la utilización de leche de Banco se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Indicaciones de la leche materna de donante

* Nutricionales	* Terapéuticas	* Preventivas
Prematuridad	Enf. Infecciosas	Enterocolitis Necrotizante
Sd. Malabsorción	Inmunodeficiencias	Alergia a PLV
Errores metabolismo	Trasplante de órganos	Terapia inmunosupresora
Nutrición posquirúrgica	Enf. Crónicas	

Las donantes son mujeres sanas que se encuentran en el primer semestre de su período de lactancia. Realizan esta actividad de manera totalmente altruista y para su aceptación como donantes no deben presentar ninguno de los criterios de exclusión tales como el tabaquismo, consumo de alcohol o sustancias excitantes en cantidades elevadas, prácticas de riesgo de enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas o consumo actual de algún tipo de medicamento. Además, se les practica una determinación en sangre para la detección de determinadas transmisibles como HCV, HBV, HIV y Lúes. Este análisis incluye pruebas serológicas y técnicas de detección de ácidos nucleicos por métodos de biología molecular.

Las candidatas a donantes se someten a una entrevista estructurada por parte de personal sanitario durante la cual se les interroga respecto a sus antecedentes e historial médico y se les instruye en el proceso de extracción de leche. Además se les facilita gratuitamente todo el material necesario (envases, extractor, etiquetas,...). A partir de ese momento las donantes se extraen la leche en su propio domicilio y posteriormente la almacenan en su congelador. Periódicamente, y mediante cita previa con la donante, es recogida por un mensajero que la transporta al Banco de Leche donde es procesada de manera que se preserven al máximo las propiedades nutritivas e inmunológicas que hacen de ella un producto insustituible a la hora de hablar de la alimentación del niño prematuro, manteniendo las garantías de seguridad que se imponen actualmente para la protección frente a la transmisión de infecciones.

Este procesamiento incluye la práctica de cultivos microbiológicos antes de ser pasteurizada, con el fin de descartar las muestras que presenten contaminación patógena. Posteriormente, la leche considerada apta es envasada y pasteurizada. El proceso de pasteurización, que se lleva a cabo bajo estricto control de temperatura y tiempo, destruye los gérmenes que pudieran estar presentes a la vez que mantiene las propiedades nutritivas e inmunológicas del producto hasta su distribución. El último paso previo a la nueva congelación incluye un segundo análisis microbiológico pos-pasteurización mediante el cual se controla la esterilidad del producto. A partir de ese momento la leche esta dispuesta para ser suministrada a aquellos centros que lo soliciten. Hay que recalcar que la dispensación de la leche materna se lleva a cabo por parte de la Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears, únicamente bajo prescripción facultativa. Es importante remarcar que en todo el proceso se mantiene la trazabilidad de las unidades de leche desde la donación hasta la administración al paciente.

El Banco de Leche de las Illes Balears forma parte del Banco de Tejidos de la Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears. Inicio sus actividades en el año 2001. Desde esa fecha se ha contado con la colaboración de más de 250 donantes que han aportado alrededor de 1000 litros de leche, 600 de los cuales se han suministrado a más de 120 pacientes.

Por último, es importante resaltar que los Bancos de Leche no entran en contradicción con la Lactancia Materna sino que contribuyen a su mayor éxito:

- Hacen posible el estudio y perfeccionamiento de técnicas que colaboran en el mantenimiento de la lactancia, como la expresión de leche o su conservación para la alimentación de los recién nacidos. La experiencia en otros países ha demostrado que la instauración de un Banco de Leche Matera aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado.
- Pueden resolverse, de manera transitoria, los problemas de alimentación del recién nacido hasta que su madre le pueda dar el pecho.
- Tiene un efecto importante sobre la comunidad en que se sitúan porque se destaca que la leche Materna es un producto de gran valor que justifica el que se organice un dispositivo costoso con el único fin de su preservación y dispensación.

Mesa 3: “Nuevas alternativas para ayudar en la posición de amamantamiento”

El afianzamiento espontáneo.

Kittie Frantz.

Coordinadora de Educación sobre Lactancia Materna de los Ángeles. Universidad de Southern California (USC) Medical Center.

As breastfeeding came back into popularity, methods began to develop regarding how to get the baby attached to the breast properly. These methods were mainly designed to prevent maternal sore nipples. Righard, Alade, Widstrom and others looked at how the newborn crawled to the breast and found it by himself right after the delivery of the baby. Bergman demonstrated this same natural ability with premature infants, and then Smillie and Harris demonstrated it with older infants. The infant is equipped to do this and we will show how many do it. El afianzamiento espontáneo can be used in many settings in the hospital and home with infants nursing well or with problems breast feeding.

2/7/2009

**EL AFIANZAMIENTO
ESPONTANEO**

Kittie Frantz, RN, CPNP-PC
Clinical Instructor in Pediatrics
University of Southern California
Keck School of Medicine
Los Angeles CA USA

**ANTES DE COMENZAR
DEBEMOS OBSERVAR LO
QUE HACEN LOS BEBES**

**ES MEJOR SI EL BEBE NO
TOMA SOLAMENTE EL
PEZON**

**EL BEBE ESTIRA EL PEZON EN
SU BOCA PARA FORMAR UNA
TETINA**

**LA LENGUA SE ENROLLA
HACIA ATRAS Y HACIA ARRIBA
PARA EXTRAER LA LECHE**

**SE DA UNA PRESION NEGATIVA
CUANDO LA PARTE POSTERIOR DE
LA LENGUA SE MUEVE HACIA ABAJO**

1

2/7/2009

REFLEJOS DEL BEBE

- VISTA
EL BEBE PREFIERE UNA CARA HUMANA
- EL BEBE PREFIERE LOS CONTRASTES DE LUZ Y OSCURIDAD, COMO EN EL CASO DE LA AREOLA
Ludington & also Klaus studies

REFLEJOS DEL BEBE

- OLFACTO
- CONOCE EL OLOR DE LA MADRE
- LAS GLANDULAS DE MONTGOMERY ESTAN EN LA PARTE SUPERIOR Y EXTERIOR DE LA AREOLA

Schoof, et al. Human breast milk: its smell: organoleptic data and possible involvement in maternal-infant interaction. 2007. PSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT 17(1):1-11.

REFLEJOS DEL BEBE

- REFLEJOS DE CAMINAR Y GATEAR
- PERMITEN AL BEBE MOVERSE HACIA DONDE NECESITA ESTAR

AUTO-ENLACE EN EL PARTO dvd

REFLEJOS DEL BEBE

MAMAR:

LA FASE ANTICIPATORIA

REFLEJOS DEL BEBE

? QUE LABIO HACE QUE LA BOCA SE ABRA MAS?

2

2/7/2009

REFLEJOS DEL BEBE

MAMAR:

**ESTIMULACION
DEL LABIO
INFERIOR**

REFLEJOS DEL BEBE

MAMAR:

**LA LENGUA
SE RETRAE
HACIA
DENTRO**

**VEAN COMO LO HACE EL
BEBE** AUTO-ENLACE EN EL PARTO dvd

**SE ESTA COMENZANDO A
NORMALIZAR LA
PRACTICA DE COLOCAR A
LOS RECIEN NACIDOS EN
CONTACTO PIEL CON PIEL
CON LA MADRE(AAP)**

**LOS RECIEN NACIDOS
SALUDABLES SE PRENDERAN
AL PECHO POR SI MISMOS EN
MENOS DE UNA HORA**

**ENTONCES LA MADRE PUEDE
TENER DUDAS SOBRE SI
ELLA LO PODRA HACER**

3

2/7/2009

**TENEMOS QUE DETENERNOS
Y REVISAR LO QUE HEMOS
APRENDIDO SOBRE EL
AFIANZAMIENTO/ENGANCHE
AL PECHO A TRAVES DE LOS
ANOS**

**¿ CUÁNTA IMPORTANCIA
TIENE LA FORMA EN QUE SE
SOSTIENE AL BEBÉ?**

**EL DOCTOR APPLEBAUM DUO
EN 1969 QUE EL BEBE DEBIA
SOSTENERSE DE COSTADO EN
UN ANGULO DE 45 GRADOS**

**DESPUES LLEGO LA
SUGERENCIA DE COLOGAR AL
BEBE TRIPA CON TRIPA CON LA
MADRE**

**EL COLEGIO REAL DE
MATRONAS DEL REINO
UNIDO REVISÓ EL
TRABAJO DE MAVIS
GUNTHER REALIZADO EN
LOS AÑOS 40 Y DUO QUE
EL BEBÉ DEBÍA DE SUR
COLOCADO
"LIGERAMENTE HACIA
ATRAS PARA FACILITAR
EI CONTACTO VISUAL"**

**¿Y LAS ALMOHADAS? NO SON
COMODAS PARA LAS MADRES?
¿ACASO NO SIRVEN PARA LEVANTAR
EL BEBÉ HACIA EL PECHO?**

4

2/7/2009

MUCHAS VECES LAS ALMOHADAS HACEN QUE LOS BEBES SE ACUESTEN EN FORMA PLANA E INTERFIEREN CON EL ANGULO DE 45 GRADOS EN EL QUE DEBERIA CONCARSE EL BEBE

SI LA MADRE SE SIENTA EN UNA SILLA, LO QUE NECESITA ES SOPORTE PARA LOS CODOS

MUCHAS MADRES SE APOYAN EN EL RESPALDO DE LA SILLA

A LAS MADRES SE LES ACONSEJABA QUE HICIERAN COSQUILLAS EN LAS MEJILLAS DEL BEBE PARA QUE GIRASE LA CABEZA HACIA EL PECHO

ESTO DIFICULTABA QUE EL BEBE TRAGASE

DESPUES SE CAMBIO AL METODO DE "LA TIJERA" PARA DAR SOPORTE AL PECHO

5

2/7/2009

**DESPUES EMPEZAMOS A OIR QUE EL
BEBE DEBIA TENER LA BOCA BIEN-
ABIERTA PARA QUE PUDIERA
ABARCAR GRAN PARTE DE LA
AREOLA Y NO SOLO EL PEZON**

**DETENGAMONOS UN
MINUTO...**

**¿CÓMO PODEMOS ABRIR
LA BOCA DEL BEBE?**

**NEWMAN SUGIERE DESLIZAR EL PEZON
DE LADO A LADO SOBRE EL LABIO
SUPERIOR**

**RENFREW Y' FISHER QUE SE DESLIZASE
PEZON DE LADO A LADO SOBRE LOS DOS
LABIOS DEL BABY**

**FRANTZ DUO QUE HABIA QUE
TOCAR EL LABIO INFERIOR Y LA
BARBILLA**

6

2/7/2009

PORQUE LOS BEBES TIENEN UN REFLEJO QUE LES HACE ABRIR LA BOCA CUANDO SE LES TOCA EL LABIO INFERIOR

¿QUE HACEN LOS BEBES? PRIMERO DOLOCAN EL LABIO INFERIOR Y LA BARBILLA EN EL PECHO

!HAGAN LA PRUEBA Y VAYAN A JUGAR CON LOS BEBES!

¿QUÉ HACE QUE EL BEBÉ EMPIECE A CHUPAR Y A TIRAR DEL PEZÓN HACIA ADENTRO?

LOS REFLEJOS DEL BEBE NOS MUESTRAN QUE CUANDO LOS LABIOS INTERIORES TOCAN EL PECHO A LA VEZ, LA LENGUA SE ESTIRA HACIA ADELANTE

NEWMAN, FISHER, FRANTZ Y WEISSENGER CONCLUYERON QUE EL AFIANZAMIENTO POR LA PARTE INFERIOR DE LA AREOLA ERA MEJOR

7

2/7/2009

¿PORQUÉ?

• ES MÁS
SEGURO
PARA EL
PEZÓN, YA
QUE LA
LENGUA Y
LA ENCÍA
DEL BEBÉ
ESTÁN
BAJO EL
PEZÓN

**CUANDO OBSERVAMOS A LOS
BEBES LES VIMOS ECHAR LA
CABEZA LIGERAMENTE HACIA
ATRAS**

**CUANDO SE ACERCA DIRECTAMENTE
AL PECHO, EL BEBE NATURALMENTE
SE AGARRA A LA PARTE INFERIOR DE
LA AREOLA**

**MIREN COMO LOS BEBES CONECTAN
TODOS LOS MOVIMIENTOS EL BEBE
AUTO-CONECTA BABY SELF ATTACHES
dvd**

**CUANDO EL BEBÉ ESTA BOCA
ABAJO SOBRE EL ESTOMAGO
DE LA MADRE, LEVANTA LA
CABEZA**

**HABIENDO DICHO TODO ESTO, ¿QUE
PODEMOS OBSERVAR QUE HACEN
LAS MADRES CON EXPERIMENTADAS?**

8



2/7/2009

**¿QUÉ HACEN
LOS BEBÉS?**

**PONIENDO TODO JUNTO
BABY-LED BREASTFEEDING dvd**

**SERIA MEJOR SI EL BEBE
PUDIERA BUSCAR SU PROPIO
CAMINO Y CONECTAR SOLO!**
BABY SELF ATTACHES dvd

**LA RESPUESTA DE LA
MAMA ES: "YO NO
NECESITO APRENDER
COMO HACER ESTO, EL
BEBE YA SABE COMO!"**

BABY LED BREASTFEEDING

**LA REACCION DEL PADRE
ES**

9

2/7/2009

**AMAMANTAR ACOSTADA ES
PERFECTO PARA CUANDO EL
BEBE QUIERE MAMAR CON
FRECUENCIA**

**PONER LA CAMA DEL
HOSPITAL EN UN ÁNGULO
DE 45 GRADOS**

**EL BEBÉ ACOSTADO BOCA
ABAJO SOBRE SU MADRE ES
PERFECTO PARA RECUPERARSE
DE LA CESÁREA**

**LA SILLA JUNTO A LA
CAMA EN LA NICU DEBE
SER RECLINABLE**

**LA SILLA EN LA OFICINA
QUE SE INCLINA**

**CUANDO LA LECHE SUBE,
EL BEBE PUEDE ECHARSE
PARA ATRAS CUANDO
TRATA DE COORDINAR EL
MAMAR, TRAGAR Y
RESPIRAR Y PUEDE
RECHAZAR EL PECHO.
HAY QUE DEJAR QUE SE
ENGANCHE POR SI MISMO**

10

2/7/2009

BABY-LED BREASTFEEDING dvd

**IDEAL PARA LOS BEBES
QUE SE ENFRENTAN CON
UN FLUJO RAPIDO**

- MARCAR EL RITMO DE LA TETADA ES IMPORTANTE PARA EL BEBE
- TODOS LOS RECIEN NACIDOS TIENEN UN REFLEJO MECANICO DE REFLUJO
- LOS BEBES TIENDEN A COLOCARSE EN UN ANGULO DE 45 GRADOS
- !EL BEBE TIENE QUE CONFIAR!

**¿DEBEMOS ANTICIPAR ALGO DE
DAÑO Y GRIETAS?**

**EL BEBE PUEDE ENCARGARSE
DE ESO TAMBIEN! BABY-LED
BREASTFEEDING dvd**

**EL AFIANZAMIENTO AUTÓNOMO
¿SIRVE PARA LOS PEZONES
DOLORIDOS?
¡PRUÉBELO!**

- CUANDO EL BEBÉ SE ENGANCHAS POR SI MISMO, DESAPARECE ALGO DE DOLOR
- EL BEBÉ TIENDE A ADOPTAR EL AFIANZAMIENTO ASIMÉTRICO
- NADIE PUEDE ALTERAR LA POSTURA DEL BEBÉ

FUNCIONA SI...

- NO DUELE
- SUCCION NUTRITIVA
- EL BEBE GANA PESO
- EL BEBE ES QUIEN CONTROLA EL PROCESO

11

2/7/2009

**¿Y LOS QUE TARDAN EN
AMAMANTAR?**

- ¿SUCEDER PORQUE LE ESTÁN FORZANDO?
- EL BEBÉ PUEDE USAR SUS SENTIDOS Y REFLEJOS
- EL BEBÉ PODRÁ IR DIRECTAMENTE AL PECHO, SE COLOCARÁ DEBAJO PERO LE TOMARÁ TIEMPO AFIANZARSE

BABY-LED BREASTFEEDING dvd

**¿Y SI LA MAMA AYUDA
DEMASIADO? Baby-led Breastfeeding
DVD**

**!LOS BEBÉS SABEN DE
ESTO MUCHO MÁS QUE
NOSOTROS!
¡DIVIERTANSE!**

TRES DVDS

DELIVERY SELF ATTACHMENT

BABY SELF ATTACHES

BABY-LED BREASTFEEDING
www.geddesproduction.com

La Liga de La Leche de Euskadi
laligadelaleche@laligadelaleche.eu

12

Biological Nurturing: Posiciones óptimas para desencadenar reflejos estimulantes del amamantamiento.

Suzanne Colson.

Senior Midwifery Lecturer. Canterbury Christ Church University. Faculty of Health.

Background: In the UK, 35% of mothers stop breastfeeding during the first week because of latch or suck refusal. Rooting and sucking are well-known feeding stimulants but few have explored the role other primitive neonatal reflexes (PNRs) might play to initiate breastfeeding.

Methods: 40 healthy term mother/baby pairs were studied describing the PNRs observed during one videotaped session investigating whether feeding behaviours and positions, collectively termed Biological Nurturing (BN) are associated with the release of PNRs pivotal in establishing breastfeeding.

Findings: 20 PNRs were described, validated and classified into 4 types and 2 functional clusters either stimulating or hindering feeding. Significantly more PNRs were observed as stimulants in semi-reclined BN postures than when mothers were upright or side-lying ($p = <0.0005$).

Discussion: This study is the first to describe how maternal and neonatal positions interact to release PNRs during breastfeeding. Traditionally the human neonate has been considered a dorsal feeder with pressure needed along the baby's back. Compelling visual data here suggest that when the newborn is in abdominal positions, like some other mammals, anti-gravity reflexes are released aiding latch and sustaining milk transfer.

Conclusion: Challenging aspects of current breastfeeding support, this work offers a robust neurological framework to underpin breastfeeding initiation. The presentation will summarise the study and project video clips clarifying the positional mechanisms.

Biological Nurturing®

Suzanne Colson,
PhD, MSc, BA, Licence en Lettres, RGN, RM
Senior Lecturer
Canterbury Christ Church University



Presentation © Suzanne Colson

Breastfeeding Initiation

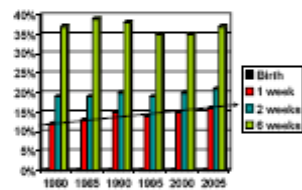
(Infant Feeding 2005 p 53)



67% in 1980
65% in 1985
64% in 1990
68% in 1995
71% in 2000
77% in 2005

Early Unintended BF Cessation

•17% stopped BF in hospital in first week (6% at 2 days)
•37% stopped by 6 weeks in 2005



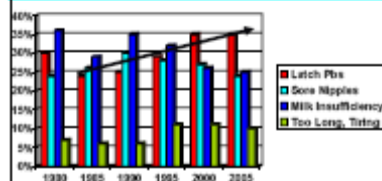
Reasons Mothers Stop (1st week)

↕35% Latch/Suck Refusal
↕25% Milk Insufficiency
↕24% Sore nipples
↕10% Too long
Too Tiring

Saliba et al. 2007 a56

Reason for stopping	1997-2000		2001-2005	
	n	%	n	%
Latch/suck refusal	21	20	20	21
Milk insufficiency	21	20	20	21
Sore nipples	21	20	20	21
Too long	21	20	20	21
Too tiring	21	20	20	21
Other	21	20	20	21
Total	105	100	105	100

Reasons Mothers Stop (England and Wales: First Week)



Routine Skills Teaching

(Woolridge, 1985; BFI, 1997; Ingram et al., 2002; Royal College of Midwives, 1988, 2002; Inch et al.2003; Renfrew et al. 2004; La Leche League, 2005)

- Mothers sit upright or lie on their sides
- When upright hold baby on a pillow and at right angles to their bodies
- Wait for mouth gape and attach baby leading in with the chin

What is Biological Nurturing (BN)

Collective term for BF positions and behaviours, building upon positions observed during skin-to-skin contact

Positional interactions release innate behaviours aiding babies to find the breast and self attach

© Suzanne Colson

What is an Innate Behaviour?

Inborn Unlearned Action

- Released by
- an external stimulus (sight of a predator)
 - internal stimulus (low BG)
 - a mix (mating behaviour) (Tinbergen 1969; Morris 1977)

Reflexes



Instincts



Primitive Neonatal Reflexes (PNRs)

- Collective term for inborn neonatal reflexes, reactions and responses
- Used medically to evaluate nervous function
- Used as neurological screening test
- Used to predict gestational age
- Rooting Sucking and Swallowing are described as feeding PNRs
- Medical procedures and examination techniques standardised by Prechtl (1963;1977)

PhD research: Methodology

(SD Colson et al.2008)

Research questions:

Does BN release PNRs?

Do PNRs play a role in breast or artificial feeding?



Reflex Outcomes: 20 PNRs Identified

(SD Colson, Mask & Hawdon, 2008)

Endogenous (cues)

Hand to mouth, Mouth gape
Tongue dart/lick
Arm cycle, Leg cycle
Finger flexion/extension

Motor (finding)

Palmar, plantar grasp
Stepping, Crawling
Placing
Babinski
Hand/foot flex

Rhythmic (sustaining)

Suck
Jaw jerk
Swallow

Anti-Gravity (finding)

Head righting
Head lifting
Rooting
Head bobbing

Described/compared, validated → Inter-observer agreement 0.82

The role of PNRs

Latch Refusal (Gunther, 1955)

The BFI Breastfeeding Module Handbook

"Sometimes a newborn baby 'roots' for the breast...moving his head from side to side as if he is saying 'no'. However, this is normal behaviour" (WHO, 1997, p94).

The role of PNRs

Breast Boxing /Fighting the breast
 Documented in relation to breast engorgement

"It was observed that the infant does not suckle and pushes himself away with his fisted hands at the breasts or abdomen of the mother, and kicks away at the mother's abdomen and avoids feeding." (Gohil, 2006 p268).

Summary: Common points in upright BF positions

- Mothers are upright
- Reliance upon a pillow
- Babies lie across the mothers body
- Babies body and feet poorly applied to mother's body
- PNRs observed appear as barriers to latch
- Mother applies pressure to baby's back for support



Dorsal Feeding

When the mother is sitting upright or side-lying, the human baby requires pressure applied along the baby's back to hold the baby in place close to the breast (Peiper, 1963).

Pendular Head Movements

Phylogenetic Observations
 (Recid and Schleit, 1951)



Common points in laid-back BF positions

- Mothers are laid back;
- Baby lies on top
- Longitudinal, oblique lie, natural positional stability
- No pressure along baby's back or neck
- Babies naturally lead-in with chin; often self attach



© Suzanne Colson

Key Finding

More PNRs observed as BF stimulants when mothers laid back
 ($p < 0.0005$)
 (SD Colson et al. 2008)

Clinical Implications

Mothers	Health Professionals
Latch refusal	Proactive
↕ 35% -BF	↕ Screening test
↕ 52% Mix-feeding	↕ Prioritise
↕ 12% AF	↕ Time

Reflex Theory
Strong foot to mouth connection

© Suzanne Colson

Anatomy and Physiology

Traditionally, diagrams illustrating research findings and pictures in authoritative books are of mothers sitting upright holding the baby in *laid-back* positions where pressure is required along the baby's back to keep him in place at the breast (Andran et al. 1967; Marnet & Stull 1994; Woelke, 1999; Riordan & Auerbach 1987; Ransley et al. 2005; Jacobs et al. 2007)

BN anatomical assumptions:

1. The baby leads in with the chin.
2. The baby's tongue is forward.

This is because the laid-back maternal posture ensures baby feeds on abdomen

Gravity does the rest!

© Suzanne Colson

BN or 'laid back' positions appear to be optimal to initiate BF

- Increase the dimensions of the body space available to the neonate
- Increase the number of baby positions available. (Neonatal lie = 360 BF positions)
- Use gravity positively
- Positional interactions work even when baby is asleep
- Focus mother on the baby

© Suzanne Colson

Mothering Behaviours

- Nesting
- Transportation, picking up
- Body Placing
- Olfactory
- Greeting
- Grooming
- Gaze and Imitate

Each behaviour illustrated by Video clips

© Suzanne Colson

Summary: Common Points

1. High and Sustained OT Pulsatility

Behavioural Effects	Mechanical Effects
• Disconnected from world (with baby)	• OT Nipple
• Characteristic smile	• Opposite nipple moist, pearling or spurting
• Forgetful	• OT Uterus
• Flushed	
• Sleepy	
• Relaxed	

© Suzanne Colson

Summary: Common Points

2. Behaviour is not taught

Illustrated by 4 Video clips

© Suzanne Colson

The Role of the Breastfeeding Supporter

Taken together these 2 common points suggest that the role of the midwife or BF supporter is to promote a hormone-enhancing environment conducive to breastfeeding and assess 'hormonal complexion'.

Hormonal complexion = mechanical and behavioural effects of OT, PRL

© Suzanne Colson

Routine skills-teaching ?



Can a biological process be taught?
Digestion? Sleep? Urination?

Yes, but...

- It takes a lot of time
- We may not have the answers – what works for 1 person does not always work for another
- Pbs often reflect a need that has not been satisfied.



OT web-site 2006

© Suzanne Colson

Routine Skills Teaching: Trials

1. 'Postpartum positioning and attachment education is **ineffective** in increasing BF duration' Henderson et al (2001)
2. A 30 minute postnatal session had **no effect** on BF rates of continuance at 4 months Lasarew et al (2003).
3. '**Neither** (mid-pregnancy) intervention increased BF duration' Fenster et al (2004).
4. 'At 7 days **more mothers were BF in the control group** (82.5%) than in the intervention group (79.7%) although the difference was not significant. De Oliveira et al (2006).
5. '**No significant differences** in BF duration between groups' Wallace et al (2006).

© Suzanne Colson

BFI Step 5: Show mothers how to BF

This concerns Education
2 definitions for 'educate'

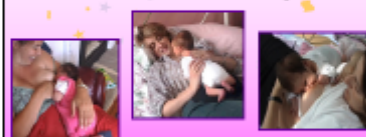
- | | |
|--|--|
| Bring out from within | Instruct or train |
| BN=Nature | Teach=Nurture |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promote a hormonal environment that releases Innate behaviours • Assess hormonal complexion | <ul style="list-style-type: none"> • Explain P&A • Check Knowledge |

© Suzanne Colson

Practice Development East Kent Coastal PCT

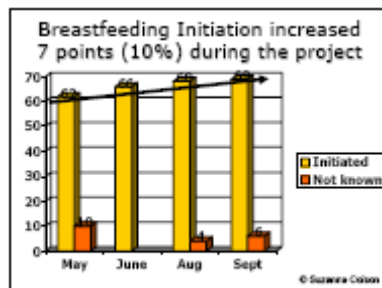
© Suzanne Colson

Biological Nurturing™ Laid-back Breastfeeding



A DVD by Dr Suzanne Colson

www.biologicnurturing.com



Acknowledgements

Professor Susan Holmes Head of
 Research Canterbury Christ Church
 University
 Jane Hawdon, Consultant neonatologist
 University College London Hospitals
 Judith Meek, Consultant neonatologist
 University College London Hospitals
 Tom Greenfield, Cranial osteopath
 Philippa Parrett, Lactation consultant

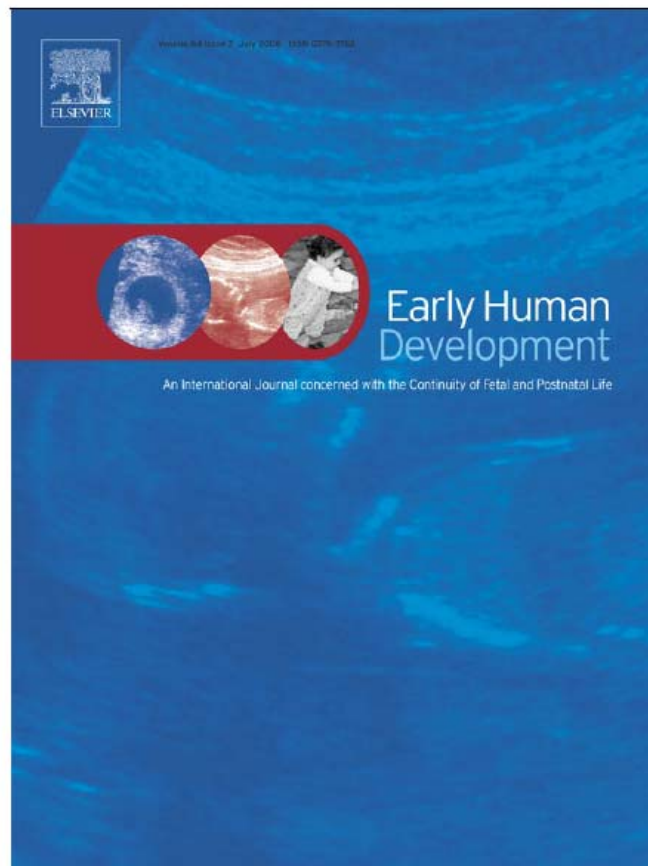
Thank you for listening!



A special thank you to all the
 mothers who participated in
 the study allowing us to use
 their pictures

www.biologicalnurturing.com

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

Author's personal copy

Early Human Development (2008) 84, 441–449



available at www.sciencedirect.com



www.elsevier.com/locate/earlhumdev



Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding

Suzanne D. Colson^{a,*}, Judith H. Meek^b, Jane M. Hawdon^b

^a Department of Health Well-being and the Family, Canterbury Christ Church University, Faculty of Health and Social Care, North Holmes Road, Canterbury CT1 1QU, England

^b University College London Hospitals Honorary Senior Lecturer Institute of Women's health University College London, Neonatal Unit, Elizabeth Garrett Anderson and Obstetric Hospital University College London Hospitals, Huntley Street, London WC1E 6AU, UK

Received 4 September 2007; received in revised form 5 December 2007; accepted 6 December 2007

KEYWORDS

Breastfeeding positions;
Biological nurturing;
Infant feeding;
Feeding reflexes;
Self attachment;
Breastfeeding behaviours

Abstract

Background: Despite widespread skills-teaching, 37% of UK mothers initiating breastfeeding stop by six weeks suggesting a need to reappraise current support strategies. Rooting, sucking and swallowing have been studied extensively but little is known about the role other primitive neonatal reflexes (PNRs) might play to support breastfeeding.

Aims: To describe and compare PNRs observed during feeding, investigating whether certain feeding behaviours and positions, collectively termed Biological Nurturing, (BN) are associated with the release of those reflexes pivotal in establishing successful feeding.

Method: 40 breastfed healthy term mother/baby pairs were recruited using quota sampling to stratify term gestational age. Feeding sessions were videotaped in the first postnatal month, either in hospital or at home.

Findings: 20 PNRs were validated and classified into 4 types (endogenous, motor, rhythmic and anti-gravity) and 2 functional clusters (finding/latching, milk transfer) either stimulating or hindering feeding. Significantly more PNRs were observed as stimulants in semi-reclined postures (BN) than when mothers were upright or side-lying ($p < 0.0005$).

Discussion: This study is the first to describe a range of semi-reclined maternal postures interacting with neonatal positions, releasing maternal instinctual behaviours and PNRs stimulating breastfeeding. Traditionally the human neonate has been considered a dorsal feeder with pressure needed along the baby's back. Compelling visual data here illustrate that the newborn is an abdominal feeder and, like some other animals, displays anti-gravity reflexes aiding latch. Findings suggest that breastfeeding initiation is innate for both mother and baby, not learned, thus challenging the routine skills-teaching currently central to breastfeeding support.

© 2007 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

* Corresponding author. Tel.: +44 1227 782 687.

E-mail address: suzanne.colson@canterbury.ac.uk (S.D. Colson).

1. Background

In 2005, 76% of UK mothers, an unprecedented number, breastfed at birth yet by six weeks 37% had stopped; 90% discontinued before they intended. [1] This steep decline typifies trends for breastfeeding continuance during the past 20 years. [1,2] Positioning and attachment ('P&A') skills-teaching [3] was introduced in 1986 as an aid to initiate and sustain breastfeeding. [4-9] Mothers lie on their sides or sit upright, placing the baby 'tummy to mummy' at breast level; then they attach the baby, positioning nose to nipple, leading in with the chin following mouth gape [4-9]. Recent trials, [10-14] however, demonstrate few benefits associated with this approach. These facts suggest a need to reappraise aspects of current breastfeeding support. This study examined the mechanisms of behaviours and positions collectively termed Biological Nurturing (BN), a new breastfeeding approach.

Building upon Swedish research, [15,16] BN promotes extended baby holding in postures which are different to those taught conventionally. Mothers are encouraged to lean back; babies lie prone in close frontal apposition with maternal body contours. Piloted in prior work, [17,18] BN appeared to release some primitive neonatal reflex-like movements facilitating breastfeeding.

Primitive neonatal reflexes (PNRs) is a collective name given to a group of inborn unconditioned reflex responses, spontaneous behaviours and reactions to endogenous or environmental stimuli [19]. Pioneering doctors [20-25] described over 50 PNRs some of which are used today in well-known assessment instruments to evaluate neurological well-being. Early clinical work indicated that gestational age, neonatal position and behavioural state influence PNR expression. Therefore, to ensure reliability, Prechtl [21] standardised assessment procedures in a landmark study; each PNR is elicited mid-point between feeds, in specified behavioural states and, in one of three neonatal positions: supine, prone or ventral suspension.

Three PNRs rooting, sucking and swallowing have been studied extensively as feeding stimulants [26,27]. Initially, phylogenetic comparisons of 'rooting' included head, cheek, lip and tongue reflexes [19]. A neurological consensus later reduced human rooting to head-turning in response to cheek or lip stimulation [21-25]. Although most lactation experts concur, the earlier 'rooting' PNRs are sometimes documented. For example, Blass and Teicher [28] include such observations in phylogenetic comparisons of suckling as do Als and colleagues [29,30] and Nyqvist et al. [31] focusing primarily upon human preterm feeding. Widstrom et al., [15] and Righard and Alade [16] added hand-to-mouth, stepping and crawling PNRs observed in term infants held in skin-to-skin contact during the first postnatal hour.

1.1. Aim

PNRs develop during fetal life and can be elicited at birth in all healthy term infants suggesting that they might support feeding regardless of method yet little is known about this potential. Therefore, the aim was to explore the contribution of PNRs to infant feeding describing and comparing those observed during BN and in other feeding positions.

1.2. Research questions

- Does BN trigger PNRs as breastfeeding stimulants? If so, can the components and mechanisms of their interactions be described?
- Which PNRs can be described systematically as playing a role in the feeding context?
- What is the nature of this role and does it differ according to feeding method?
- Are the variables controlled in neurological assessment important in the feeding context?

The focus of this paper is the breastfeeding group.

2. Methods







PNRs have been studied using naturalistic qualitative observations made by baby biographers [32,33] and quantitative methodologies used by doctors [21-25]. Either of these approaches offered a suitable theoretical framework for this study. Together, they provided a strong conceptual foundation enabling the systematic examination of previously defined reflexes in the feeding context. In line with recent mixed-methodological innovations, [34,35] a descriptive, comparative quantitative study nested within a qualitative design was selected effectively supporting two methods of data collection. First one feeding session for each mother-baby pair recruited was videotaped during the first postnatal month, in hospital or at home whichever place was more convenient for the mother. The videotapes recorded behaviours as they naturally occurred using an event sampling strategy and continuous real time measurement. Intervention, suggesting positional modifications, only occurred if mothers experienced feeding problems. Then video clips were extracted and structured quantitative observations undertaken.

Definitions for neonatal positions and 14 PNRs observed during the pilot study were predetermined borrowing and building upon those in the neurological and feeding literature. During data cleansing, six other PNRs were observed and defined along with two additional dynamics: maternal postures and neonatal lie, introduced as a component of neonatal position (Table 1).

2.1. Participants and procedures

Cultural practices can influence the expression of PNRs [41]. Therefore, seeking to minimise ethnocentricity, the study was conducted in SE England and Paris, France. Local ethics committees in both countries and NHS Research and Development Committees in England approved the design and procedures. To control for maturational differences, purposeful quota sampling was used to stratify the term birth weeks (37-40+ weeks). Gestational age was determined by calculating the estimated date of delivery from the first day of the mother's last menstrual period and confirmed by the ultrasound scan date recorded in the mother's notes. In case of discrepancy, the ultrasound scan date was used. Recruitment continued until data saturation was reached, that is until any PNRs observed were described and compared in each gestational stratum. As the lead researcher is

Author's personal copy

Table 1 Operational definitions	
Breastfeeding	Full (exclusive/almost exclusive) partial (high/medium/low) or token (minimal) [36]
Primitive neonatal Reflexes	Collective terminology defining a group of inborn unconditioned reflex responses, spontaneous behaviours and reactions to endogenous or environmental stimuli developing during foetal life and observed in all normal healthy term neonates at birth. [19-25] For the current study, the words 'PNRs' and 'reflexes' are used interchangeably. PNRs observed were defined operationally by using the standardized descriptions, procedures and techniques of elicitation (illustrated by pictures) in the neurological literature [20-25]
Neonatal position	<p>The relationship between the baby's body and the mother's examining three variables: the degree to which the baby's body was (1) facing, (2) touching and (3) in close apposition with a maternal body contour or part of the environment. Three positions were defined:</p> <p>Full-BN: baby's body facing, touching and closely applied to mother's  Partial BN: gap or angle between the two bodies  Non BN: only contact between bodies to breast to mouth </p>
Neonatal lie	The relationship of the long axis of the neonate to that of the mother: three are defined longitudinal, transverse and oblique borrowing from midwifery/obstetrical antenatal terminology. [37]
Neonatal behavioural state	A group of physiological and motor characteristics occurring at the same time indicating levels of arousal including: body, eye and facial movements, breathing pattern and level of response. [38] The six Brazelton and Nugent [24] behavioural states were used: Deep sleep, Light sleep, Drowsy, Quiet alert, Fussy, Crying
Maternal posture	<p>The relationship between the long part of the mother's body and the horizontal axis, defined numerically by approximating the number of degrees in the angle formed at their junction using a protractor.</p> <p>Full-BN: degree of recline $\geq 15^\circ$ to 64°  Partial BN: degree of recline 0° to 14° (flat or side-lying)  Non BN: Degree of recline: 65° </p>
Successful breastfeeding	<p>"Pain-free effective feeding" [[4], p31] using the following validated criteria to evaluate successful milk transfer:[39,40]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presence of rhythmic vigorous age-appropriate sucking with characteristic bursts 2. Visible and/or audible age-appropriate swallowing observed and/or heard 3. Visible ear and/or jaw movement observed during sucking and swallowing 4. Absence of spitting out milk during the feed 5. Increasing frequency and age-appropriate patterns of urine output; pale yellow in colour, characteristic odour 6. Age-appropriate frequency and normal colour patterns of stooling. 7. Pre-post feed observations of nipple shape 8. Baby's lips appear wet after feed 9. Breast appears less full after the feed 10. Baby does not cry post-feed when in mother's arms
Maternal comfort	Assessed through observations scoring the following observable criteria:
Body support	The amount of observed physical support under or around each of 12 maternal body parts from head to feet
Mobility	Observations of whether no hands, one hand or two hands were free, i.e., not holding baby or breast
Pain-free	The mother says that she has no pain (clearly recorded in all the videotapes)
Tension-free	Maternal shoulders appear balanced, not hunched.
'Best' episode	Borrowing from the Brazelton and Nugent concept of 'best performance,' [[24], p10] the episode where the latch was sustained for greater than 1 minute leading to pain-free, effective feeding according to the above definitions of maternal comfort and successful feeding.

Author's personal copy

Table 2 Sample characteristics

Sample size	40	100%
Maternal characteristics		
Mean age at videotape ± SD	32 ± 5.16	
First baby	28	70.0%
Caucasian (14 countries)	34	85.0%
African (1 country)	2	5.0%
Caribbean (1 country)	1	2.5%
Asian (3 countries)	3	7.5%
Labour characteristics		
Spontaneous vaginal birth	26	65.0%
Forceps	3	7.5%
Caesarean section	11	27.5%
Neonatal characteristics		
Gender male	24	60.0%
Mean birth weight ± SD	3286 g ± 473 g	
Range birth weight	2200-4410 g	
Gestation (37 weeks)	4	10.0%
Gestation (38 weeks)	8	20.0%
Gestation (39 weeks)	5	12.5%
Gestation (40+ weeks)	23	57.5%
Age at video		
≤ 7 days old at video	18	45.0%
8-14 days old at video	12	30.0%
15-31 days old at video	10	25.0%

bilingual, English and French-speaking women over 18 were eligible if they had risk-free pregnancies, healthy term infants whose Apgar score was ≥ 9 at 5 min and agreed, in

principle, to have a feeding videotape made in the first postnatal month. During recruitment, mothers received oral and written information about the study and were advised to consider their possible reactions to being filmed including the likelihood of facial recognition. To enable mothers to withdraw at any time, consent was obtained in two phases; the first consent form was signed after videotaping. During a follow-up visit, mothers viewed the video and shared personal experiences; breastfeeding duration was recorded. Mothers then decided whether to have facial blurring and signed the second consent form agreeing that video clips could be used for research and educational purposes. Starting in January 2003 and continuing for 18 months, a convenience sample of 40 mother-baby pairs meeting the inclusion criteria was recruited.

2.2. Data analysis

To extract clips for analysis, the video data were cleansed defining sittings and episodes thus systematising the scope within which PNRs could be examined. Twenty-four hours of footage comprising a total of 93 episodes occurring in 50 sittings were recorded. Each episode was divided into three time periods: pre-feed, latch and ingestion. Then PNRs observed at the three time-points were identified and described followed by interpretations concerning PNR type, function and mothers' comments, where available. Initial associations between the number of PNRs observed and the salient neurological variables were explored. A time-point sampling technique usually implies consistent periods; however that was not the case here. Although some babies fed quickly and

Table 3 Feeding reflexes, type and function

Reflex	Sample		Full BN posture		Partial/non BN posture		Type	Function
	40	100.0%	17	42.5%	23	57.5%		
Hand to mouth ^a	25	62.5%	10	58.8%	15	65.2%	E	1
Finger flex/extend	38	95.0%	17	100.0%	21	91.3%	E	1
Mouth gape	40	100.0%	17	100.0%	23	100.0%	E	1
Tongue dart, lick	24	60.0%	14	82.4%	10	43.5%	E	1
Arm cycle ^a	37	92.5%	15	88.2%	22	95.7%	E	1
Leg cycle ^a	39	97.5%	17	100.0%	22	95.7%	E	1
Foot/hand flex	5	12.5%	2	11.8%	3	13.0%	E	1
Head lift ^a	19	47.5%	13	76.4%	6	26.1%	AG	1
Head right ^a	12	30.0%	9	53.0%	3	13.0%	AG	1
Head bob/nod ^a	26	65.0%	16	94.1%	10	43.5%	AG	1
Root ^a	38	95.0%	17	100.0%	21	91.3%	E,M	1
Placing	17	42.5%	14	82.4%	3	13.0%	M	1
Palmar grasp	40	100.0%	17	100.0%	23	100.0%	M	1,2
Plantar grasp	34	85.0%	17	100.0%	17	73.9%	M	1,2
Babinski toe fan	35	87.5%	16	94.1%	19	82.6%	M	1,2
Step (withdrawal)	31	77.5.0%	17	100.0%	14	60.9%	M	1,2
Crawl	14	35.0%	13	76.5%	1	4.3%	M	1,2
Suck	40	100.0%	17	100.0%	23	100.0%	R	2
Jaw jerk	40	100.0%	17	100.0%	23	100.0%	R	2
Swallow	40	100.0%	17	100.0%	23	100.0%	R	2

Reflex type: E endogenous, M motor, AG anti-gravity, R, rhythmic.
Functional Interpretation: 1. Find/Latch 2. Milk transfer.
^a PNRs observed as breastfeeding stimulants in full BN postures and barriers in partial and non BN postures.

Table 4 Maternal posture and baby position at 'best' episode

	Breastfeeding group n=40 (100%)					
	Latch n (%)			Ingestion n (%)		
	Full BN	Partial BN	Non BN	Full BN	Partial BN	Non BN
Posture	16 (40%)	2 (5%)	22 (55%)	17 (42.5%)	2 (5%)	21 (52.5%)
Position	14 (35%)	26 (65%)	0 (0%)	30 (75%)	10 (25%)	0 (0%)

effectively, others experienced difficulties, resulting in a varying number of episodes for each mother-baby pair. The concept of "best performance," [24, p10] with successful breastfeeding as the main outcome measure, was used to select the 'best' feeding episode to examine accuracy and repeatability of the observations. An overview of these extracts was co-viewed with a neonatologist (JMH) to develop procedures.

2.3. Inter-observer test procedures

Three health professionals, a second neonatologist (JHM) an osteopath (TG) and a lactation consultant (PP) examined over 20% of the data selecting clips of the 'best' episode, some at random, from babies exhibiting the most and the least PNRs. A mean and an aggregate internal reliability coefficient were calculated for each pair of observers using an adaptation of the Spearman-Brown formula[42].

3. Results

No mother withdrew and three requested facial blurring. Table 2 summarises sample characteristics. All mother-baby pairs achieved successful feeding during the 'best' episode.

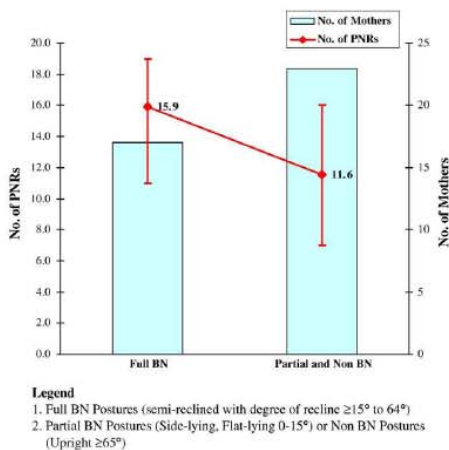


Figure 1 Maternal postures and primitive neonatal reflexes 'best' performance episode.

Breastfeeding continuance was 100% at six postnatal weeks (87.5% (n=35) fully and 12.5% partially).

Twenty PNRs were described, identifying four types—endogenous, motor, anti-gravity and rhythmic. These were clustered into two functional groups—finding/latching and milk transfer (Table 3). The mean observer-to-observer correlation was 0.82 and the aggregate inter-rater reliability score was 0.93. There was no association apparent between the presence and number of PNRs and gestational age, age at video, neonatal behavioural state and ethnicity.

During the 'best' episode, just over half of the mothers (n=21) were upright (non BN postures) with two in partial BN postures (one flat lying, one side-lying); the remainder (n=17) were in full BN semi-reclined postures. All babies were in either full or partial BN positions (Table 4). The mean number of PNRs observed when mothers were in partial and non BN postures was 11.6 compared to 15.9 when they were in full BN postures (Fig. 1). A significantly greater number of PNRs was observed aiding latch and sustaining feeding when mothers were in full BN postures ($p < 0.0005$ level (two-tailed unmatched *t* test; $t = 5.42$, $df = 38$). Although the total duration of feeding observations was greater in the full BN postural mothers (mean = 23'54") compared to the non and partial BN mothers (mean = 23'11"), this time difference was not significant. Interactions between full BN postures and positions, identified as the main components, were witnessed to be associated with PNR release as breastfeeding stimulants. When mothers encountering problems changed to full BN postures, gulping and gagging diminished, the baby often became the active agent controlling the feed, aided by the different types of PNRs.

4. Discussion

This study, to our knowledge, is the first to describe a significant impact of maternal postures upon breastfeeding. In addition, whilst previous studies have looked at the role of rooting, sucking and swallowing, the current study maps a further 17 PNRs in the feeding context. Results build upon Peiper's [19] work, neurological assessment procedures [20-24], phylogenetic comparisons [27,28] and postures observed in a Swedish research [15,16]. Our findings develop further our understanding of the neurobehavioural contribution of PNRs to breastfeeding from birth to four weeks.

The mixed methods approach is a main feature of the study as it could be argued that without the event sampling technique undertaken in qualitative observations, the range of maternal postures releasing neonatal reflex activity may not have been observed. Therein also lay the study's limitations as neither causal nor predictive relationships can be

unequivocally established. For example, the statistical tests applied showed high inter-observer agreement but this was only a first pass of the data examining the feasibility that those PNRs observed had a feeding role within the confines of descriptive work. Likewise, the cultural diversity of the sample is not representative and the high rate of breastfeeding duration needs to be interpreted with caution. The quota sampling technique was used to ensure that PNRs could be described across term gestations, the convenience sample was small, designed to tease out the components of BN and, to show if and how they interacted. It was not designed to examine relationships, significance or effect.

Discussion of observations of the four PNR types can help to clarify their role.

4.1. Endogenous reflexes

Endogenous reflexes often seemed to be released by thin air. Peiper [19] termed this phenomenon a 'vacuum' incentive or response without apparent stimulus. Endogenous PNRs were observed in the pre-feeding context as hunger cues or surprisingly, at inter-episode intervals when mothers put their babies down thinking that hunger was satiated. These latter behaviours appeared to indicate a need to 'comfort suck' or be in arms corroborating work by Blass and Teicher [28] highlighting the multi-functional nature of suckling.

Matthiesen et al. [43] observed neonatal 'hand massage' during the first postnatal hour prior to sucking. Correlating with high maternal oxytocin release, their data suggest that this innate kneading may prepare lactation like some animals do, using their paws or heads [20,28]. In the current study, head bobbing and finger flexion/extension were observed prior to latch during the first postnatal month. Although no blood samples were taken, strong nipple erection was observed suggesting replication and developing further the Matthiesen et al. [43] findings.

Brazelton and Nugent [24] describe the hand-to-mouth reflex as both an organisational aid and a self-comforting activity. Here, hand-to-mouth was observed to trigger mouth gape, rooting and sucking as pre-feeding cues or during latch, substantiating findings by Widstrom et al. [30] However, contrary to their findings, sequences were not well defined; the order of PNRs was unpredictable in the current study, appearing to change according to contemporaneous need, making each episode unique.

4.2. Motor PNRs

Consistent with neurological procedures, [21-25] when mothers leaned back the baby's feet tops brushed against the maternal body surface triggering placing; brushing of the foot sole released stepping, sometimes termed the withdrawal reflex. Together with crawling movements these PNRs appeared to propel the baby upwards. However, babies often needed help from their mothers to find the breast. During BN, few mothers held babies in arms applying pressure on the baby's back. Instead, mothers' bodies provided a foundation, their arms the boundaries, their fingers stroking guidance, triggering and channelling the number and type of PNR needed to help the baby latch and feed. Surprisingly, this individualised choreography revealed emerging sequential

patterns of instinctual maternal behaviours. Having provided the necessary degree of slope and body space containing the food, there was a characteristic pause; mothers waited, and then holding the baby in ways mimicking the neurologically-defined position of ventral suspension [21-25], mothers orientated the baby on their body, setting off variable chains of reflex reactions enabling motility. During BN mothers appeared to trigger instinctively the right reflex at the right time.

A strong foot-to-mouth association at latch was noted. Mothers had hands free and spontaneously stroked their baby's feet triggering the Babinski reflex and toe grasping, releasing lip and tongue reflexes simultaneously. This foot-to-mouth connection was not as apparent when mothers sat upright, possibly because mothers' hands often supported both the baby and breast; babies' legs and feet were often exposed to thin air which also may have muted the brushing required to stimulate the reflexes.

4.3. Rhythmic PNRs

Sucking and swallowing occur in patterns of rhythmic bursts [20-27]. Here, the jaw jerk reflex also had a rhythm. Prechtl [21], p18] details how to elicit the jaw jerk: "a short sharp tap delivered to the chin" releases a "quick contraction of the masseteric muscles lifting the chin". Interestingly, this procedure may explain why lactation experts suggest attaching the baby to the breast 'leading in with the chin' and assessing cheek and ear movement during suckling. These observations offer neurobehavioural explanations to substantiate 'P&A' skills-teaching techniques and current lactation assessments [3-8,39,40]

When mothers were in full BN postures however, babies lay on top. The assessment of chin position became unnecessary as gravity ensured a close fit between maternal breast and neonatal facial tissue. Aided by gravity even a receding baby chin taps rhythmically against the mother's breast promoting deep suckling and releasing the cadenced Masseter ear/jaw movements indicating successful milk transfer.

4.4. The mechanisms of biological nurturing

Understanding the reflex mechanisms was not straightforward as close analysis of the videotaped data revealed that PNRs did not always help. Sometimes the reflexes appeared as a hindrance. In other words, the same reflexes could act as feeding stimulants observed as finding behaviours enabling latch and milk transfer or as barriers, inhibiting attachment and successful breastfeeding. An understanding of how maternal posture affected the anti-gravity reflexes may shed some light upon these phenomena.

A mechanism can be defined as "a system of mutually adapted parts working together"[[44], p1728]. Here, semi-reclined BN postures seemed to maximise the 'tummy to mummy' position currently prescribed in the breastfeeding literature [3-9]. The full BN postural range appeared to mandate neonatal ventral positions where the lie, or the direction of the position, varied around the breast like the hands of a clock. However, when mothers fed upright, the baby's position was frequently defined as partial BN with an inflexible transverse lie. Changing to a full BN posture



Figure 2 Stimulation or inhibition: the dual feeding role of primitive neonatal reflexes.

appeared to be a catalyst releasing a chain reaction giving direction to how the positional components interrelated and interacted. Full BN postures opened the maternal body instantly eliminating any gap or angle between the mother's body and the baby's chest and often changed the lie from transverse to oblique or longitudinal. These dynamics immediately increased the manoeuvrable space available to the neonate. Gravity seemed to maintain the baby's body in situ

and the close body apposition released neonatal locomotion. Regardless of skin-to-skin contact, when a baby lies prone but tilted upward on a gently sloping maternal body, gravitational forces attract the baby's body mass towards the centre of the earth; the slope is not steep enough to inhibit motility. The only anti-gravity movements required are head righting and lifting, both of which are developmentally mature and available to the neonate as PNRs.

4.5. Reflexes as feeding barriers

When mothers fed upright, spontaneous head lifting, head righting, rooting and head bobbing were observed appearing to be released by back compression together with chest brushing. Instead of aiding latch, these irregular, jerky movements had the opposite effect. Mothers often reacted by tightening their grip. Compelling visual data here suggest that upright postures often hamper latch apparently by gravitational forces resulting from the steep maternal body gradient. The more upright the mother sat, the greater the pull of gravity appeared, dragging the baby outwards away from her body and downwards towards the pillow or her lap, thus reducing feeding efficacy and often creating discouragement or a degree of anxiety in mothers. With increasing stimulation but no sustained latch, these erratic movements intensified, often accompanied by back arching, hand-to-mouth PNRs and arm and leg cycles, perceived as thrashing and flailing or punching and kicking. Upright mothers often said: *My baby prefers sucking on his hand; he fights the breast or does not like breastfeeding*. These negative movements are documented by Gunther [45] as breast fighting, Gohil [46], p269] as "breast boxing" and by the Baby Friendly Initiative (BFI) [47], p94] as "apparent but not real breast refusal".

Peiper [20] describes a 'pendular' head bobbing movement in the midline as a vacuum reflex; whereas Andre-Thomas et al., [22] and Prechtl [21] observe 'search automatisms' thought to be part of the 'rooting' complex enabling the abdominal feeding animal, such as the puppy or hamster to locate and latch onto the nipple. Peiper [20], p412] suggests opposing feeding mechanisms between animal and human: the newborn animal can move head and neck both horizontally or vertically with or without spinal rotation where the "pivot point is fixed on the cervical spine". In contrast, the human neonate, feeding in a dorsal position, "turns his head around the spinal axis;" pendular head movement is restricted by pressure on the baby's back.

This investigation brings to light that the human neonate, like some of his mammalian cousins, also displays this vertical fixed-point head-bob without apparent head rotation. One of the mothers who spontaneously reclined at 25° to initiate feeding noticed these movements, remarking: my baby latches on "by tapping her head just like a woodpecker!" During BN pendular head movements resembled nodding, having finding and latching functions whereas in upright maternal postures, the response was often perceived as head butting. Fig. 2 displays storyboards contrasting these mechanisms. During BN, the cardinal reflexes defined by Andre-Thomas et al. [22] are stimulated simultaneously releasing mouth gape, pendular and rotational rooting or what Blass and Teichner [27] term 'scanning'. In BN postures, there was no need to line up nose to nipple and wait for mouth gape or to assess tongue position as suggested by those teaching 'P&A' skills [3-9,39,40]. Gravity pulled the baby's chin and tongue forward. Together the anti-gravity reflexes often triggered the degree of mouth opening needed to achieve pain-free, neonatal self-attachment even when the baby appeared to be in light sleep.

From a purely mechanistic perspective, these observations suggest that early feeding behaviours are innate, not learned on the part of both mother and baby, thus challenging

the skills-teaching approach to initiate breastfeeding. Our findings may help to explain unexpected results [10-14]. Henderson et al. [10], p241] hypothesizing that skills-teaching increases breastfeeding duration, could not "rule out that the intervention may have contributed to the lower breastfeeding duration and less satisfaction with breastfeeding" found in the 'taught' group. Two explanations come to mind: first, the skills-teaching approach uses fixed positional systems that we have observed to close the maternal body, often releasing PNRs hindering attachment. Second, teaching requires focused attention on the part of the learner, in turn stimulating thinking. Not only can cognition override innate behaviours [48] but neocortical stimulation may inhibit the release of oxytocin [49]. Swedish researchers [50] have shown a strong link between high oxytocin pulsatility on the second postnatal day and increased breastfeeding duration.

Our findings suggest that, the principle component of BN, a range of semi-reclined maternal postures, releases those PNRs pivotal to the establishment of breastfeeding. However, these descriptive results are preliminary and speculative; experimental work is needed to compare the promotion of Biological Nurturing upon breastfeeding duration with the widespread skills-teaching approach.

Acknowledgments

This study was supported by a PhD studentship awarded by the Graduate School at Canterbury Christ Church University. Special thanks to Professor Susan Holmes and Professor Andree LeMay, academic supervisors for the PhD and to Philippa Parrett and Tom Greenfield who assisted in observations of inter-observer agreement. Color figures were funded by a research grant awarded by Canterbury Christ Church University. The authors are particularly grateful to the mothers who participated in the study giving permission to use their pictures and share their experiences.

References

- [1] Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thornton K. Infant feeding survey 2005-2007, The Information Centre, London.
- [2] Renfrew M, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding systematic review. National Institute for Health and Clinical Excellence Mid City Place 71 High Holborn London, UK WC1V 6NA; 2005.
- [3] Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery* 1986;2:164-71.
- [4] Renfrew M, Woolridge MW, McGill HR. Enabling breastfeeding. London, UK: TSO; 2000.
- [5] Royal College of Midwives. Successful breastfeeding. 3rd Edition. London: Churchill Livingstone; 2002.
- [6] Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
- [7] Inch S, Law S, Wallace L. Hands off! the breastfeeding best start project (1). *The Practising Midwife* 2003;6(10):17-9.
- [8] Renfrew M, Fisher C, Arms S. Bestfeeding: getting breastfeeding right for you. 3rd Edition. Berkeley, Calif: Celestial Arts; 2004.
- [9] Demott K, Bick D, Norman R, et al. Clinical guidelines and evidence review for post natal care: routine post natal care of

- recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners; 2006.
- [10] Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001;28(4):236-42.
- [11] Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomized open trial. *Br J Obstet Gynecol* 2003;110:847-52.
- [12] Forster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenstrom U, Amir L. Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Birth* 2004;31(3):176-82.
- [13] De Oliveira LD, Giugliani ERJ, et al. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact* 2006;22(3):315-21.
- [14] Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM. A randomized-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breastfeeding duration. *Midwifery* 2006;22(3):262-73.
- [15] Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta Paediatr Scand* 1987;76:566-72.
- [16] Righard L, Alade MO. Effects of delivery room routines on success of first feed. *Lancet* 1990;336:1105-7.
- [17] Colson S. Biological suckling facilitates exclusive breastfeeding from birth a pilot study of twelve vulnerable infants. 2000; London, UK: London South Bank University MSc Dissertation.
- [18] Colson S, DeRooy L, Hawdon J. Biological nurturing increases duration of breastfeeding for a vulnerable cohort. *MIDIRS Midwifery Digest* 2003;13(1):92-7.
- [19] Touwen BCL. Primitive reflexes—conceptual or semantic problem? In: Prechtl FR, editor. Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life. Clinics in dev med Spastics Internat Medical Publications. London: MacKeith Press; 1984. p. 115-25.
- [20] Peiper A. Cerebral Function in Infancy and Childhood 1963; (3rd Edition, tr Nagler, B., Nagler, H.) New York, NY: Consultants Bureau.
- [21] Prechtl H. The neurological examination of the full term newborn infant. Clinics in Developmental Medicine, Spastic International Medical Publications, 2nd Edition, vol. 63. London, UK: William Heinemann Books Ltd; 1977.
- [22] André-Thomas Chesni Y, Saint-Anne Dargassies S. The neurological examination of the infant. London, UK: The Medical Advisory Committee of the National Spastic Society; 1960.
- [23] Amiel-Tison C, Grenier A. La Surveillance Neurologique au cours de la Première Année de la Vie. Paris, France: Masson; 1984.
- [24] Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal behavioral assessment scale. 3rd Edition. London, UK: MacKeith Press; 1995.
- [25] Dubowitz L, Dubowitz V, Mercuri E. The neurological assessment of the preterm and the full term newborn infant clinics in developmental medicine no. 79. Spastics International Medical Publications. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1999.
- [26] Weber F, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonographic analysis of sucking and swallowing in newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:19-24.
- [27] BuLock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:669-78.
- [28] Blass EM, Teicher MH. Suckling. *Science* 1980;210(3):15-22.
- [29] Als H, Lawhon G, Duffy F, McAnulty G, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infants. *JAMA* 1994;272:853-8.
- [30] Als H. Manual for the naturalistic observation of newborn behavior. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Boston: The Children's Hospital; 1995.
- [31] Nyqvist KH, Sjoden P, Ewald U. The development of pre-term infants breastfeeding behaviour. *Early Hum Dev* 1999;55:247-64.
- [32] Preyer W. The mind of a child. In: Brown NW, editor. Part I: the senses and the will. New York, NY, USA: Appleton; 1893. Trans.
- [33] Darwin C. Biographical sketch of a small child. 1872 cited in Peiper A, (tr Nagler, B., and Nagler, H.) Cerebral Function in Infancy and Childhood. New York: Consultants Bureau; 1963:417.
- [34] Tashakkori A, Teddlie C. Mixed methodology combining qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications; 1998.
- [35] Creswell JW. Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2nd Edition. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications; 2003.
- [36] Labbok M, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning* 1990;21:226-30.
- [37] Henderson C, MacDonald S. Mayes' midwifery. 13th Edition. London, UK: Balliere Tindall; 2004.
- [38] Wolff PH. Observations on newborn infants. *Psychosomatic Medicine* 1959;21:110-8.
- [39] International Lactation Consultant Association. Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. Washington DC, USA: US Maternal-Child Health Bureau; 1999.
- [40] Walker M, editor. International Lactation Consultant's Association: core curriculum for lactation consultant practice. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2002.
- [41] Nugent JK, Lester BM, Brazelton TB, editors. The cultural context of infancy. Biology, Culture and Infant Development-Norwood, NJ, USA: Ablex; 1989.
- [42] Rosenthal R, Rosnow RL. Essentials of behavioural research: methods and data analysis. 2nd Edition. Boston, MA, USA: McGraw-Hill; 1991.
- [43] Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
- [44] Brown L. The new shorter Oxford dictionary. 5th Edition. Oxford, UK: Oxford University Press; 1993.
- [45] Gunther M. Instinct and the nursing couple. *Lancet* 1955;265(6864):575-8.
- [46] Gohil JR. Boxing neonate on an engorged breast, a new behavior identified. *J Hum Lact* 2006;23(3):268-9.
- [47] World Health Organization. Breast-feeding management: a modular course. London, UK: WHO/UNICEF; 1997.
- [48] Carlson NR. Physiology of behaviour. 5th Edition. Boston: Allyn and Bacon; 1994.
- [49] Odent M. The scientification of love. London UK: Free Association Books; 1999.
- [50] Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* 1996;45:103-18.

Mesa 4: “Pezón doloroso”

Lesiones del pezón. Prevención y manejo.

Jack Newman.

MD, FRCPC. Toronto

Sore nipples and sore breasts

Jack Newman, MD, FRCPC

Sore nipples

- ❖ It's *not* normal to have sore nipples when breastfeeding. *Common*, yes, but it *should not be*.
- ❖ What about during the first few days?
 - Maybe.
 - But mild tenderness only.
 - Never enough to make a mother dread breastfeeding or hesitate to put the baby to the breast.
 - But even mild pain can be improved by the latch being improved.

When treatment is delayed



Prevention is the best treatment

- ❖ As good a latch as possible as soon as possible after birth
- ❖ Start breastfeeding early
 - encourage self-attachment
- ❖ No breastfeeding "by the clock"
- ❖ Avoid engorgement
 - Good latch
 - Effective feeding from the first
- ❖ Avoid artificial nipples



Engorgement is preventable



If sore nipples *do* occur?

- ❖ Start treatment early
 - Get the best latch possible!
 - "Finish" side one *before* offering the second.
 - Use compression
 - The baby drinks more and longer;
 - he's satisfied longer;
 - the mother does not have pain when the baby *drinks* and does not nibble.
- ❖ Exposing nipples to the air may help



All purpose nipple ointment

- ❖ Exactly, *all purpose*, helps *most* mothers, whatever the cause of soreness.
 - ❖ Contains:
 1. Mupirocin ointment 2%: 15 grams
 2. Betamethasone ointment 0.1%: 15 grams
 3. To which is added miconazole powder so that the final concentration of miconazole is 2%
- total is 30 grams +/-

Getting the ointment

- ❖ It's not always easy to get
- ❖ Compounding pharmacies usually seem to manage
- ❖ Finding a compounding pharmacy
 - Go to <http://www.iacprx.org/>
 - click red box "For patients, pet owners"
 - which leads to "Find a compounding pharmacy near you"

Let's rethink at a few common approaches to "helping" with sore nipples

Take the baby off the breast?

- ❖ No! No! Unless it's absolutely impossible for the mother.
- But how did we allow things to get to that point?
- ❖ When I hear: "they suggested I take the baby off the breast at 2 days", I must ask, "was everything less drastic *really* tried?"
- Even just waiting until the milk "comes in"...
- ❖ Before taking the baby off the breast, what about using a lactation aid to supplement? (bottom of the list of things to try, though *above* taking the baby off the breast)

A good idea? 1

- ❖ I had experienced crack bleeding nipples & yeast infection.
- I have been prescription medication for these problems.
- I was told to use the bottle while the infection goes away.
- Now, Nathan doesn't want to take the breast & prefers the bottle.
- ❖ Did we really make this better for the mother?

A good idea? 2

- ❖ I have started pumping exclusively (I offer my baby the breast only sporadically, as he sucks thru a nipple shield only¹) after the pain became too much with the baby sucking....
- Oh, I loved having him at my breast.
- He also enjoyed it very very much....
- I want him back at my breast what can I do?
- ¹My comment—aaarggh, nipple shields!!!!

Does taking the baby off the breast work?

- ❖ Sure, sometimes it does, especially if the mother has a lot of milk
- ❖ But often it does *not*
- For some mothers pumping is almost as painful as giving the breast and/or...
- The mother puts the baby back to the breast, and pain starts again and/or...
- Milk supply decreases and/or
- The baby refuses to go back to the breast

Typical email received

- ❖ “Now that my sores are better i tried to latch her on with success but for some reason she starts crying during the feeding and flinging her head from side to side while she’s latched. Seems like she in not being satisfied...any thoughts?”
- ❖ Those who do not believe “nipple confusion” exists—Any thoughts?

Relatch over and over?

- ❖ “If it hurts, the latch is not good.” True.
- ❖ “So take the baby off and try again.”
- ❖ So is this good strategy?
- Often, the mother gets 5 painful latches instead of 1, causing 5 times as much damage.
- ❖ And the mother and baby are both frustrated.
- ❖ Who knows how many babies develop breast aversion with this strategy?

The less sore breast first

- ❖ There are babies who always open wide
- If that’s the case, start with the less painful breast
- ❖ Others don’t open so well when they are less hungry
- In that case, it makes sense to start on the more painful side first

Let’s try a nipple shield?

- ❖ I think this is basically a useless tool for nipple pain.
- Furthermore, it can be worse than useless as it may result in a decrease in milk supply.
- ❖ But, every so often I hear a mother say the nipple shield allowed me to continue.
- ❖ But, I’ll bet other approaches *started early* would have helped.

From an email

- ❖ “The lactation consultant also provided me with a nipple shield to use, but the pain was even worse when I used it. It was extreme pain and burning sensation and it lasted for a while after feeding, so I stopped using it.”

Another email

- ❖ I am desperate for help with breastfeeding my son. He is now 9 weeks old and I have been to 3 different clinics for help with this matter.
- ❖ When I first started breastfeeding my nipples became very sensitive and soon after blistered and scabbed. I then began using breast shields which helped tremendously, however I stopped using them because my son would fall asleep within minutes of being on my breast, thus never getting a complete feeding...and he would be awake within an hour crying for food.

Another email, continued

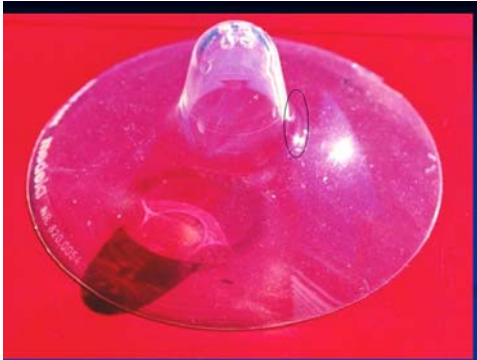
- ❖ I then began to pump my milk and feed it to him in a bottle...this worked well for a few weeks...however I now have a majorly cracked nipple which I can no longer pump AND my milk supply is not keeping up with his needs. I can only pump 4 oz. every 3-4 hours...so I have been forced to supplement with formula.
- ❖ I would love to continue breastfeeding however I am at my wits end!

Injury due to a nipple shield



From an email

- ❖ I developed several cracks on my right nipple which were excruciatingly painful because my baby would not latch onto my left breast.
- ❖ I used an Avent nipple shield for a week to help speed up the healing process with poor results.
- ❖ Initial latch would make me cry even with the shield.
- ❖ My breasts felt on fire which I thought was due to engorgement.



Nipple stuck to a breast pad



Aside

- ❖ Painful nipples?
→ *usually* means a poor latch.
- ❖ Nipples are not painful?
→ does *not* mean a good latch.

Factors *other than or in addition to* a poor latch which may aggravate or cause sore nipples

Bacterial overgrowth

- ❖ Typically, abrasions of the nipple and areola are colonized with *Staphylococcus aureus*
- ❖ Antibacterial creams and ointments have been used for years to treat sore nipples, sometimes with success
- ❖ This is the reason for using **mupirocin** in the all purpose nipple ointment

Raynaud's phenomenon (vasospasm)

- ❖ Almost always, secondary to some other cause of nipple pain
- *fix the primary cause*, and the vasospasm disappears too, usually within a few days or a week
- ❖ But it can occur without previous nipple trauma. Some mothers start getting it during pregnancy.

Raynaud's phenomenon (vasospasm)

- ❖ A burning pain, starting *after* the baby is taken off the breast, associated with a blanching of the nipple is diagnostic.
- ❖ Throbbing pain may come on when the nipple returns to it's normal colour as blood returns into the nipple.
- ❖ The pain can shift back and forth between burning and throbbing as blood vessels presumably go into spasm and then dilate and then go into spasm again and etc. etc.

Dermatological conditions

- ❖ Usually come on later than the first few days or weeks.
- If present before the birth, the condition should have been treated *before* birth!
- ❖ Don't appear to be very common
- ❖ Treating the dermatological problem treats the pain
- ❖ One of the reasons for having the **steroid** in the all purpose nipple ointment (APNO)

Contact dermatitis

- ❖ Many women have been using all sorts of ointments and creams for their sore nipples for prolonged periods of time
- ❖ Consider contact dermatitis as one cause of persistent sore nipples. *Lanolin* can cause contact dermatitis and does so not uncommonly.
- ❖ Another reason for the **steroid** in the "all purpose nipple ointment"

Candida albicans

- ❖ Is not rare as a cause of nipple pain
- ❖ Typical is onset of nipple pain after a period of pain free breastfeeding: *but not always*.
- ❖ Typically described as burning
- ❖ Pain often lasts throughout the feeding, even after the feeding is over
- ❖ The reason for the **miconazole** (and **mupirocin**) in the APNO

Milk blister or "bleb"

- ❖ Another cause of *late onset* nipple pain
- ❖ Often associated with blocked ducts, but the relationship is not clear
- ❖ Is it due to *C. albicans*?
- ❖ Treated with puncturing (gives immediate relief) and then using the all purpose nipple ointment (APNO)

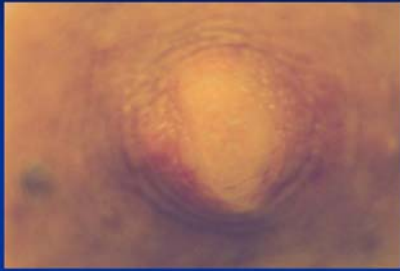
Neuropathic pain

- ❖ A poorly understood type of pain
- ❖ Could be the cause of continued pain in women for whom nothing seems to work
- ❖ The nipple may have no visible sign of trauma, yet the mother has severe pain, which has continued for a long time
- ❖ Treatment with amitriptyline 10-25 mg three times a day may be effective
- ❖ Gabapentin, starting at 100 mg tid and working up to 1000 mg/day +, is perhaps the drug of choice now, because of safety

Vasospasm: starting



Vasospasm



Video vasospasm 190108

Atopic dermatitis (eczema)



Atopic or contact dermatitis



“Eczema”

- ❖ *Persistent* (more than a few weeks), especially *unilateral* eczema that does *not* respond to treatment?
- Consider Paget's disease of the breast
- A sign of breast cancer

Psoriasis



Milk blisters



Milk blister: note redness



Blister did not pop



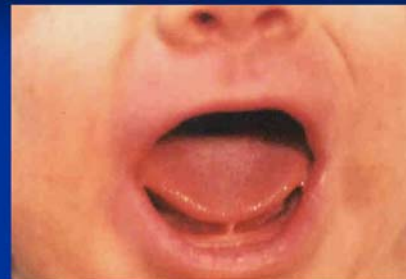
What's this?



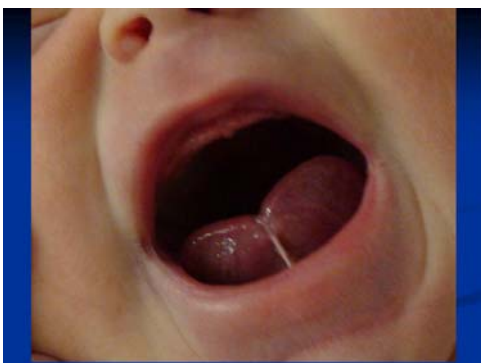
Tongue tie

- ❖ Can a tongue tie interfere with breastfeeding? Yes!
- ❖ Can it cause sore nipples? Yes!
- ❖ How?
 - Because a tongue tie interferes with the way the baby latches on, and a poor latch can cause sore nipples (and poor intake of milk).
 - Not always, because breastfeeding can work even with the baby's having a poor latch.

Tongue tie



Tongue tie



Study from the ENT literature

- ❖ Messner AH, et al. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 Jan;126(1):36-9
- 1041 newborns examined
- Incidence of 4.8% of newborns (N=50)
- Males > Females (2.6:1 ratio)

Results

- ❖ 25% affected infants had difficulty breastfeeding
- ❖ 3% of control infants had difficulty breastfeeding
- ❖ P<0.01
- ❖ No frenotomies performed
- ❖ Conclusion: ankyloglossia can negatively impact breastfeeding

Another study

- ❖ Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110 www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/5/e63
- Significant improvement in both latch and/or nipple pain after frenotomy

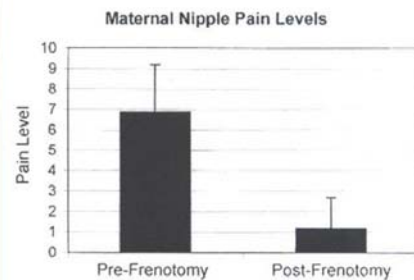


Fig 3. Maternal nipple pain before and after the frenuloplasty. Pain levels decreased significantly after the procedure.

Yet more studies

- ❖ Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246-50
- ❖ Amir LH, James JP, Beatty J. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. *J Paediatr Child Health* 2005;41:243-45
- ❖ McBride C. Tongue-tie. (editorial). *J Paediatr Child Health* 2005;41:242

Review of literature

- ❖ Hall DMB, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child.* 2005;90:1211-15
- Several conclusions, none definite, but:
 - “The diagnosis should rest primarily on observation and analysis of feeding difficulties rather than the static appearance of the tongue”

Yet another study, with *mock* clipping of the frenulum

- ❖ Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni F. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breastfed infants with ankyloglossia: a randomized prospective study. *J Pediatr Surg* 2006;41:1598-1600
- “There was a significant decrease in pain score after frenotomy than after sham (p=0.001).”
- “Frenotomy appears to alleviate nipple pain immediately after frenotomy.”

Study using ultrasound

- ❖ Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188-e194
- ❖ Conclusion: “Infants with ankyloglossia experiencing persistent breastfeeding difficulties showed less compression of the nipple by the tongue postfrenulotomy, which was associated with improved breastfeeding defined as better attachment, increased milk transfer and less maternal pain.”



Video *Tongue tie—very obvious*



Video *TT, release*

Causes of burning pain

1. *Candida albicans*
2. Vasospasm (Raynaud's)
3. Dermatologic conditions, especially atopic dermatitis, contact dermatitis
4. Neuropathic pain (?)
5. Chronic pain syndrome (?)

Causes of late onset nipple pain

1. *Candida albicans*
2. Dermatologic conditions
3. Nipple blisters
4. Neuropathic pain
5. Baby biting (but not just because he has teeth)
 - > Often due to a decrease in milk supply and/or frequent use of bottles
6. New pregnancy

However, *remember* that one cause of pain may blend into another, making it seem as if the pain is continuous since the baby's birth



Tratamiento de la mastitis.

Jack Newman.

MD, FRCPC. Toronto

Blocked ducts and mastitis

Prevention and treatment

Prevention

- ❖ Prevention is always the best treatment
- Get the best start possible
- Get the best latch possible as soon as possible
- No feeding by the clock
- “Finish” the first breast before offering the other

Blocked ducts

- ❖ Painful firm swelling in the breast
- ❖ Skin may or may not be red
- ❖ Onset is *usually* quite rapid
- ❖ Not *usually* associated with fever, but may be
- ❖ Baby often finds it difficult to get milk from the breast (pulls, cries, tries again)

Treatment of blocked ducts

- ❖ Usually, actually, they will get better by themselves, within 24 to 48 hours
- ❖ Rest, heat, continue breastfeeding
- ❖ Something for pain
- ❖ Massage, compression to help empty the blocked duct
- ❖ Ultrasound if there is no resolution in 24-48 hours

Dosage of ultrasound

- ❖ 2 watts/cm², continuous, for five minutes to the affected area, once daily, for up to 2 doses
- ❖ Will usually cause resolution of the block within 4-8 hours
- ❖ If no relief with two treatments, three or more treatments will not make a difference, usually

Notes on use of ultrasound

- ❖ Success depends very much on the experience of the technician
- ❖ Some physiotherapists consider this a large dose
- ❖ Often the physiotherapists do not want to use it if there is a chance of infection (apparently ultrasound may cause spread of infection)
- ❖ What about an electric toothbrush?

From an email

❖ I had a plugged milk duct that persisted for four and a half days and nothing I tried would get it to release. I get clogs every few weeks (my son is 10 months old), but they always go away after a day or two with massage and heat. Not this one, though. I had called my lactation consultant and my OB and neither could think of anything new to try. Fearing a wicked bout of mastitis, I found your article online about using ultrasound. My OB was all for trying it and after 2 treatments I was free of the clog. Talk about relief! Now I know that if this happens again I do not need to worry so much because I have a treatment available.

Recurrent blocked ducts

- ❖ Best treatment is *prevention*
- ❖ And the best way to prevent recurrent blocked ducts:
 1. As good a latch as possible
 2. “Finish” one side before offering the other

Also may be useful

- ❖ Lecithin: 1200 mg (liquid or capsule) 4 times a day
- Apparently increases the percentage of polyunsaturated fatty acids in milk rendering it less viscous
- No evidence that it works, but...
- ❖ Ultrasound, particularly if the block always occurs in the same spot

Candida causes recurrent blocked ducts?

- ❖ Possibly. We have treated mothers for what we thought was a Candidal infection of the nipples and/or breasts. These mothers also had recurrent blocked ducts.
- ❖ Treatment not only got rid of their symptoms due to *Candida* but also their recurrent blocked ducts. Coincidence?

Email

- ❖ I had e'mailed you a few weeks back asking some questions about my sister's recurrent severe mastitis (subsequently, she went to her Dr with your handouts in hand and was treated with diflucan as well as switching from clox, which had been ineffective, to clavulin--she had a reaction to clav. so therefore continued only with the diflucan and has had no recurrence of the severe mastitis at all) thank you so much for your assistance--she thanks you as well.

Another email

- ❖ Hi Dr. Newman, just wanted to let you know that I have not had a recurrence of blocked ducts or mastitis since October, when I saw you at the clinic, after completing the course of fluconazole. I am continuing to take grapefruit seed extract (500mg/day) as well as lecithin, evening primrose and acidophilus.

Mastitis

- ❖ Part (even all) the breast is hard, red, hot and very tender.
- This is like a blocked duct, but "more so".
- ❖ You cannot make a diagnosis of mastitis *without a lump in the breast.*
- ❖ The mother usually has fever (but not always) and usually feels terrible.
- ❖ Almost always caused by *Staphylococcus aureus.*
- ❖ Bilateral mastitis is rare.

Preventing mastitis

- ❖ Start breastfeeding early, with a good latch, and "finish" one side before offering the other.
- ❖ A good latch:
 - Prevents nipple soreness and breakdown
 - Prevents engorgement
 - Results in more effective drainage of the breast

Preventing mastitis

- ❖ A food which induces secretory factor to be excreted into the milk prevents mastitis
- ❖ Sec:
 - Svensson K, Lange S, Lonnroth I, Widstrom A-M, Hanson LA. Induction of anti-secretory factor in human milk may prevent mastitis. *Acta Paediatr* 2004;93:1228-1231.

Treatment of mastitis

- ❖ Heat, rest, liquids
- ❖ Continue breastfeeding from the affected side
- ❖ Antibiotics are *not* always necessary, maybe not even in the majority of cases

Antibiotics

- ❖ If the mother has symptoms for less than 24 hours, I'll give her a script for cephalexin (500 mg qid), but suggest she hold off starting for at 8-12 hours
- If the mastitis is obviously getting worse during this time, start the antibiotics
- If not worsening, wait for another 12 hours or so. If no improvement → start the antibiotics
- If improvement, will probably do fine without antibiotics

Symptoms present and not improving for >24 hours?

- ❖ Start antibiotics
- ❖ Which? An antibiotic effective against *Staphylococcus aureus*
- Cloxacillin, cephalexin, clindamycin, ciprofloxacin.
- I usually use cephalexin 500 mg qid for 10 days
- But *not* amoxicillin.
- Erythromycin is not particularly good either.

Lymphangitis

- ❖ Term ("lymphangite") used in France to describe red, hot skin of breast, *not associated* with a lump in the breast, but usually with fever
- ❖ Not cellulitis
- ❖ Goes away without use of antibiotics
- ❖ I have seen a few cases which fit this description

Keep in mind...

- ❖ Most mastitides start getting better fairly quickly (within a couple of days)
- ❖ Most mastitides resolve completely fairly quickly (within a week or two)
- Or at least are much better and continuing to improve by that time
- ❖ If the "mastitis" does not act as above, consider
- Abscess
- Inflammatory carcinoma

Breast abscess

- ❖ The mother has a tender lump in the breast, often extremely tender
- ❖ The story is often one of recurrent mastitis which doesn't get completely better or mastitis which doesn't resolve at all
- ❖ Diagnosis with needle aspiration

Treatment of breast abscess

- ❖ In the past, incision and drainage were universally done, but today...
- ❖ More and more surgeons feel repeated aspirations + antibiotics is the way to go
- Catheter drainage is better still (see next slide)
- ❖ Continue breastfeeding on the affected side
- So keep incision *away from areola*
- Don't put dressing over areola

Ultrasound-guided treatment of breast abscess

- ❖ Ulitzsch D, Nyman MKG, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004;232:904-909
- "US-guided needle aspiration of abscesses smaller than 3 cm and US-guided catheter drainage of abscesses 3 cm or larger are successful means of treating breast abscesses."

Breast abscess ready to burst



Not typical breast abscess



Typical breast abscess



Side view



Recurrence after surgery 7%



Diagnosis by aspiration



Surgery for abscess



Results of a periareolar incision

1. Pain as with any incision anywhere and mother cannot put baby to breast
 - > Engorgement, pain
2. Risk of cutting *several* ducts
 - > Increased risk of fistula
3. Compromises future milk production

Catheter drainage site



Aspirate from milk cyst



Aspiration of a milk cyst



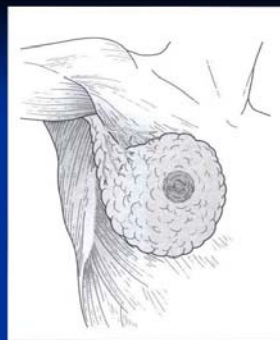
Surgery for abscess 2 years ago



How old is the baby?



Different mother 2 weeks after birth



Using cabbage leaves



Amamantamiento doloroso. Candida versus Estafilococo.

Juan Miguel Rodríguez.

Profesor Titular del Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense de Madrid.

Entre las principales causas de destete precoz se encuentran las mastitis, que consisten en una inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria. El porcentaje de casos de etiología bacteriana es tan elevado que algunos autores definen directamente “mastitis” como un proceso infeccioso de la glándula mamaria que se acompaña de diversos síntomas locales y sistémicos. Paradójicamente, el número de estudios microbiológicos sobre mastitis humanas es muy bajo y, en pleno siglo XXI, el diagnóstico se suele basar exclusivamente en la inspección visual. A pesar de los repetidos llamamientos a la necesidad de analizar y cultivar la leche ante la sospecha de una mastitis, la realidad indica que son excepcionales los casos en los que se realiza, existiendo un gran desconocimiento sobre los criterios para establecer un diagnóstico etiológico correcto (forma de obtener las muestras, límites microbiológicos normales y patológicos en la leche humana...). Por ello, se suele instaurar un tratamiento con un antibiótico (habitualmente un beta lactámico) y/o un antifúngico, sin conocer el(los) agente(s) etiológico(s) implicado(s) y sin disponer de datos tan importantes como su susceptibilidad a los antibióticos. Dado que muchos de los agentes responsables de mastitis infecciosas presentan multiresistencia a antibióticos (especialmente a beta-lactámicos), mecanismos de evasión del sistema inmunitario y/o capacidad para formar biofilms, la implantación de un tratamiento sin una base racional puede derivar en un crecimiento selectivo del agente causal y en el empeoramiento del problema. Este hecho explica la recurrencia y/o cronificación de muchas mastitis, lo que supone toda una frustración para la madre y puede determinar un destete brusco. Esta situación contrasta con la existente en Veterinaria donde el conocimiento sobre la etiología, prevención y manejo de las mastitis es muy amplio dado que implica un problema económico de primera magnitud en los sistemas de producción láctea y cárnica. Parece evidente, pues, que se necesitan investigaciones sobre las mastitis infecciosas, en las que se correlacionen parámetros tan diversos como el aislamiento y recuento de las bacterias implicadas, el recuento de células somáticas, parámetros bioquímicos, inmunológicos y datos microbiológicos complementarios, que confirmen la pérdida de la diversidad bacteriana y la proliferación selectiva de una o más cepas. El establecimiento de un criterio objetivo para el diagnóstico de mastitis infecciosas y el conocimiento de las principales características de los agentes implicados representaría todo un avance que permitiría el diseño de nuevas estrategias para la prevención y tratamiento de estos problemas y contribuiría a que muchas parejas madre-niño disfruten plenamente de los beneficios de la lactancia materna.

En nuestro laboratorio, el análisis microbiológico exhaustivo de aproximadamente 4000 muestras de leche procedente de mujeres con síntomas de mastitis en los últimos ocho años ha demostrado que los principales agentes etiológicos de mastitis infecciosas pertenecen a dos géneros: Staphylococcus (en primera posición, con gran diferencia) y Streptococcus. Los cepas de estafilococos implicadas en mastitis suelen compartir diversas propiedades: capacidad para formar biofilms en el epitelio mamario, resistencia a la metilina (mecA+) y a otros antibióticos de relevancia clínica, y mecanismos de evasión de la respuesta del sistema inmunitario (como la producción de superantígenos y/o su capacidad de mimetismo molecular con ciertos antígenos humanos). Ocasionalmente, también pueden estar implicadas ciertas especies de enterobacterias o corinebacterias. Por otra parte, muchas matronas, pediatras y asociaciones de lactancia creen, injustificadamente, que Candida albicans es una de las principales causas de mastitis o de dolor en los pezones. De hecho, gran parte de las muestras sospechosas de mastitis que recibimos en nuestro laboratorio proceden de mujeres a las que se les ha

administrado antifúngicos por vía oral y/o tópica durante un tiempo prolongado sin ninguna mejoría o con un empeoramiento del cuadro clínico. Lo más sorprendente es que el diagnóstico de candidiasis “mamaria” se había hecho, en todos los casos, sobre la base exclusiva de la inspección visual del pecho; en algunos de ellos, se había diagnosticado observando un pecho/pezón dolorido pero con un aspecto externo normal: ¡pobres postulados de Koch! La revisión bibliográfica de los casos de mastitis atribuidos a *Candida* spp. demuestra la falta de evidencias para llegar a tal diagnóstico. *Candida albicans* es el agente causal de la candidiasis oral (muguet) en niños y de la candidiasis vaginal en mujeres. Además puede causar infecciones graves en niños prematuros. Sin embargo, y a diferencia de lo que sucede con estafilococos y estreptococos, la glándula mamaria no es precisamente un ecosistema adecuado para su crecimiento.

De hecho, el aislamiento de levaduras en casos de mastitis es raro. En nuestro laboratorio, en el que hacemos un análisis microbiológico exhaustivo, únicamente hemos identificado cuatro casos de mastitis por levaduras entre cerca de 4.000 muestras analizadas y los cuatro se resolvieron sin ningún tipo de problemas mediante el tratamiento con fluconazol. En dichos casos, la levadura formaba un monocultivo en una concentración elevada pero el agente responsable no pertenecía a la especie *Candida albicans* (como sucede en los casos de muguet o de candidiasis vaginal) sino a las especies *Candida parapsilosis* y *Saccharomyces cerevisiae*, que prácticamente nunca se aíslan en muguet o candidiasis vaginal. La ausencia de aislamiento de levaduras en las muestras de leche se ha atribuido al efecto inhibitor de la lactoferrina y se ha propuesto añadir más hierro a los medios de cultivo. Aparte de que tal medida tampoco conduce a una mayor tasa de aislamiento, el sentido común indica que si la lactoferrina inhibiera el crecimiento de las levaduras entonces... ¡no podrían habitar en la glándula mamaria ni mucho menos causar mastitis! Las levaduras no son microorganismos difíciles de aislar y pueden crecer incluso en medios selectivos para distintos tipos de bacterias. En realidad, son más fáciles de aislar en leche de mujeres sanas que en casos de mastitis. Es más, nuestro grupo posee una colección de levaduras aisladas de leche de mujeres diabéticas que no padecían mastitis y que poseían una concentración normal de lactoferrina en su leche. Este hecho no es extraño ya que tanto la tasa de colonización como el riesgo de infección por levaduras es mucho más elevado en personas diabéticas.

Quizás el mito de la candidiasis mamaria provenga del hecho de que en un pequeño porcentaje de casos (5-6%) coexisten una mastitis estafilocócica en la madre y una candidiasis oral en su hijo. Este hecho se debe a que los estafilococos al crecer producen una serie de compuestos que estimulan el crecimiento de las levaduras. Normalmente, los humanos solemos tener una pequeña concentración de levaduras en la cavidad oral desde nuestra más tierna infancia y de forma completamente asintomática. Sin embargo, durante una mastitis estafilocócica la concentración de estafilococos en la leche es muy superior a la normal, lo que puede estimular una excesiva proliferación de *C. albicans*. Esta misma sinergia estafilococos-cándidas se ha descrito previamente en la mucosa vaginal de mujeres embarazadas. Obviamente, un niño con muguet transfiere levaduras a la piel del pecho de la madre, lo que explica que en la leche de estas mujeres se pueda detectar una pequeña concentración de levaduras (<100 unidades formadoras de colonia/ml). Ello no justifica que, ante una concentración de levaduras de 50 ufc/ml y una concentración de más de 500.000 estafilococos/ml, se llegue a un diagnóstico de... ¡candidiasis!

Algunas revistas, como el *Journal of Human Lactation*, han contribuido a la confusión al publicar diversos artículos sobre supuestas candidiasis mamarias sin presentar evidencia microbiológica alguna. En un artículo reciente firmado, entre otros autores, por la editora principal de la revista, se reconoce la escasa incidencia de las candidas en el pezón, areola y leche de mujeres con síntomas de mastitis y, aún así, se sigue insistiendo en su relevancia. La bola que se ha ido creando ha alcanzado tal magnitud que se necesitarán muchos años para reconocer que el papel de las levaduras en las mastitis es muy modesto. Finalmente, resulta

lapidario el que las levaduras no se hayan descrito hasta la fecha como causa de mastitis en ninguna otra especie de mamíferos a pesar de que, por su repercusión económica, los estudios etiológicos de mastitis sean mucho más completos y complejos en medicina veterinaria que en medicina humana.

Síndrome de Raynaud. Desencadenantes y manejo.

Adolfo Gómez Papi.

Pediatra. Hospital Universitario de Tarragona "Joan XXIII." Profesor asociado de Pediatría. Universidad Rovira i Virgili.

Fenómeno de Raynaud

En 1862 Maurice Raynaud describió el fenómeno como "asfixia local de las extremidades, resultado de un incremento de la irritabilidad de las partes centrales de la médula espinal que gobiernan la inervación vascular".

El fenómeno de Raynaud (FR) es esencialmente una respuesta vasoespástica funcional exagerada al frío o la emoción. Clásicamente, los dedos se vuelven blancos (isquemia), luego azules (desoxigenación) y, finalmente, rojos (reperusión), para acabar adoptando su color normal. Puede ser primario (idiopático), secundario (a una esclerodermia) y asociado al síndrome de vibración mano-brazo.

No existe relación entre el FR primario y el tabaco, pero sí con factores hormonales (periodo preovulatorio inmediato) (Herrick 2005)

Un metanálisis reciente encontró una disminución del número (de 2 a 5 menos por semana) y de la intensidad de los ataques isquémicos (33% menos) si el FR primario se trata con nifedipino. (Thompson 2005)

Raynaud del pezón

Los textos de lactancia materna más prestigiosos (Lawrence (2005), Carlos González (2008) y Comité de LM de la AEP (2008)) hablan de que el FR es un fenómeno isquémico, de que es desencadenado por el frío y que se puede dar hasta en un 20% de mujeres en edad fértil. Del FR del pezón comentan que duele tanto durante las tomas como entre tomas, que se caracteriza por los cambios de coloración bi o trifásicos y que se puede acompañar de ampollas, grietas o úlceras. Con frecuencia se confunde con una infección por *Candida albicans*. En cuanto al manejo, recomiendan evitar el tabaco, el frío y las drogas vasoactivas, y acaban por decir que el nifedipino suele ser eficaz y que es compatible con la lactancia materna.

En la casuística más amplia publicada, Anderson recoge una experiencia de 12 madres con FR del pezón, 3 de las cuales tenían antecedentes de cirugía mamaria, y concluye que hay que pensar en esta posibilidad ante una madre con pezón doloroso: asegurarse de que existe una técnica de lactancia correcta e investigar el papel del frío y la existencia de cambios de coloración del pezón, ya que puede ser causa de abandono de la lactancia y el tratamiento con nifedipino puede aliviar el problema.

Nuestra experiencia

Desde enero de 2005 hasta Septiembre de 2008 hemos visitado en nuestras Consultas Externas de Lactancia Materna a 6 madres con sus bebés, aquejadas de lo que catalogamos como un síndrome de Raynaud del pezón.

5 de las primeras visitas fueron en meses fríos, y 5 de los 6 bebés tenían entre 15 días y un mes de edad.

Ninguna madre refería antecedentes de patología reumática, no se confesaron fumadoras durante el embarazo o la lactancia ni recogimos antecedentes de intervenciones quirúrgicas mamarias.

Sólo en dos casos existían antecedentes de mala posición al mamar: una madre presentó grietas durante los primeros días, solucionadas antes de ser visitada en nuestras consultas; y la otra refería síntomas compatibles con un síndrome de mala posición al mamar. Otra madre había recibido fluconazol ante la sospecha de candidiasis del pezón.

El dolor era más frecuente tras la toma, al cabo de unos minutos. Explicaban, de forma espontánea, que el pezón se blanqueaba cuando notaban el dolor. Todas refirieron los mismos síntomas si tenían frío, si abrían el congelador, etc. Al recuperar el color, el pezón se tornaba azulado a rojo muy intenso. No apreciamos otros cambios o lesiones en los pezones.

La toma fue valorada como correcta en 5 de 6. El que presentaba un síndrome de mala posición al mamar requirió una corrección de la postura, pero los síntomas locales persistieron pese a que el bebé se soltaba espontáneamente del pecho, quedaba satisfecho y desaparecieron los cólicos,

Aunque la intensidad y frecuencia de los síntomas era variable, acabamos prescribiendo a todas nifedipino (30 mg), ya que los síntomas fueron progresivos (más intensos y frecuentes cuanto más tiempo pasaba). 3 de las madres presentaron efectos secundarios (cefalea, mareos) que en 2 casos fueron transitorios y en el tercero la madre dejó el tratamiento espontáneamente. Las 5 madres que continuaron con el nifedipino mejoraron (menos frecuencia e intensidad de las crisis), pero en 1 caso hubo que aumentar la dosis a 60 mg para notar efectos beneficiosos.

Conclusiones

El FR del pezón es poco frecuente, de inicio precoz (en el primer mes), no se relaciona con el tabaquismo ni con el síndrome de mala posición al mamar, aparece en los meses fríos, es progresivo y suele mejorar con nifedipino. Como su diagnóstico es clínico, creemos muy importante que sea la madre quien espontáneamente refiera los cambios de coloración del pezón. En nuestra experiencia, el FR del pezón no interfirió con la lactancia, pero se trataba de madres muy interesadas en seguir amamantando a sus bebés que, además, respondieron al tratamiento con nifedipino.

Bibliografía

1. Herrick AL. Pathogenesis of Raynaud's phenomenon. *Rheumatology* 2005; 44: 587-596.
2. Thompson AE, Pope JE. Calcium Channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: a meta-analysis. *Rheumatology* 2005; 44: 145-150.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession. 6th edition. Elsevier. Mosby. 2005. ISBN 0-323-02823-3. Pág 595-596.
4. González C. Manual práctico de lactancia materna. 2ª edición. ACPAM. Barcelona 2008. ISBN-13: 978-84-612-1911-7. Pág 83.
5. Comité de LM de la AEP. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed Médica Panamericana. Madrid 2008. ISBN: 978-84-7903-972-1. Pág 256-257.
6. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's Phenomenon of the Nipple: A Treatable Cause of Painful Breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113: e360-e364.

Mesa 5: “Lactancia materna: los primeros pasos en la alimentación natural”

Alimentación natural: integrando estrategias en la prevención del cáncer y la obesidad.

Juan Antonio Ortega García.

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Correspondencia: ortega@pehsu.org

Juan Antonio Ortega García¹, Encarna Pastor Torres¹, Maria Trinidad López Fernández¹, Damián Sánchez Martínez¹, Marlene Martín², Sánchez Saucó MF³, Josep Ferris i Tortajada⁴.

1Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

2School of Medicine. Stanford University. California. USA

3 Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

4Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción

¿Qué hemos comido hoy y cuales son nuestras preferencias? Reflexionar sobre nuestro menú de estos días es fundamental para responder de forma coherente al tema que tratamos. Con seguridad, para muchos supone dietas hipercalóricas y ricas en carnes grasas.

De los 10 millones de casos nuevos de cáncer que anualmente se diagnostican en los países occidentales, podemos prevenir de 3 a 4 millones mediante las recomendaciones dietéticas, el control de peso y el ejercicio físico. La pandemia de globesidad de los países como España constituye por si mismo un factor de riesgo para el cáncer y otras enfermedades. En los países occidentales, la mayor parte de la población consume dietas ricas de gran densidad calórica (grasas saturadas e hidratos de carbono simples refinados) e hiperproteicas (proteínas de origen animal), que sumadas al sedentarismo generan balances energéticos positivos. En los niños, estas dietas, que suelen ser deficitarias en verduras, frutas, cereales y legumbres, aceleran el crecimiento ponderoestatural y generan pubertad y menarquia precoz. El crecimiento acelerado infantil y la menarquia temprana son dos factores de riesgo para el cáncer de mama, colon y otras localizaciones. El balance calórico positivo se transforma en tejido adiposo, generando sobrepeso y obesidad, que se asocian a un mayor riesgo de cáncer global, y especialmente de mama, colon, recto, endometrio, cervix, ovario, próstata, vesícula biliar, pulmón, riñón y tiroides.

¿Qué es la alimentación natural? Debe ser entendida como proceso alimentario, que empieza pero no acaba con la leche materna. El derecho a una alimentación sana y natural, exige cierto nivel de calidad ambiental y respeto a la biodiversidad en las costumbres y hábitos. Las ventajas de la acción combinada a través de los alimentos frescos y naturales es insustituible. Redunda en la derecho a una vida digna en armonía con la naturaleza.

Una pirámide alimentaria e insolidaria

En el último medio siglo, nuestra sociedad global ha erigido una escala de proteínas mundial artificial, probablemente la más injusta de la historia de la humanidad, en la que la carne de vacuno y otros animales alimentados a base de cereales-pienso se sitúan en el peldaño

superior. Hoy en día, los países ricos están encaramados en lo más alto de esa cadena alimentaria y devoran la riqueza del planeta.

La decisión de utilizar la tierra para crear una cadena alimentaria artificial, la más injusta de la historia, basada en colocar a las proteínas animales en lo más alto, sobre todo vacuno, ha hecho que más del 80% de los niños hambrientos en el mundo vivan en países con excedentes alimentarios, la mayoría en forma de piensos para animales que, a su vez, solo serán consumidos por los más ricos.

La paradoja del sistema de producción alimentaria actual reside en que millones de consumidores ricos en el primer mundo fallecen por enfermedades relacionadas con la riqueza (enfermedades coronarias, infartos, diabetes y cáncer), provocadas porque se atiborran de ternera y otras carnes ricas en grasas procedentes de animales alimentados a base de piensos de cereales – es la GLOBESIDAD –; mientras que en el Tercer Mundo la gente muere de enfermedades provocadas por la pobreza – es el GLOBHAMBRE – al negársele el acceso a la tierra para cultivar cereales con los que alimentar a sus familias, pero si para cultivar cereales destinados al pienso para animales del mundo desarrollado. Probablemente la solución pase por el necesario debate global sobre cómo promover una dieta “más vegetariana”, diversificada y rica en proteínas para el ser humano.

La transición que ha experimentado la agricultura mundial, de los cereales alimentarios a los cereales para piensos, supone una nueva forma de desigualdad humana. Hemos transformado nuestra dieta, contaminando los hábitos saludables, tanto es así que ascender en la escala de proteínas se convierte en el listón del éxito. Parece que el primer paso que debe dar todo país o toda sociedad en desarrollo es aumentar y diversificar su oferta de carne. Todos empiezan poniendo granjas de pollos y huevos., luego el cerdo, cordero, al que le sigue vaca y finalmente el buey. Además este paradigma se ha asentado falsamente en las costumbres “mediterráneas” distorsionando lo que ha sido la dieta de nuestros abuelos, donde la carne se utilizaba más como condimento que como alimento.

Animar a otros países o sociedades a subir en esta escala de proteínas redundaría en beneficio de los más poderosos. Todavía hoy vivimos en un mundo “excedentario de cereal” creado a raíz de aquella “revolución verde”. Y en esta pirámide artificial donde reinan las proteínas y grasas de origen animal, es donde nace la paradoja de contaminación alimentaria más importante de nuestro planeta que según donde nos situemos se expresa como: GLOBESIDAD o GLOBHAMBRE.

Por otro lado, hoy día muchos alimentos son producidos de una manera industrial con una premisa: hacer un producto rentable. Y en estos términos economicistas cada vez con más frecuencia, los agricultores tienen dos sistemas de producción: uno para vender en el mercado y otro para el consumo propio o familiar.

Hemos mejorado la seguridad alimentaria de forma global, porque el acceso a la información es mayor que hace décadas. Eso genera desconcierto en un consumidor toxiinformado. Las preocupaciones del consumidor en los países desarrollados son orientadas a la calidad.

Lactancia materna y cáncer

La lactancia materna (LM) prolongada proporciona protección antineoplásica en la madre y en los hijos. En las mujeres lactantes disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de mama, especialmente en el periodo premenopáusico. Entre los hijos disminuye el riesgo global de cáncer, especialmente en el desarrollo de leucemias agudas; sobre todo de leucemias agudas linfoblásticas, pero también de leucemias agudas mieloblásticas, linfomas no hodgkin, linfomas de Hodgkin, tumores de Wilms y del sistema nervioso simpático.

El grado de protección antineoplásico es proporcional a la duración de la LM, siendo más significativo cuando supera los 6 meses de edad y se continúa en el segundo año de vida. Los alimentados con fórmulas artificiales tienen un mayor riesgo de entre el 30-70% de leucemias agudas linfoblásticas que los alimentados al pecho. El mecanismo de la protección antineoplásica en general, y contra las leucemias agudas en particular, no está completamente elucidado. La hipótesis más aceptada es que la LM proporciona los elementos nutricionales biológico-funcionales necesarios para el desarrollo anatómico y fisiológico del sistema inmunológico durante el 1er y 2º año de vida. Así, se modula y potencia a medio y largo plazo el complejo sistema de inmunovigilancia en todas las facetas, incluida la antitumoral.

Lactancia materna y obesidad

La epidemia de globesidad es de enormes proporciones y debería escandalizarnos como promotores de salud. Entre los diversos trabajos de investigación que intentan explicar su aparición, han sido muchos los que han intentado determinar cuál es el papel que la LM juega en el posterior desarrollo de la obesidad. Son muchas las investigaciones desarrolladas sobre el tema y que han constatado la existencia de algún grado de efecto protector de la LM: los niños que la reciben desarrollarían menos obesidad. La intensidad de dicha asociación ha sido variable en los diversos trabajos, debido fundamentalmente a las limitaciones epidemiológicas. De forma global se acepta que los alimentados con fórmulas artificiales tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad a lo largo de la vida.

¿Qué está pasando?

Los pediatras especializados en nutrición no lo son en lactancia materna. Los dietistas, responsables de la alimentación en guarderías y colegios, no han estudiado ni integrado la lactancia y la alimentación natural en su pensamiento y en sus acciones. Es un detalle muy orientativo.

De forma paralela a la transformación de la pirámide alimentaria, la lactancia materna y el proceso de alimentación natural fue arrancado de los manuales de nutrición pediátrica hace décadas, comenzando a tratarse como algo colateral, adyacente, holístico y casi misterioso. La industria farmacéutica/alimentaria ha jugado un papel fundamental en este terreno. La escasa o nula formación científica sobre LM y alimentación natural en general nos ha relegado al aprendizaje por mitos y ha generado un alto nivel de ignorancia y tecnocracia alrededor de los avances científicos. La ignorancia sobre la ignorancia es el paradigma de una sociedad médica deslumbrada por los avances tecnológicos. Y esto hace que finalmente las estrategias contra la obesidad se llenen de nutridos expertos, muchos de ellos obesos, que curiosamente hace que en estrategias como la NAOS solo aparezca en 2 ocasiones la palabra "lactancia" y una de ellas para resaltar la importancia de realizar intervenciones en las madres embarazadas o durante la lactancia por considerarlos periodos de riesgo de obesidad. Los programas de alimentación saludable en las escuelas recogen de forma muy colateral o ausente temas de lactancia y alimentación natural. Finalmente, y sabemos que no fue fácil, se han comenzado a introducir los objetivos de la lactancia materna en los planes oncológicos de algunas comunidades autónomas.

En este apartado escolar me voy a detener un poco, para dejar claro un aspecto que considero muy relevante: si recomendamos que los niños coman en los colegios más frutas, verduras y legumbres ello lleva implícitamente el mensaje claro de que deben comer menos carnes, proteínas y grasas de origen animal, o dicho sin más tapujos, consumir una dieta más vegetariana.

Sabemos que un niño que se alimenta con comida basura desde el primer momento tiene muchas posibilidades de seguir haciéndolo el resto de su vida y genéticamente inoculará en la

siguiente generación este estilo de vida. La industria alimentaria, como la industria tabacalera, ha fijado su objetivo en los más pequeños. Ellos serán fieles a sus marcas y por eso modulan sus preferencias. Mientras tanto, muchos pediatras e investigadores, siguen buscando el “santo grial” de fórmulas idóneas para sustituir lo insustituible o buscando el gen “loco” de la leptina que explique la epidemia de obesidad, al mismo tiempo que en sus mismos barrios todo se llena de comercios de comida basura y que la comida de los colegios es rica en carnes y grasas animales...

El consumo de "comida basura" (del inglés junk-food), comida popular estadounidense, como hamburguesas, perros calientes, papas fritas, malteadas y helados cremosos etc. ha aumentado de manera muy significativa en décadas recientes y ha aparecido en todos los rincones del planeta. No solo debe preocuparnos el incremento de los índices de obesidad entre la población infantil, sino también el acto rutinario de su consumo.

Hoy día, en EEUU gastan más en comida rápida que en educación superior, ordenadores personales, software, autos nuevos, libros o música.

Se trata de macroestructuras comerciales basadas en un agresivo marketing que analiza y resuelve cuáles son los condicionantes y hábitos de vida mediante los cuáles se despierta el deseo en consumidores de escasa experiencia en la materia y por tanto componentes de grandes masas a las que se puede manipular con reclamos publicitarios coloristas, fácilmente digeribles a primera vista. No hay conflicto, son productos que cumplen con las normas higiénico-sanitarias, de hecho tanto o más que el resto de la hostelería tradicional, pero conducen a una absoluta globalización. ¿Quién se puede creer que un chaval, sin la menor idea de cocina, pueda con un cursillo de quince días preparar comida para cien, doscientos o trescientos cubiertos por servicio? En realidad no tienen la menor idea de lo que cuecen, simplemente tienen ante sí bandejas con diferentes colores y saben que el plato X15 lleva tanto de la fuente B2, montado sobre una P5 y rematado con un chorro de N3 con espolvoreado de Q 4. Si le despiden del Burguer no hay problema porque en el Texmex es lo mismo, salvo que el P5 es una oblea de maíz en vez de un bollo y lo mismo en los negocios de paellas, pizzas, bocatas, creppes, etcétera.

¿Qué podemos hacer?

Si queremos mantener la confianza de una sociedad cada día más sensibilizada y formada en los temas de salud ambiental debemos dejar claro a nuestros conciudadanos que los sanitarios nos planteamos muy seriamente todas y cada una de las cuestiones de seguridad alimentaria y salud ambiental, y que, cuando está indicado, se emprenden las acciones oportunas para reducir los posibles riesgos.

Los equipos de Atención Primaria en general, y los pediatras en particular, son los profesionales de confianza para padres y familiares en los temas de salud infantil. Ocupan un lugar estratégico para realizar recomendaciones sobre una alimentación saludable y segura. Las tareas que el pediatra de Atención Primaria podría realizar para disminuir la obesidad y el cáncer podrían ser:

aumentar el grado de formación sobre lactancia materna y los procesos de alimentación natural;

participar activamente en la protección y prolongación de la lactancia materna (el alimento más sano, seguro y menos contaminado del planeta para los niños);

estimular el consumo de una dieta “más vegetariana”;

divulgar y acercar a los consumidores las listas de productores biológicos, ecológicos u orgánicos de sus barrios o comunidades;

colaborar para garantizar una dieta saludable, lo menos contaminada posible, en los comedores escolares de su barrio;

vigilar, diagnosticar y tratar las enfermedades ambientalmente relacionadas con la contaminación alimentaria y las prácticas alimentarias, como la obesidad, comunicando los casos detectados y ayudando a prevenir el daño;

colaborar con ONGs locales y grupos de madres lactantes mediante conferencias, creando comunicaciones de sensibilización o aportando algo de ayuda económica;

los pediatras, enfermeros, matronas y clínicos en general, tienen toda la autoridad moral y científica para vigilar, tutelar y cuidar la salud de la infancia; esto incluye los aspectos relacionados con su alimentación instando recomendaciones personales, familiares y sociales.

Finalmente, los clínicos en general y los pediatras en particular, debemos individual y colectivamente, asesorar a los colectivos políticos y sociales pertinentes para que se adopten e impulsen las estrategias legislativas y ejecutivas encaminadas a:

Integrar en la educación sanitaria escolar las recomendaciones dietéticas sobre alimentación natural en general y lactancia materna en particular para la prevención del cáncer y obesidad.

Dar mayor protagonismo teórico y PRÁCTICO a la educación física en todos los niveles infantojuveniles.

Realizar campañas publicitarias en todos los medios de comunicación para:

divulgar las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico;

contrarrestar la presión mediática que conduce al consumo de “dietas basura”, a la glotonería y al sedentarismo.

Fomentar y subvencionar las modalidades de la agricultura/ganadería biológica, en sus aspectos productivos y distributivos.

Impulsar, diseñar y realizar (rehabilitando o convirtiendo) los conceptos de urbanismo sostenible:

Espacios verdes en cada barrio de igual o mayor tamaño que los construidos.

Peatonalización de calles, donde los adultos puedan caminar, pasear y vigilar que los niños jueguen activa y tranquilamente.

Favorecer el uso de bicicletas para la mayoría de los desplazamientos urbanos.

Limitar el transporte motorizado.

Reducir la verticalidad del cemento y la horizontalidad del asfalto.

Agradecimientos

Los autores quieren dar las gracias por el soporte a las investigaciones de PEHSU sobre seguridad alimentaria, prevención del cáncer y lactancia materna a la Fundación de Investigación de la AECC, al FFIS de la Consejería de Sanidad de la región de Murcia, y al Mount Sinai International Exchange Program for Minority Students (MD001452) from the National Center on Minority Health and Health Disparities of the National Institutes of Health.

Bibliografía

1. Ortega García JA, Navarrete Montoya A, Ferrís i Tortajada J, et al, eds. El cáncer, una enfermedad prevenible. 1ª Edición. Murcia: FFIS; 2008. ISBN: 978-84-691-1365-3
2. Ortega García JA, Ferrís i Tortajada J. Pediatría y justicia ambiental. En: Diaz Huertas JA, Soriano Faura J, Ruiz Díaz MA, Aguayo Maldonado J, eds. Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia. Salud, infancia, adolescencia y sociedad (SIAS-5). Sociedad Pediatría Social, Madrid, 2007: 235-238.
3. Ferrís i Tortajada J, Ortega García JA, García Castell J; Berbel Tornero O. La etiología en el cáncer pediátrico. En: Sierrasesúmaga L, Antillón F, Bernaola E, Patiño A, San Julián M, eds. Tratado de Oncología Pediátrica. Pearson Educación S.A. Madrid, 2006: 17-45. ISBN 84-205-4248-2.
4. Ferrís i Tortajada J, Ortega García JA, López Andreu JA, García Castell J. La prevención pediátrica del cáncer adulto. En: Madero L, Muñoz A, eds. Hematología y Oncología Pediátricas (2ª ed). Ergon. Madrid, 2005: 767-782. ISBN: 84-8473-367-X
5. Ortega García JA, Pastor Torres E, Barriuso Lapresa L, Marlene Martin, Cayuela García A, Ferrís i Tortajada J. Contaminación ambiental y alimentación infantil. En: Rodríguez Salinas Pérez E, Pérez Butragueño M, Alonso García L. 6º Curso de Actualización Pediátrica (1ª ed). Exlibris. Madrid, 2009:55-69.
6. Ferrís i Torjada J, García i Castell J, Berbel Tornero O. Dieta y cáncer pediátrico. Rev Esp Pediatr 2001;57(1):75-92
7. Ortega-García JA, Ferrís-Tortajada J, Torres-Cantero AM, Soldin OP, Pastor Torres E, Fuster-Soler JL, Lopez-Ibor B, Madero-López L. Full breastfeeding and paediatric cancer. J Paediatr Child Health 2008;44:10-13.

Barreras para la alimentación natural. ¿Dónde está el problema? Tenemos la solución.

Dra. Laura Barriuso Lapresa.

Pediatra. Centro de Salud de Elizondo. Navarra.

Aunque el tema que nos compete es francamente complejo (las barreras son diversas y afectan a muy diversos estamentos de la sociedad) de modo esquemático me atrevería a afirmar que las barreras presentes actualmente para la alimentación natural se derribarán en gran parte cuando todos (sanitarios y no sanitarios) consigamos recuperar “el eslabón perdido”. Eslabón perdido en la sociedad, en las mujeres y en los sanitarios.

De todos es sabido que hasta hace apenas unas décadas la lactancia materna era el alimento indiscutible e imprescindible para la supervivencia del bebé y con él de la especie humana. Los avatares que la misma sufrió especialmente a mediados del pasado siglo XX con la llegada indiscriminada de la lactancia artificial (llegando a desbancarla en muchos entornos) supuso la súbita interrupción del hábito alimentario existente hasta ese momento. Las mujeres no amamantaban y por tanto los niños dejaron de ver el amamantamiento en su entorno social y familiar. Las estampas de mujeres amamantando en público a sus bebés fueron desapareciendo. La cultura en torno a la lactancia materna se comenzó a perder... Los sanitarios permitieron desde su ignorancia que el biberón desplazara al amamantamiento posiblemente cediendo a la presión de la industria farmacéutica que mostró la leche artificial como un sustituto “idéntico o incluso mejor” que la leche materna y como un elemento de modernidad. La mujer actual y moderna ya no debía amamantar. El amamantamiento era cosa de mujeres y sociedades poco modernas y poco innovadoras. Y todo ello, no nos olvidemos con el beneplácito de los sanitarios.

Además de lo comentado anteriormente, al abandonarse la lactancia materna el profesional poco a poco va perdiendo manejo de las situaciones asociadas al amamantamiento en sí y además se encuentra con un “recurso fácil”: el biberón ante la mínima duda. ¿Gana poco?: biberón. ¿Está icterico?: biberón. ¿Le duele el pecho?: abandónelo y déle biberón... De este modo poco a poco los sanitarios van perdiendo destrezas sobre la lactancia materna a favor de la implantación del biberón.

He aquí por tanto lo que denominábamos al principio de este resumen “el eslabón perdido” en las mujeres, en la sociedad y en los sanitarios.

Las mujeres que actualmente son madres en nuestro país son mujeres nacidas fundamentalmente en la década de los años 70 que es precisamente cuando se produjeron las cifras más bajas de lactancia materna en España. De ahí que las mujeres que paren en la actualidad no han sido en su mayoría lactadas al pecho de modo exclusivo y durante su vida no han visto amamantar bebés. Esto hace que ellas mismas se encuentren muy alejadas del fenómeno de la lactancia al igual que la sociedad que las rodea... Con frecuencia sus madres no puedan ayudarlas porque a ellas se les cuestionó por el estamento sanitario del momento su capacidad para amamantar de modo exclusivo a sus hijos y por la idoneidad de su secreción láctea...

Con respecto al personal sanitario me voy a centrar especialmente en el estamento médico por ser el mío y porque personalmente opino que es el que más reticencias muestra al respecto a pesar de la evidencia científica disponible y por tener en ocasiones por motivos jerárquicos “la última palabra”. Los sanitarios médicos en contacto con el área materno-infantil (pediatras y ginecólogos mayoritariamente) que actualmente ejercen y que desempeñan puestos de responsabilidad en su mayoría son también de esa época: vivieron la invasión de la lactancia

artificial, permitieron que ese hecho aconteciera y en la actualidad mayoritariamente no perciben el error cometido. La lactancia materna y su promoción no suele ser un tema prioritario en sus agendas aunque en la realidad práctica si este tema se aborda con seriedad es motivo de muchas consultas médicas tanto en atención primaria como en especializada. Estos facultativos son ejecutores diariamente de multitud de actos médicos que competen al amamantamiento, muchos de ellos tienen puestos de responsabilidad en sus correspondientes departamentos, están formando a los futuros especialistas...Y aunque la evidencia científica y las recomendaciones de las instituciones sanitarias del más alto nivel son claras con respecto a la superioridad indiscutible de la lactancia materna y la propugnan como un indiscutible factor de salud materna e infantil, en su mayoría sigue percibiendo la promoción de la lactancia materna como algo ajeno a su labor.

¿Y que pasa con los futuros profesionales sanitarios?. Los sanitarios que actualmente están en formación en su mayoría no han visto amamantar, en su formación académica apenas han recibido formación al respecto y habitualmente se forman en centros donde sus superiores han perdido igualmente el hábito de la lactancia materna. De este modo en el mundo sanitario el problema en cierto modo se cronifica y se perpetúa.

Bien es cierto que la sociedad del siglo XXI, que es la que nos compete, es muy diferente de la de nuestras abuelas y bisabuelas. La mujer se ha incorporado masivamente al mundo laboral, las políticas de conciliación trabajo-vida familiar son insuficientes, la competitividad en los trabajos infinita,... pero sin duda alguna hay algo que no ha cambiado ni creo que vaya a cambiar jamás: TODAS LAS MUJERES QUIEREN LO MEJOR PARA SUS HIJOS y ésta es la premisa básica desde la que ellas van elegir el tipo de alimentación que desean para sus bebés. Y ahí ha de estar la sociedad en su totalidad con los sanitarios a la cabeza apoyando, promoviendo y acompañando a las mujeres para que además de optar libremente por el amamantamiento, éste sea lo más placentero y eficaz posible.

Razones científicas para consumir productos ecológicos.

María Asunción Molina Casino.

Departamento de Química y Análisis Agrícola. E.T.S.I. Agrónomos. UPM

Desde los inicios de la agricultura ecológica, a principios del siglo XX, se han realizado numerosas investigaciones para conocer los efectos que estas nuevas prácticas originan tanto en el sistema agroganadero como en los alimentos obtenidos.

A partir de diferentes trabajos y de la publicación del centro Research Institute of Organic Agriculture (FiBL) en colaboración con la Sociedad Española de Agricultura Ecológica (SEAE) se puede resumir que los alimentos de producción ecológica, en general:

- -Tienen menos riesgos de contener nitratos (entre un 10 y un 40% menos en hortalizas de hoja) y residuos de plaguicidas (si el contenido medio en convencional es 0,4 mg/kg, en alimentos de producción ecológica es 0,002 mg/kg). En la grasa humana se ha encontrado menos porcentaje de plaguicidas al aumentar el porcentaje de alimentos ecológicos en la dieta. Las micotoxinas pueden llegar a ser menores ya que al ser posible la autorregulación entre los microorganismos, no proliferan los patógenos.
- -Tienen más componentes deseables, como materia seca (en hojas, raíces y bulbos hasta un 20%), proteínas (excepto en el caso de los cereales, 10-20% menor, aunque presentan un mejor equilibrio en aminoácidos esenciales), vitamina C (leche, hortalizas y frutos 5-90% más alto), ácidos grasos positivos (leche, queso, carne 10- 60% más) presentando mayor ratio del ácido graso esencial Omega-3 y el ácido linoleico conjugado (ALC), metabolitos vegetales secundarios como polifenoles antioxidantes, carotenos, glicoalcaloides y glucosinolatos (hortalizas, frutas, maíz, vino, 10-50% mayor) y ligeramente mayor contenido en oligoelementos en algunos alimentos.

En ensayos organolépticos son numerosos los que encuentran resultados positivos para los alimentos ecológicos.

En ensayos con animales se ha encontrado en gran parte de los estudios beneficios en la salud, necesidad menor de cuidados veterinarios y las ratas los prefieren cuando se les permite elegir en ensayos comparativos.

Un estudio con mujeres embarazadas, siguiéndolo hasta los niños de 2 años, ha concluido que disminuye el riesgo de dermatitis atópica en un 30% cuando tomaban alimentos ecológicos.

El impacto medioambiental es positivo sobre el aire, agua, suelo, flora, fauna y paisaje. Se emiten menos gases de efecto invernadero. Se almacena un porcentaje importante de CO₂.

La alimentación natural en el marco de la agenda 21 escolar.

M. Ángeles Megías Ortiz

Madre. Coordinadora de la Asociación Lactaeduca.

Me propusieron participar en el V Congreso Español de Lactancia Materna con el tema: La Lactancia Materna como tarea escolar; sin embargo he decidido cambiar el título ya que la palabra tarea hace referencia a rutina, obligación, imposición, deber del alumnado (y la mayoría no son lactantes). Entiendo que lo que se pretendía expresar es que la Lactancia Materna debe formar parte de los contenidos curriculares, que debe estar presente en la Escuela y que en el ámbito educativo se puede comenzar a recuperar la cultura de la Lactancia Materna partiendo de nuestra condición de mamíferos. Por tanto, el objetivo de mi ponencia será explicar cómo he promocionado la Lactancia Materna en el ámbito educativo (Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Universidad) así como realizar nuevas propuestas educativas de promoción de la alimentación natural en el marco de la Agenda 21 Escolar.

En los últimos seis años he abordado la promoción de Lactancia Materna desde dos perspectivas:

1ª) Lactancia Materna y Educación en Valores, desarrollada durante los cursos 2003/2004, 2004/2005 y 2005/2006 en tres institutos de Albacete y cuyo fundamento teórico está publicado en la Revista Digital del Consejo Escolar del Estado.² Durante estos años consideré la Lactancia Materna como un tema metatransversal a partir del cual era posible desarrollar la educación en valores, estructurada en los llamados “temas transversales”. Así introduje la Lactancia Materna en el currículum de las asignaturas que impartía. Los resultados de los proyectos desarrollados durante esos cursos fueron expuestos verbalmente en las comunicaciones que presenté al III y IV Congreso Español de Lactancia Materna, pero no aparecen publicados en las Actas de los mismos. Expongo a continuación dichos resultados para que puedan ser tenidos en consideración por quienes estén trabajando la promoción de la Lactancia Materna en el ámbito educativo:

- A. En el proyecto de promoción de la Lactancia Materna desarrollado durante el curso 2003/2004 participaron 53 alumn@s de Filosofía de 1º de Bachillerato y 100 de Ética de 4º de Educación Secundaria, así como 515 familiares a los que le pasaron una encuesta, cuyas características se detallan a continuación:³

Preguntas de tipo antropológico y sociológico:

- a. ¿Influye el trabajo remunerado de la madre en el número de hijos y facilita o dificulta la L.M.?

² *Mujeres. maternidad y trabajo en los cinco continentes. Un enfoque metodológico innovador para desarrollar la educación en valores.* Revista Digital del Consejo Escolar del Estado. Revista nº 4 páginas 73 a 76

http://www.mepsyd.es/cesces/presentacion_revista.htm

<http://www.mec.es/cesces/revista/revista-4.pdf>

³ *La Lactancia Materna como experiencia educativa en Educación Secundaria y Bachillerato.* Libro de Actas del III Congreso Español de Lactancia Materna. Santander 2004. página 104

- b. ¿En qué medida influye el lugar de nacimiento de la madre en el nº de hijos y el tipo de alimentación de estos?
- c. ¿Qué personas aconsejaron y ayudaron a la madre durante la lactancia y la crianza?
- d. ¿Qué relación existe entre los “consejeros” de la madre y la duración de la lactancia?
- e. ¿Han dado el pecho las hijas de madres que sí lo hicieron?
- f. ¿Conocen los hombres los datos solicitados con la misma precisión que las mujeres?

Preguntas sobre tecnología sanitaria:

- a. ¿En qué medida las prácticas hospitalarias facilitan o dificultan la lactancia materna?
- b. ¿Existen diferencias con respecto al establecimiento y/o duración de la L.M. entre mujeres que han parido por cesárea y las que lo han hecho mediante parto natural?
- c. ¿Qué diferencia hay entre el parto en casa y el parto hospitalario en cuanto al establecimiento y/o duración de la L.M. teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre el parto y el primer contacto para mamar?

Preguntas sobre tecnología de la alimentación:

- a. ¿Qué diferencia existe entre las tecnologías que han utilizado en la alimentación de los hijos las personas encuestadas y sus madres?
- b. ¿Qué diferencia existe entre haber nacido en zona urbana y rural en referencia al uso de tecnologías para la alimentación?

Repercusión de la L.M. en la salud infantil

- 1) ¿Qué relación hay entre la alimentación recibida por el neonato y las enfermedades padecidas en la infancia?

Dificultades de la ENCUESTA

- Limitaciones derivadas del diseño
- Contradicciones en los datos ofrecidos por miembros de la misma familia.
- Generalización correctora de los fallos de memoria por parte de los encuestados.
- Desigual dedicación por parte de los encuestadores.

A partir de las ENCUESTAS:

- L@s alumn@s han indagado en su propia historia familiar.
- Han conocido y comparado los partos, alimentación, crianza... de sus madres, abuelas y bisabuelas.
- Han realizado un trabajo etnográfico que se recoge en el anecdotario.
- L@s mism@s alumn@s han promocionado la L.M. en su entorno familiar.

- B. En el proyecto de promoción de la Lactancia Materna desarrollado durante el curso 2004/2005 participaron 77 alumn@s de Psicología de 1º de Bachillerato y 71 de Ética de 4º de Educación Secundaria, así como 485 familiares y 40 profesionales sanitarios a

los que entrevistaron. Tras leer y debatir en clase los textos que les facilité en relación con la lactancia materna, el alumnado participante tenía que realizar presentaciones para explicar al resto del grupo los temas, que he escrito en negrita a continuación, incorporando los aspectos específicos en relación con las mujeres y la infancia que señalo en cada tema:

- **Ecología y consumismo: ventajas ambientales de la LM**
- **Pacifismo: Mujeres y L.M. en niños en tiempo de guerra**
- **Feminismo: Aportaciones y limitaciones del ecofeminismo**
- **Riesgos y ventajas del desarrollo tecnológico: en relación al parto y la alimentación infantil**
- **Derechos Humanos: La L.M. es un derecho. IHAN. Reivindicación de la baja maternal de 6 meses.**
- **Bioética: En relación con la reproducción humana.**
- **Desafíos éticos de las nuevas tecnologías sanitarias, de la alimentación, de la información y la comunicación.**
- **Problemas y conflictos de la convivencia humana: derivados de la decisión de amamantar.**
- **Las religiones en una sociedad democrática: Trato recibido por la mujer, su sexualidad y su maternidad.**
- **Política democrática y participación ciudadana: Labor de los grupos de apoyo a la lactancia materna.**
- **La Teoría de la Evolución de las especies: El ser humano como animal mamífero. Duración de la L.M. en otras especies. Lactancia Materna y Evolución.**
- **Naturaleza y Cultura:**
Alimentación, crianza y parto desde la antropología y la etnopediatría.
- **Trabajo, Tecnología y Tecocracia:**
Conflicto maternidad-trabajo.
Pérdida de la cultura de la L.M. en la sociedad industrial.
Globalización de la lactancia artificial (violaciones Código).
- **Estados de conciencia:**
Análisis de sueños en embarazadas.
Influencia del consumo de drogas en la madre.
Trastornos del sueño. Triptófano
- **La memoria humana:**
Recuerdos de los abuelos acerca de la alimentación y la crianza.
- **Aprendizaje:**
La pérdida de la cultura de la L.M.
Técnicas de amamantamiento y crianza.
Recetas de cocina para niños de 6 a 36 meses.

- Inteligencia:
 - Ventajas de la L.M. para el desarrollo cognitivo.
 - Ventajas de la Inteligencia Emocional para la madre.
 - Ventajas del pensamiento asertivo para la madre.
 - Comunicación y lenguaje:
 - Análisis de la publicidad engañosa en alimentación infantil.
 - Mujeres y niños en los mass media.
 - La Personalidad:
 - Cómo influye la personalidad de la madre, de su pareja y del entorno familiar en la decisión de amamantar.
 - Sexualidad:
 - L.M., sexo y anticonceptivos.
 - Embarazo, parto y L.M. como parte de la sexualidad.
 - Adolescencia:
 - Embarazo Adolescente.
 - Creencia e ideas irracionales sobre el embarazo y el parto.
 - El papel del padre en la Lactancia y en la Crianza.
 - Trastornos emocionales y terapias psicológicas:
 - Trastornos afectivos en el puerperio.
 - L.M., depresión y estrés.
 - Grupos de Apoyo, dinámicos, técnicos de consejería
- C. En el proyecto de promoción de la Lactancia Materna desarrollado durante el curso 2005/2006 participaron 114 alum@s de Ética de 4º de Educación Secundaria y alrededor de 500 familiares que colaboraron con ellos realizando muñecas-madre que podían parir y amamantar a sus bebés.
- Han respondido a una encuesta⁴ cuyos resultados son:
 - 1) Ambos sexos han elegido representar ambos tipos de parto en las mismas proporciones (73.1% parto vaginal, 26,9% cesárea)
 - 2) Ambos sexos opinan igual con respecto a quién debe preocupar la decisión de amamantar, siendo con
 - 3) diferencia “a la pareja” la opción preferida (67,2%).
 - 4) En cuanto a la duración de la LM las chicas se inclinan más por lo que quiera el hijo ó hija mientras que los chicos indican con mayor frecuencia la opción UNICEF-OMS.
 - 5) En cuanto a la duración del permiso por paternidad, coinciden en su mayoría (65,2%) en que debe ser de 16 semanas como la madre.

⁴ Tratamiento estadístico a cargo del Prof. Dr. Angelo Santana del Pino, del Departamento de Matemáticas de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, sobre una muestra de 500 encuestas realizadas.

- 6) En cuanto a la colaboración familiar para la realización de las muñecas les han ayudado, principalmente, las mujeres (89,1%) y han ayudado más a los chicos (64,6%) que a las chicas (35,4%)

Además, el 100% de l@s encuestad@s considera que:

- 1) El embarazo, el parto y la LM deben formar parte de la educación sexual de l@s adolescentes.
 - 2) La Lactancia Materna es recomendable para la salud de la madre y del bebé y tiene ventajas desde el punto de vista ecológico.
 - 3) Es importante que la pareja apoye a la mujer en la decisión de amamantar.
- En el año 2007 fundamos, en Albacete, la Asociación Pro Lactancia Materna LACTAEDUCA (de ámbito nacional). A partir de este momento inicio una nueva etapa en la Promoción de la Lactancia Materna, dirigida al público en general, a la formación del profesorado, de estudiantes universitarios, sanitarios y miembros de grupos de apoyo; haber amamantado durante casi seis años, la formación recibida en la Asociación Canaria Pro Lactancia Materna así como en los congresos de Lactancia Materna me conducen a ver en la Lactancia Materna los primeros pasos hacia la alimentación natural. De este modo el trabajo de los últimos años ha estado orientado desde una segunda perspectiva⁵, aunque sin olvidar la primera de ellas y teniendo siempre presente la importancia de la promoción de la Lactancia Materna entre niñ@s y adolescentes. Expongo a continuación las actividades que he organizado desde esta perspectiva:

2ª) Lactancia Materna y Educación para la Salud, el Consumo y el Desarrollo Sostenible.

1. Memoria de Actividades 2007 de la Asociación Lactaeduca.

- Marzo de 2007: Publicación en la Revista Participación Educativa del Consejo Escolar del Estado, del Proyecto Educativo “Mujeres, maternidad y trabajo en los cinco continentes. Un enfoque metodológico innovador para desarrollar la educación en valores”. En este proyecto han participado 640 alumnos de diferentes niveles educativos y unos 3.000 familiares de éstos⁶. Esta publicación resume el trabajo realizado desde el año 2003 hasta el 2006.
- Del 9 al 17 de abril de 2007: Realización de una exposición con el título “Mujeres, crianza y Paz” en el Centro Municipal de la Mujer en Albacete. Esta exposición fue visitada por unas 1.000 personas.
- El 13 de abril de 2007: Conferencia a cargo del Dr. Carlos González con el título “El vínculo madre-hijo” al final de la cual se hizo entrega de premios a todos los participantes en el Proyecto educativo Mujeres, maternidad y trabajo en los cinco continentes. Al Acto asistieron unas 250 personas.

⁵ Para que quienes lean esto pueden darse una idea del trabajo desarrollado es estos años, paso a resumir las actividades que he organizado como coordinadora de la asociación LACTAEDUCA, así como a enumerar los proyectos que estoy gestando para el 2009.

⁶ *Mujeres. maternidad y trabajo en los cinco continentes. Un enfoque metodológico innovador para desarrollar la educación en valores.* Revista Digital del Consejo Escolar del Estado. Revista nº 4 páginas 73 a 76

http://www.mepsyd.es/cesces/presentacion_revista.htm

<http://www.mec.es/cesces/revista/revista-4.pdf>

- El 14 de abril de 2007: : Conferencia a cargo del Dr. Carlos González con el título “¿Por qué los niños no comen?” con finalidad didáctico-informativa para sanitarios y público en general.
 - El 21 de abril de 2007 asisto como ponente al I Congreso Internacional de la Infancia para la Paz, con el tema: “Mujeres, crianza y Paz. Un enfoque metodológico innovador para desarrollar la Educación en Valores”.
 - Del 1 al 5 de octubre de 2007: Celebración, dentro de la SMLM 2007, de las Primeras Jornadas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (1ª parte).
 - Del 15 al 19 de octubre de 2007: Celebración, dentro de la SMLM 2007, de las Primeras Jornadas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (2ª parte), en las que realicé visitas guiadas a la exposición de muñecas, cine forum y talleres, igual que en la primera parte de las jornadas
 - Del 18 al 22 de octubre de 2007: Desarrollo del Curso “Alimentación Saludable y Dieta equilibrada” que contó con la asistencia de alumnos de Dietética y Nutrición, residentes de matronas, alumnos de la Escuela de Enfermería de la UCLM, entre otros.
 - Del 1 al 3 de noviembre de 2007: Participé como ponente en las IV Jornadas de Actualización en Lactancia Materna en La Laguna (Tenerife), con el tema “Educación para la salud sexual y reproductiva”.
 - Programadas para el año siguiente un conjunto de actividades consistentes en:
 - Concurso de carteles y postales.
 - Concurso de Cuento Ilustrado.
 - Concurso de Cómic.
 - Concurso de confección de muñecas que pueden parir y amamantar.
 - Concurso de cortometrajes.
2. Memoria de Actividades 2008 de la Asociación Lactaeduca:
- Del 10 al 14 de marzo: Participación con la exposición Lactancia Materna y Educación para la Salud en la I Semana de la Salud, organizada por el Colegio Público “Ana Soto” de Albacete, en el marco del proyecto municipal Escuelas Promotoras de Salud. Esta exposición ha sido visitada por el alumnado del Centro (1.000 alumnos aprox.), sus familias, el profesorado del mismo y visitantes.
 - 29 de septiembre: Conferencia de Teresa Pérez Hernández, Comer para vivir mejor: un acto de amor propio. Celebrada en el C.S.C. Buen Suceso de Albacete. Asistentes 20 personas.
 - 29 de septiembre: Conferencia de Teresa Pérez Hernández, El negocio de comer: qué comemos, qué sabemos y qué queremos saber. Celebrada en la UCLM, Campus de Albacete. Asistentes 45 personas.
 - 13 y 20 de octubre, 3, 10 y 17 de noviembre: II Jornadas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, en colaboración con la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete. Asistentes: 88 matriculados y número indefinido de oyentes.
 - 4, 10, 18, 25 y 27 de noviembre: Curso La alimentación en la edad escolar, en colaboración con el Centro de Profesores de Albacete. Además del profesorado

matriculado asistieron, a algunas conferencias, 17 alumnos del Ciclo Formativo de Dietética y Nutrición y 25 del Ciclo Formativo de Auxiliar de Enfermería.

- 5 de octubre: Suelta de globos blancos y naranja (leche y calostro) en La Manchuela Albacetense. Participantes 40 niñ@s de entre 5 y 12 años y un número indefinido de adultos.
- 26 de noviembre: Cuentacuentos Gastronómico a cargo de Teresa Pérez Hernández que se celebró en la sala infantil de la Biblioteca Pública del Estado en Albacete. Asistentes: 40 niños con sus padres y otros familiares, así como personal de la Biblioteca y voluntarios de la Asociación que en total sumarían más de 100 personas.

3. Proyectos 2009: La alimentación natural en el marco de la agenda 21 escolar.

A lo largo del año que acaba de comenzar voy a profundizar en la segunda perspectiva señalada anteriormente considerando que la expresión “alimentación natural” puede entenderse en dos sentidos:

- a. Alimentación natural como sinónimo de Lactancia Materna frente a alimentación artificial, sin olvidar analizar los peligros de la leche de fórmula.
- b. Alimentación natural entendida como aquella que procede de la agroecología y, por tanto, respetuosa con la biodiversidad, no sometida a abonos químicos ni pesticidas, no sometida a criterios de industrialización y globalización, dedicada a cultivar las semillas propias de cada lugar del planeta rechazando los híbridos estériles recuperando así el patrimonio etnobotánico de la humanidad y aprendiendo de la Naturaleza sin destruirla.

Desde este punto de vista, la agenda 21 escolar ofrece un marco para que los grupos de apoyo a la Lactancia Materna puedan promocionar la alimentación natural, ya que, entendida en cualquiera de los dos sentidos definidos anteriormente constituye un modelo de desarrollo sostenible, permite analizar la contribución histórica de las madres y de las abuelas a ese desarrollo, revalorizar en las sociedades industrializadas de la comida rápida las tradiciones gastronómicas de nuestros antepasados y así recuperar la comida lenta elaborada con alimentos locales y saboreada en familia y también recuperar la cultura de la Lactancia Materna que no genera residuos (envases, folletos, artilugios...), que no precisa consumir energía eléctrica para obtener la temperatura adecuada y que es, por encima de todo, un alimento “bueno, limpio y justo”. Así, entre los proyectos que previsiblemente se desarrollarán este año se encuentran los siguientes:

- Se trasladan al 2009 los concursos, con la finalidad de mejorar su difusión, incrementando así la participación. Los concursos se divulgarán a través de una exposición itinerante: Lactancia Materna y Educación para la Salud.⁷
- Consolidar la colaboración con las instituciones para seguir realizando cursos de extensión universitaria de formación del profesorado, así como actividades de promoción de la salud entre niñ@s, adolescentes y sus familias.
- Promover la investigación y el intercambio de experiencias y materiales para promocionar la alimentación natural.
- Realizar publicaciones (Guías didácticas, libros...) dirigidas a niñ@s y adolescentes, miembros de grupos de apoyo, personal sanitario y profesorado.

⁷ Véase el póster nº 224 *Lactancia Materna y Educación para la Salud*.

Estas publicaciones desarrollarán propuestas educativas para promocionar la alimentación natural en el marco de la Agenda 21 escolar.

Conclusiones

- Agenda 21 Escolar ofrece un marco idóneo para introducir la Lactancia Materna en el ámbito educativo.
- Podemos trabajar la alimentación natural partiendo de nuestra condición de mamíferos para estudiar nuestra alimentación tras el periodo de destete.
- Hay que analizar y reconocer los peligros de la alimentación artificial en todas las etapas de nuestra vida.
- La Lactancia Materna contribuye al desarrollo sostenible.
- Los grupos de apoyo a la Lactancia Materna constituyen un ejemplo de participación ciudadana en defensa de la salud emocional, sexual y reproductiva.

Bibliografía

1. Cartier, Jean-Pierre y Rachel Pierre Rabhi. El canto de la Tierra. José J. de Olañeta, Editor. 2005.
2. Fukuoka, Masanobu. La senda natural del cultivo. Teoría y práctica de una filosofía verde. Terapión. Valencia 1999.
3. González Rodríguez, Carlos Un regalo para toda la vida. Guía de la Lactancia Materna. Madrid 2006. Temas de hoy.
4. González Rodríguez, Carlos Manual práctico de Lactancia Materna. Barcelona 2008. ACPAM.
5. Guillet, Dominique Semences de Kokopelli. Editions La Voix des Semences. 8ème édition augmentée. 2008.
6. Megias Ortiz, M^a Ángeles La Lactancia Materna como experiencia educativa en educación secundaria y bachillerato, página 108 del Libro de Actas del III Congreso de Español de Lactancia Materna. Santander, 2004.
7. Megias Ortiz, M^a Ángeles La Lactancia Materna como Proyecto de Innovación Educativa. Mujeres, maternidad y trabajo en los cinco continentes. Página 103 del Libro de Actas del IV Congreso de Español de Lactancia Materna. Tenerife, 2004.
8. Megias Ortiz, M^a Ángeles Mujeres, maternidad y trabajo en los cinco continentes. Un enfoque metodológico innovador para desarrollar la educación en valores. Revista Digital del Consejo Escolar del Estado nº 4 "Participación Educativa" marzo de 2007, páginas 73 a 76. http://www.mepsyd.es/cesces/presentacion_revista.htm
9. Petrini, Carlo Bueno, limpio y justo. Principios de una nueva gastronomía. Madrid 2007. Ediciones Polifemo.
10. Small, Meredith Nuestros hijos y nosotros. Argentina 1999. Javier Vergara. Editor.

Mesa 6: “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”

Iniciativa centros de salud amigos de la madre y el niño (ICSAMN)

M^a Teresa Hernández Aguilar.

Master en Salud Pública. Pediatra de Atención Primaria. Delegada de la AEPAP, Comité Nacional de la IHAN.

Introducción

El Programa de la OMS/UNICEF Iniciativa Amigo de los Niños, fue lanzado en 1992 con el objetivo de promocionar la lactancia materna en todo el mundo a través del cumplimiento de “Los 10 pasos para una lactancia feliz” y “El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos” en las Maternidades. Después de 18 años, la Iniciativa ha demostrado ser un arma eficaz para aumentar el inicio y la duración de la lactancia materna y ha contribuido de esta manera a mejorar la salud del lactante y el niño pequeño.

La Estrategia Global de la OMS/UNICEF para la alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, en 2002 hizo una llamada urgente para renovar el apoyo a la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación del amamantamiento desde entonces hasta los 2 años, complementado con alimentos apropiados. Esta estrategia destaca la importancia de la Declaración de Innocenti y añade otros puntos de máximo interés para apoyar las buenas prácticas sobre alimentación complementaria, la nutrición materna y la acción comunitaria. Además la puesta en marcha de esta estrategia anima a todos los países a revitalizar la Iniciativa Amigo de los Niños, entre otros programas de Acción.

De acuerdo con esta Estrategia Global el Comité OMS/UNICEF revisó en 2006 la Iniciativa Amigo de los Niños y lanzó una versión actualizada de los distintos materiales. La experiencia de estos 15 años, ha demostrado que tan necesario como el apoyo en los primeros días de la vida, es el apoyo continuado a la madre que amamanta en exclusiva durante los primeros 6 meses, y más allá durante la introducción de la alimentación complementaria. Por ello, esta versión renovada de la Iniciativa, contempla su extensión más allá de las Maternidades hacia el cuidado prenatal, las consultas y salas de hospitalización pediátricas, los Centros de Salud y otros sectores de la comunidad (Universidades, puestos de trabajo, sector comercial, agrícola y educativo).

La Iniciativa en España

En España, la Iniciativa fue implantada unos años después. En el año 2001, con representación de asociaciones profesionales y de madres y con el objetivo de desarrollar el Programa Iniciativa Amiga de los Niños en el ámbito del territorio Español, El Comité IHAN España, se constituye como asociación no gubernamental sin ánimo de lucro. En ella caben todas aquellas asociaciones que tengan entre sus objetivos la promoción, el apoyo o la protección de la lactancia.

En estos años, 13 hospitales han sido galardonados Amigos de los Niños y el panorama de las Distintas comunidades Autónomas ha cambiado. Se han desarrollado numerosas acciones para la promoción y apoyo a la lactancia materna en las maternidades; han surgido numerosos grupos de apoyo y se han constituido comités de lactancia en diversas asociaciones profesionales. Todo ello ha incidido positivamente sobre todo en la mejora de las cifras de inicio de lactancia. Sin embargo, la duración media de la lactancia sigue siendo corta, hay demasiados abandonos en las primeras semanas y son muy pocas las madres que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva. Esta situación se repite en todas las comunidades autónomas como puede verse en el gráfico I y en la tabla I elaborados con los resultados

publicados por el Instituto Nacional de Estadística en 2008, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006.

Gráfico I. Prevalencia y duración de la lactancia materna por Comunidades, Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008.

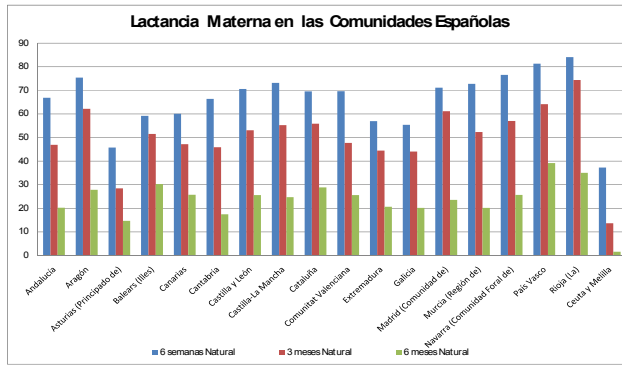


Tabla I. Prevalencia y duración de la lactancia materna por Comunidades, Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008.

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
Total	68,4	2,27	29,34	52,48	10,83	36,70	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,20	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,90	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,20
Asturias	45,80	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Balears	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,50
Canarias	60,04	0	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,90	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,10
Comunitat Valenciana	69,65	4	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,40	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid	71,17	2,63	26,20	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,20
País Vasco	81,37	0	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja	84,11	0	15,89	74,37	0	25,63	35,02	19,89	45,1
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,3

La Iniciativa “Amigo de la Madre y el Niño” en Atención Primaria

En 1998, en el Reino Unido, la Iniciativa Hospital amigo de los Niños se extiende a los servicios de salud de la comunidad con un programa de 7 puntos. Otros países europeos (Irlanda, Francia, Noruega, Suecia,..) adoptan iniciativas similares: es la llamada Iniciativa Centros de Salud Amigos del Niño. En el Continente americano la Iniciativa se extiende a Argentina, Chile, Perú, Canadá y otros.

En todos los países la Iniciativa Comunitaria tiene como misión proteger la salud de la madre y el lactante mediante prácticas de excelencia que aseguren el mejor inicio a la vida en los niños y niñas lactantes y la ayuda a sus familias. Se pretende lograr así, lactancias maternas felices y prolongadas, en exclusiva durante 6 meses y complementadas adecuadamente a partir de entonces hasta los 2 años o más. Y todo ello, contemplado como una necesidad prioritaria de Salud Pública. La Iniciativa Centro Amigo de la Madre y el Niño ofrece una gran receta para trabajar por la Salud de la Población.

Pero además, la Iniciativa incluye los siguientes principios en su programa:

- Se ayuda a las madres y a sus familiares a tomar decisiones de forma compartida e informada
- Se promueve la excelencia en la práctica clínica basada en la evidencia
- Se apoya y promueve la lactancia como un proceso único a través los de distintos niveles de atención
- Se trabaja por el empoderamiento en salud de las madres y familias.
- Se promueve la participación ciudadana

Si la IHAN se enfrenta en las maternidades a los retos de tiempos de hospitalización cada vez más cortos y control del embarazo fuera del ámbito hospitalario, en la Atención Primaria, en España, los principales retos son la dispersión y la escasez de recursos (sobre todo humanos) y las dificultades para la coordinación y homogeneización de las acciones entre niveles. Pero al mismo tiempo, la cercanía a las madres y sus familias, la colaboración entre estamentos como forma habitual de trabajo en equipo y el hábito de trabajo en la Comunidad son fortalezas que permiten asegurar el éxito de esta Iniciativa.

Por todo ello, y conscientes de la importancia que el Centro de Salud juega en el mantenimiento y apoyo a la lactancia y en la promoción de la misma, y siguiendo el ejemplo de otros países europeos, la IHAN Comité Nacional con el apoyo de la Asociación Española de Pediatría y de Pediatría de Atención Primaria, lanza la Iniciativa de Centros de Salud Amigos de la Madre y el niño: ICSAMN.

El objetivo de esta Iniciativa es proporcionar al personal de salud que trabaja en el ámbito Comunitario un programa de acreditación, eficaz y basado en la evidencia que les permita y facilite la tarea de apoyar el mantenimiento y aumentar la duración de la lactancia materna en nuestras Comunidades. La ICSAMN pretende transformar los centros de salud mediante la aplicación de “7 pasos”, con el objetivo de que en ellos, la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna sea la norma. El presente proyecto considera adecuada la adopción de 7 pasos, en consonancia con otros países europeos y Canadá que nos han precedido en la adopción de esta iniciativa. Estos 7 pasos, están basados en pruebas científicas y aprobados como estándares de práctica clínica. Su objetivo es mejorar la calidad de la atención de salud dirigida a las madres, los lactantes y niños pequeños y sus familias, en los Centros de Atención Primaria y se plantean con el objetivo de promover, proteger y apoyar el amamantamiento.

El presente documento desglosa los requisitos que debe cumplir todo Centro de Salud que desee convertirse en Amigo de la Madre y del Niño, así como el proceso a seguir para su

designación y galardón. Posteriores documentos detallarán y complementarán la información aquí ofrecida.

Los Centros de Atención Primaria que adopten esta estrategia pueden solicitar ser evaluados para recibir la acreditación pertinente y el Galardón de Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Para su Acreditación se requiere además que las prácticas del Centro sean consecuentes con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

Esta Iniciativa se extiende con los mismos requisitos a todas aquellas clínicas de Atención Pediátrica o Materno Infantil, de titularidad Pública o Privada, que ofrezcan sus servicios en cualquier parte del territorio estatal, destinadas a la Atención y seguimiento de la Salud del Lactante y del Niño Pequeño y de su madre, a partir de los primeros días de vida.

Los siete pasos para la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna en los Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño en las Comunidades Autónomas Españolas.

Paso 1. Política de Lactancia Materna.

El Centro de Salud tiene una política escrita sobre lactancia materna, adaptada a su realidad laboral y social y consensuada con profesionales y usuarios del Centro de Salud.

Paso 2. Formación del Personal

El Centro de Salud se responsabiliza de formar a su personal con los conocimientos y herramientas necesarias para poner en práctica la Política de lactancia.

Paso 3. Información para Madres Embarazadas

Las madres embarazadas y sus familias reciben información sobre los beneficios del amamantamiento y formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que las capacite para un mejor manejo de la misma en los primeros días tras el parto.

Paso 4. Apoyo a la Madre que amamanta en el inicio y mantenimiento de la lactancia

Las madres que amamantan, son recibidas en el centro en los primeros 5 días tras el nacimiento, o en las 48h tras el alta, y reciben, a partir de entonces el apoyo necesario y adecuado a sus necesidades y expectativas para el establecimiento y logro de la lactancia materna.

Paso 5. Apoyo a la Madre que amamanta a mantener la lactancia materna.

Las madres usuarias del Centro de Salud, que amamantan, reciben el apoyo necesario y adecuado a sus necesidades y expectativas y son animadas a mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y a continuar la lactancia hasta los 2 años tras introducir la alimentación complementaria adecuadamente a partir de los 6 meses.

Paso 6. Atmosfera receptiva y acogedora para la madre que amamanta

El Centro de Salud proporciona una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes amamantados, así como a los grupos de apoyo locales.

Paso 7. Colaboración con la Comunidad: Talleres de Lactancia y Grupos de Apoyo locales

El Centro de Salud colabora y promueve el contacto de las madres del Centro y de los profesionales con grupos de apoyo madre a madre y talleres de lactancia

Además y como requisito de obligado cumplimiento el Centro de Salud deberá acatar el Código de Comercialización de Sucedáneos y las resoluciones de la AMS relacionadas con el mismo.

Desarrollo de la iniciativa.

Por fases:

La plena acreditación de un centro es un proceso complejo, que exige un importante esfuerzo de los profesionales implicados y de la administración de los centros o departamentos de salud. Una aplicación escalonada en fases permite el planteamiento de metas cercanas y una mejor planificación desde el punto de vista administrativo y de gestión

Fase Inicial. Plan de Acción y Certificado de Compromiso:

El Centro de Salud que desea obtener el galardón de Amigo del Niño y de la madre deberá:

1. Solicitar el Registro de su solicitud en la página web de la IHAN. Para ello:
 - a. En primer lugar constituirá un comité de lactancia del Centro de Salud con representación de todos los estamentos y un responsable y,
 - b. Llevará a cabo una autoevaluación de sus rutinas y funcionamiento, que permita identificar en su política y actuaciones, sus puntos fuertes y débiles y su situación en cuanto a lo que exigen los 7 pasos de la ICSAMN.
2. Remitir al Comité ICSAMN su solicitud de registro debidamente validada por el Coordinador del Centro y el Director del Departamento, junto con los resultados de su autoevaluación. La solicitud podrá remitirse a través de la página web de la IHAN.
3. La IHAN remitirá entonces al Centro un contrato para el desarrollo del plan en las diferentes fases. En este contrato el Centro se compromete a cubrir los gastos de las distintas fases y sus evaluaciones (ver documento de costes y contratos), así como la tasa administrativa preestablecida.
 - a. Una vez firmado el Contrato, el Centro de Salud será registrado como aspirante al Galardón en Fase Inicial.
 - b. Los pagos de todo el proceso se realizarán de forma programada y escalonada y pactada por ambas partes.
 - i. Al final de la fase inicial el Centro deberá abonar la tasa administrativa y el coste de evaluación de Política y Plan de Acción.
 - ii. En el caso de solicitar visita de asesor para la realización del Plan de acción, el Comité Local facturará el coste de dicha visita.
4. El Centro entonces debe desarrollar un Plan de Acción para acometer los cambios necesarios, para lo que puede solicitar ayuda a la IHAN:
 - a. Solicitando visita de asesor (tiene un coste)

- b. Solicitando ayuda por vía electrónica (coste simbólico)

Una vez realizado remite a la IHAN el plan de Acción.

5. Además deberá diseñar y plasmar por escrito una Política de Lactancia (la IHAN colgará en la página web modelos para descargar)
6. Finalizados estos documentos, el centro los remitirá a la IHAN que procederá a su evaluación, pudiendo pedir los cambios o aclaraciones que sean necesarios o más documentación si parece preciso. Y finalmente, La IHAN envía el Certificado de Compromiso.

Primera Fase.

- El Centro de Salud desarrolla y envía al Comité IHAN (local o central en su defecto)
 - El Plan de Formación del Personal
 - El Material Educativo para las Madres
 - El Sistema de Registro de Actividades para control y seguimiento (Autoevaluación).
 - El sistema y el plan para la recogida y monitorización de los datos de prevalencia de lactancia en su zona de influencia.
 - El sistema de coordinación con las maternidades de su zona de influencia para la derivación rápida y eficaz de lactantes amamantados.
- El Centro de Salud procede al abono de lo estipulado en el Contrato para esta primera fase
- La IHAN evaluará el material y si procede, tras su aprobación otorga el Certificado de Paso 1.
 - En caso de detectarse necesidades de mejora, la IHAN (comité central o local) proporcionará la información relevante y aconsejará al Centro sobre la forma de abordar dichas necesidades.
 - Una vez solventadas se otorgará el certificado de Primera Fase.
- La IHAN colgará en la página WEB materiales de ayuda para los centros

Segunda Fase.

- El Centro de Salud:
 - Pone en marcha el Plan de Formación para el personal
 - y remite al Comité local o central de la IHAN los registros del Plan de Formación del Personal junto con los resultados de pre y postevaluación de las actividades de formación.
 - Pone en marcha un Taller de Lactancia
 - y remite al al Comité local o central de la IHAN los registros de asistencia, los profesionales implicados y la programación y actividades en el mismo
- EL Comité Local evalúa la documentación remitida.
- El Comité Local (o central) evalúa :

- a una muestra aleatoria de profesionales y personas claves del Centro
 - La evaluación de los profesionales se realizará por entrevistas estructuradas y con observación de la actuación con madres.
- A 2 madres del taller de lactancia y a uno de los profesionales implicados en el mismo, así como el lugar y los materiales utilizados en dicho taller.
- El Centro procede al abono de la cantidad estipulada en el contrato para esta fase
 - Esta evaluación tendrá una duración máxima de un día
 - Esta evaluación será llevada a cabo por un evaluador designado por el comité local en colaboración con el comité de evaluadores de la IHAN.
- Si se alcanzan los objetivos se otorga el Certificado de Paso 2.

Tercera Fase. El Centro de Salud pone en marcha todo el programa

- Cuando considera que cumple todos los objetivos, remite los registros de actividad y de prevalencia de lactancia, al Comité Local y Asesores.
 - Al menos un 75% de las madres en su área de influencia deberán haber elegido la lactancia materna como forma de alimentar a sus hijos
 - Las cifras de prevalencia de lactancia materna exclusiva obtenidas tras encuesta transversal de una muestra aleatoria de la población infantil de la zona de influencia del centro de salud deberán estar al menos un 10% por encima de las cifras publicadas por el INE para la Comunidad autónoma a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses.
- Si el comité Local considera que el Centro está preparado y cumple los objetivos, remite la documentación a la IHAN y esta manda sus evaluadores
- Se realiza la Evaluación de la IHAN:
- Si está se supera, el Centro recibe el Galardón

Proceso de evaluación externa de la IHAN

La acreditación IAN para los servicios de salud comunitaria requiere de la plena implantación del Plan de Siete Puntos así como de la evaluación-auditoría por un equipo de evaluadores IAN.

Un Centro de Salud podrá solicitar la acreditación IAN tras obtener los Certificados de Compromiso, Primer y Segundo Paso. Todos los Centros que quieran conseguir la acreditación IAN serán evaluados de acuerdo con los mismos criterios. De una muestra aleatoria de personal sanitario, mujeres embarazadas, madres de recién nacidos y madres con hijos pequeños, al menos el 80% debe constatar/ confirmar o demostrar que se les ha informado de acuerdo con lo estipulado en anteriores apartados.

Durante un periodo de 2 días, un equipo evaluador, liderado por un evaluador líder, realizará una evaluación exhaustiva de las políticas y prácticas de la organización y una serie de entrevistas. Los miembros del equipo evaluador no tendrán relación alguna, ni habrán tomado parte activa en el Centro de Salud o Departamento al que pertenece el solicitante.

El procedimiento de evaluación externa consistirá en entrevistas estructuradas con los profesionales sanitarios, con personal de recepción, miembros de la dirección, mujeres embarazadas, madres de recién nacidos y madres con hijos pequeños. Asimismo, se observará el servicio in-situ. Al principio de todas las entrevistas se explicará de forma informal

el propósito de la misma, y se informará a todos los presentes de la confidencialidad de las mismas. Los evaluadores demostrarán una actitud de apoyo a los entrevistados, haciendo todo lo posible para asegurarse de que entiendan todas las preguntas.

Además de determinar si el Plan de Siete Puntos se ha implantado íntegramente, los resultados de las entrevistas servirán al Centro de Salud para identificar aquellas áreas que necesiten mayor atención.

Publicidad de la iniciativa.

La presente iniciativa será presentada oficialmente en el Congreso de Lactancia Materna de Murcia, en 2009 y los documentos y requisitos quedarán expuestos y dispuestos para su descarga y uso en la página oficial de la IHAN ESPAÑA www.ihan.es

Fuentes utilizadas en la realización de este proyecto

1. www.babyfriendly.co.uk. The seven point plan September 2008-11-15
2. Canada guiding principles ICSAN 2004
3. Baby Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.
4. Going Baby Friendly. A staged approach. UNICEF UK BFHI Information sheet.
5. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Lineamientos para su implementación. Argentina.

Proyecto de formación de formadores en la IHAN.

Josefa Aguayo Maldonado

Neonatóloga. Hospital de Valme. Sevilla. Comité de Lactancia Guardería Materna. IBCLC.

La intervención avanzada en lactancia es una de las medidas más costo efectiva en términos de salud infantil que se puede realizar con un nivel de evidencia científica tipo A. Sin embargo, las cifras de prevalencia de la lactancia materna en España están aún muy por debajo de lo recomendado por la OMS. El porcentaje de madres que inician la lactancia hoy es muy similar al de hace veinte años, si bien se observa una mejora significativa en lo que se refiere a la duración media de la lactancia materna.

Uno de los principales problemas detectados en la mejora de las tasas de prevalencia de lactancia materna sigue siendo el conocimiento de los profesionales de la salud, tanto en conocimientos teóricos como prácticos, así como en el manejo de los problemas para la puesta en marcha de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) como criterios de buenas prácticas clínicas reconocidas para mejorar la salud de la población infantil.

Las necesidades de formación se encuentran reflejadas en múltiples documentos, por lo que reflejaremos aquí algunos de ellos: Los diferentes estudio de prevalencia de la lactancia materna en España. El Proyecto de la Unión Europea sobre la Promoción de la lactancia en Europea, que incluyen la formación del personal. Contratos Programas de las diferentes Consejería de Salud de las diferentes CCAA. El Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo mediante los convenios de colaboración de estrategia de atención al parto normal que recoge la lactancia materna como intervención clave en Salud Pública. Haremos referencia más detallada a las iniciativas institucionales a nivel Europeo.

En 1999, en el marco del “Programa Salud 21” de la Oficina Regional para Europa de la OMS, “Iniciar la vida en buena salud”, se reconoce la importancia de la lactancia materna para la salud y el bienestar físico y psíquico de madres e hijos, y se establece la meta operativa de lograr que el 60% de los niños europeos sean amamantados exclusivamente hasta el sexto mes de vida. En el año 2000, el proyecto EUODIET recoge la necesidad de aumentar la prevalencia de la lactancia materna en Europa.

En el 2000, el consejo de la Unión Europea elabora la “Resolución sobre Nutrición y Salud”, donde la lactancia materna es reconocida de manera oficial como una prioridad. Esta prioridad también es recogida en el “Primer Plan de Acción para una Política de Alimentación y Nutrición”, de la Oficina regional para Europa de la OMS para 2000-2005. En el 2001, se celebra en Estocolmo la Conferencia sobre monitorización de la lactancia materna, y concluye que un sistema europeo de recogida de información relativa a la lactancia materna debería ajustarse a la propuesta por la OMS.

En el 2004, se presentó el documento “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción”, donde concluyen que la prevalencia y duración de la lactancia materna en Europa está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS y UNICEF, así como que no existe uniformidad en la recogida de datos sobre lactancia materna. Y se propone el consejo directo por parte de personal sanitario adecuadamente formado, y la necesidad de la formación del personal sanitario relevante de forma continuada. El personal de salud relevante debe ser alentado a asistir a cursos de Lactancia Materna, que han demostrado ser la manera más adecuada para mejorar competencias.

La educación a los profesionales incluye cualquier programa que mejora el conocimiento, habilidades, actitudes o comportamientos de los profesionales sanitarios en la importancia de la lactancia materna, la fisiología y manejo de la lactancia, y consejos relacionados con la

lactancia. Algunos clínicos carecen de las habilidades para manejar problemas derivados de la lactancia.

Mientras que la educación a profesionales puede ser un prerrequisito para el éxito en las intervenciones, una revisión Cochrane no encontró evidencia que educación a profesionales como elemento aislado mejorara directamente la frecuencia de inicio o duración de la lactancia. Cursos intensivos iniciales en lactancia pueden ser efectivos en incrementar el conocimiento de los profesionales de la salud y por tanto ser un componente importante en programas integrales para promover la lactancia. Todo profesional de la salud que contacta con mujeres en edad reproductiva o con niños necesita un conocimiento básico de lactancia materna. Aquéllos que trabajan en áreas de maternidad necesitan mayor conocimiento y habilidades relacionadas directamente con lactancia materna. Además, es necesario un grupo de profesionales altamente cualificados para tratar problemas complejos de lactancia. La educación es necesaria al menos en tres áreas: Importancia de la lactancia materna; manejo de la lactancia: los médicos que recomiendan alimentación suplementaria o no aconsejan sobre la duración de la lactancia a las madres, hacía que disminuyera la lactancia materna exclusiva a las 12 semanas postparto; comunicación con mujeres embarazadas y madres.

Al constituir la lactancia materna un problema de salud pública, es necesario actuar de forma multidisciplinar. Nuestro objetivo es actuar sobre los profesionales sanitarios, actores implicados en el problema, mediante el diseño de un curso de formación de formadores en lactancia materna dirigido a ellos.

Además, Se ha determinado un déficit importante de conocimientos teóricos y aspectos prácticos en el manejo de problemas propios del amamantamiento. Por todo ello, es necesario establecer un plan de formación de profesionales sanitarios en los aspectos antes citados. Una estrategia efectiva es la formación de personal con estas características que tenga a su vez un efecto multiplicador, esto es formación de formadores en lactancia materna.

En el ámbito de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y siendo un tema extensamente demandado por los y las profesionales sanitarios que trabajan en el entorno materno-infantil, se ha puesto en marcha el grupo de formación de formadores en la IHAN con objeto de desarrollar los objetivos de la IHAN a través de actividades formativas basadas en la estrategia de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna de Europa 5, que incorpora a su vez, la metodología de trabajo sobre los cursos de capacitación de la OMS para conseguir la mejora de la atención relacionada con las prácticas que llevan a la implementación de la lactancia materna en el seno de una decisión informada y respetada para la mujer.

Este es un punto central de un debate demandado por los profesionales de la salud, y una preocupación actual de las instituciones y políticas sanitarias. Para ayudar a que el Sistema Nacional de Salud responda a este desafío, La IHAN en España crea un grupo de específico de profesionales para impulsar la formación, cuyo esfuerzo se ha ido materializando en la puesta en marcha de un curso modelo donde se le da cabida a la participación y que refrenda, a su vez, un compromiso formativo multiplicador.

Con esta actividad formativa se pretenden seguir los lineamientos europeos de salud materno-infantil recogidos por "Proyecto de la UE sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia en Europa. Plan Estratégico para la Acción" 5 con los que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha adquirido compromiso de cumplimiento.

Justificación y objetivos:

Lograr que haya personas capacitadas y formadas para impartir adecuadamente los temas que se incluyen en el curso de actualización en lactancia materna de la OMS-Unicef desde la perspectiva de la IHAN. Se trata de diseñar y ofrecer un curso-taller con suficiente base teórico-práctica para profesionales sanitarios, con la finalidad de proporcionarles conocimientos y

habilidades en lactancia materna suficientes para transmitirlos a los profesionales de los diferentes niveles de servicios de salud.

Estas/os profesionales capacitados a su vez podrán impartir posteriormente, cursos de reciclaje en sus respectivos lugares de trabajo, de manera que se pueda conseguir que un gran número de centros sanitarios tenga la capacitación del personal que ha recibido información imprescindible para iniciar el cambio en las prácticas clínicas, las actitudes y aptitudes para la puesta en marcha de la IHAN y cuyos contenidos sean homogéneos.

Los objetivos generales y específicos a desarrollar se recogen en la Tabla 1

Tabla 1. Objetivos generales y específicos del curso formadores

OBJETIVOS GENERALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear y apoyar una red de profesionales para el desarrollo de la IHAN 2. Mejorar las prácticas de alimentación de lactantes, siguiendo las lineamientos de la OMS y UNICEF, con los beneficios en la salud materna e infantil que ello supone. 3. Capacitar al personal de salud para poner en práctica la política de lactancia dentro del marco de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, de la OMS y UNICEF como estrategia.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar a los participantes las herramientas indispensables para que desarrollen las habilidades clínicas e interpersonales necesarias para fomentar, proteger y apoyar prácticas óptimas de lactancia materna y cuando sea requerido, para ayudar a las madres a superar dificultades. 2. Conocer el impacto de la lactancia artificial sobre la salud infantil. 3. Capacitarse para valorar, diagnosticar y establecer prácticas que ayuden a las madres en el establecimiento de la lactancia materna. 4. Revisar las intervenciones eficaces en el abordaje de la lactancia materna a la luz de la evidencia científica disponible. 5. Capacitarse en intervención avanzada en lactancia materna. 6. Formación del personal sanitario que atiende a las madres sobre el tema de la lactancia materna en sus diversos aspectos, científico-técnicos, humanización y atención centrada en el vínculo madre-padre-hijo. 7. Capacitar y trabajar en el cambio de actitudes de los profesionales hacia el respeto a los derechos de la madre y del recién nacido en el proceso de nacimiento y crianza, a través de la lactancia materna. 8. Promover la lactancia materna, desde el respeto a las decisiones informadas.

Metodología

La metodología que se sigue es eminentemente práctica, cada sesión consiste en una exposición de los contenidos programados complementados con medios audiovisuales (diapositivas en Power Point, video grabaciones) y en ejercicios prácticos de carácter

interactivo con juego de roles, análisis de casos reales y demostraciones con la finalidad de facilitar la asimilación e integración de la información y el entrenamiento recibido.

La formación a los profesionales está pensada como “una enseñanza entre iguales”, es decir, aquellos profesionales que ya tienen experiencia y formación en lactancia transmiten a sus compañeros los contenidos teóricos y sobre todo la manera eficaz de cómo incorporar la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el quehacer clínico cotidiano.

El curso se adapta a las normas recomendadas por OMS y UNICEF en relación a la capacitación en lactancia materna 10. (BIBLIO). A fecha enero del 2009 se han realizado 3 ediciones del curso de 20 horas, uno en Málaga, para la capacitación de profesionales que constituyen en grupo formativo y cuya docente invitada fue Sofia Quintero, experta en actividades formativas de la OMS y capacitadora en lactancia, los siguientes han sido realizados en Cuenca y Madrid, con un modelo de programa similar al recogido en la Tabla 2. y con un perfil de profesionales según recoge la Figura 1. Se han formado alrededor de 50 profesionales de diferentes disciplinas, siendo el curso muy bien valorado. Para el año 2009 están previstos varios cursos por las diferentes comunidades autónomas.

Tabla 2. Modelo programa del curso de lactancia materna.

CURSO LACTANCIA MATERNA DE 20 HORAS			
Duración	Temas	Contenido	Profesorado
7 h.		DÍA 1	
30	Presentación +30		
60	Evaluación y observación de una mamada (4)+60 (5)+60	Signos de buen y mal agarre al pecho. Posición correcta. Evaluación de una toma para identificar a la madre que necesita ayuda Utilización de la ficha de observación de la toma con diapositivas	Profesor/a 1 Profesor/a 2
60	Cómo colocar al bebé al pecho (10)+60	Cómo ayudar al una madre a colocarse el bebé al pecho correctamente en diferentes posiciones. Vídeo Suzanne Colson	Profesor/a 2
0	DESCANSO		
90	Cómo escuchar y aprender (6)+60 [7]+60 Reforzar la confianza y dar apoyo (11)+60 [12]+60	Utilización de técnicas de comunicación. Como lograr una comunicación eficaz y cómo obtener la información de la madre. Utilización de habilidades de comunicación para reforzar la confianza de la madre.	Profesor/a 3
60	Extracción de leche materna (20)+60	Aprendizaje de la técnica de extracción de leche.	Profesor/a 1
0	COMIDA		
120	Práctica 1 Observación de la toma (9)+120	Práctica de observación de la toma con madres, sin intervención	3-4 Profesores 3-4 grupos

7 h.		DÍA 2	
60	Importancia de un buen comienzo. Asistencia al RN en la sala de partos. Capacidad perceptiva del RN. Contacto precoz		Profesor/a 4
60	Leche insuficiente (21)	Cuándo un bebé está obteniendo la leche que necesita y cómo ayudar a la madre cuando no es así.	Profesor 2
0	DESCANSO		
120	Práctica 2 Ejercicios sobre afecciones del pecho (15)+30 El bebé se niega a mamar (16)+30 Llanto y leche insuficiente [23]+45	EJERCICIOS ESCRITOS	3-4 Profesores 3-4 grupos
0	COMIDA		
120	Práctica 3 Cómo obtener una historia clínica de lactancia (17)+60 (18)+60 [24]+120	Obtener una historia clínica de lactancia para poder diagnosticar y abordar problemas. ROL-PLAY	3-4 Profesores 3-4 grupos
6 h.		DÍA 3	
60	Bajo peso al nacer y bebés enfermos (26)+60	Manejo de la LM con bebés enfermos. Ictericia... Contraindicaciones de la lactancia materna	Profesor/a 4
60	El recién nacido prematuro. UCIN de puertas abiertas. Método madre canguro.		Profesor/a 3
0	DESCANSO		
120	Práctica 4. Reforzar la confianza y dar apoyo. Colocación del bebé al pecho. (13)+120	Práctica de habilidades para reforzar la confianza y ayudar a la madre a colocarse el bebé al pecho	3-4 Profesores 3-4 grupos
30	Clausura +15		
Evaluación del curso			

En definitiva se trata de una estrategia formativa en cadena (figura 1) donde se pueda realizar un foro de intercambio con recursos para avanzar en la formación de lactancia materna como meta para lograr llevar las evidencias científicas a la práctica clínica y para vencer las resistencias, temores o incertidumbres que genera cualquier cambio que parecen tener que ver con la necesidad de conocimientos o información actualizada, y con la necesidad de propiciar actitudes de autocrítica hacia el quehacer diario.

La formación es un instrumento potente para el cambio, que permite la transmisión de conocimientos además de la modificación de estereotipos, el cambio actitudinal, la

sensibilización, así como, a largo plazo, la movilización de toda una cultura profesional que pretende respetar los derechos tanto de la mujer como del lactante y la mejor estrategia de alimentación infantil, favoreciendo la difusión en cascada de las mejores prácticas.

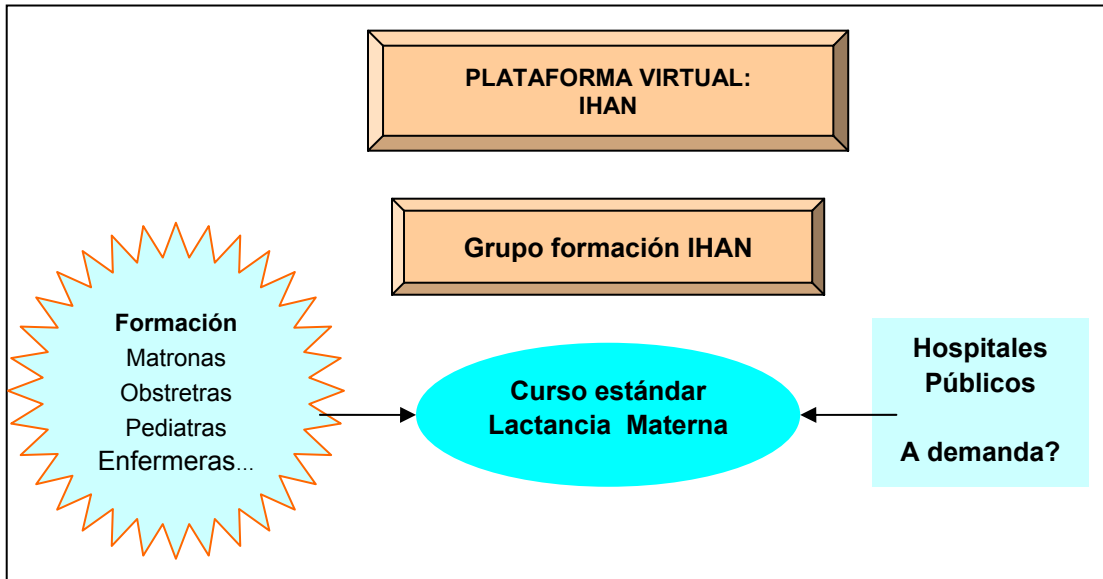


Fig 1. Estrategia formativa virtual

Bibliografía

1. OMS. Health 21: the health for all policy for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999. Documento electrónico accesible en <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
2. European Comisión Directorate General for Health & Consumer Protection. Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe: the EURODIET Evidence. Pub Health Nut 2001; 4(2(B))
3. European Commision Directorate General for Health & Consumer Protection. The EURODIET Reports and Proceedings. Pub Health Nut 2001; 4(2(A))
4. OMS. First Action Plan for Food and Nutrition Policy. Copenhagen: WHO, 2001. Documento electrónico accesible en <http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
5. European Commission. Directorate of Public health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breasfeeding in Europe: a Blueprint for action. Luxembourg: 2004. Documento electrónico accesible en http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
6. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians'breasfeeding knowledge, attitudes, training, and experience. JAMA 1995;273(6):472-6
7. Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians'practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics 1999;103(3):E35
8. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Snowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technology Assessment 2000;4(25):1-171
9. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn LM, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Pediatrics 2004;113(4):E283-90
10. OMS/ UNICEF. Guia del capacitador en lactancia materna disponibles en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDR_93.3_spa.pdf

Situación de la IHAN en el mundo y en España. Pasado, presente y futuro.

Jesús Martín Calama.

Pediatra. Hospital Obispo Polanco. Teruel. Coordinador Nacional de la IHAN.

Antecedentes de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un proyecto a nivel mundial de la Organización Mundial de Salud y de UNICEF que pretende crear un ámbito de salud favorable a la lactancia materna para conseguir el mejor comienzo posible de la vida. Tiene dos objetivos principales:

- Transformar los hospitales y las maternidades mediante la implementación de los *Diez Pasos*
- Implantar el cumplimiento del Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en hospitales y maternidades.

La Iniciativa no fue un invento improvisado de UNICEF/OMS. Surgió como resultado de la experiencia vivida en el Hospital Universitario de San Diego, California, tras reconocer que no se prestaba suficiente atención a la lactancia materna. Los cambios que provocó en ese centro la modificación de los protocolos de asistencia a los recién nacidos normales y a sus madres fueron tan llamativos que atrajeron la atención de los dirigentes de OMS/UNICEF.

Los responsables del centro en aquella época, deseaban ofrecer la mejor atención a los recién nacidos y sus madres, pero desconocían la trascendencia de la lactancia materna. Con su mejor intención, ingresaban a todos los recién nacidos en “El Nido”, una estancia grande donde enfermeras expertas los vigilaban, controlaban sus constantes, cambiaban los pañales, calmaban su llanto con chupetes y cuidaban de que no pasaran hambre ofreciéndoles leche artificial cada 3 horas. Al no tener que estar pendientes de sus hijos, las madres podían descansar más. En horas preestablecidas, los niños eran llevados a la habitación de sus madres para que pasaran algunos ratos con ellas. Antes del alta, la madre recibía explicaciones de cómo cuidar a su hijo con especial atención a la forma de alimentarlo, para que no pasara hambre y pudiera perder peso. Las explicaciones eran necesariamente amplias porque las madres apenas conocían el comportamiento de sus hijos. No les habían escuchado llorar ni les habían cambiado ningún pañal.

A raíz de un taller sobre lactancia en el que participaron de forma casual, los pediatras del equipo que dirigía Audrey Naylor descubrieron lo poco que sabían sobre lactancia, y reconocieron que ni siquiera habían sido conscientes de su trascendencia.

Al reevaluar su método de trabajo, fueron descubriendo las barreras que habían puesto a las madres lactantes y que llevaban al fracaso la mayoría de las lactancias. Comenzaron a introducir cambios. Eliminaron el nido, dejando que las madres cuidaran de sus hijos. Animaban a las madres a que dieran el pecho desde los primeros momentos. Redujeron las tomas de leche artificial, y para calmar el llanto de los niños los colocaban al pecho en lugar de darles chupetes. El número de lactancias aumentó. De cada madre aprendían algo nuevo. El entusiasmo por los cambios conseguidos les llevó a crear un centro para estudiar y enseñar la forma de mejorar su atención a las madres y a los recién nacidos. Así surgió Wellstart. A medida que aumentaban sus conocimientos y las evidencias de la importancia del apoyo a la lactancia, aumentaba también su asombro hacia los años que habían estado ciegos a esta realidad.

Conscientes de que era necesario transmitir a otros centros su experiencia, convocaron cursos e invitaron a profesionales a visitar su hospital. Margaret Kyenkya de la oficina de UNICEF en

Ney York asistió a una de esta jornadas de actualización en lactancia, comprendió el mensaje que le transmitieron en San Diego y lo trasladó al Director Ejecutivo de Unicef en aquella época, Jim Grant que acogió la idea con entusiasmo.

Aquellos años fueron decisivos para la lactancia. En 1981 se había aprobado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en 1986 la OMS adoptó una resolución adicional recomendando la prohibición de la donación o venta a bajo precio de los sucedáneos en los hospitales de los países miembros.

En este ambiente surge la conexión entre el hospital de San Diego con UNICEF/OMS. Los representantes de OMS y UNICEF pidieron al hospital de San Diego que hiciera una recopilación de todo lo aprendido en los años anteriores, sintetizándola en unas recomendaciones claras y concisas. De estas recomendaciones surgió en 1989 la declaración conjunta OMS/UNICEF: "Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna". Esta publicación resumía en Diez Pasos las actuaciones que debían llevar adelante las maternidades para conseguir el éxito de la lactancia, describiendo como implementar cada paso y porqué eran necesarios.

OMS y UNICEF promovieron reuniones internacionales para animar a los gobiernos a apoyar la lactancia materna. Entre los grandes objetivos mundiales para la infancia se fijó "Lograr que para el año 2000, todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año".

Las declaraciones y los resultados de las reuniones no llegaban a los profesionales y apenas se conseguían cambios en los hospitales y maternidades. Jim Grant ideó una nueva fórmula: premiar a los Hospitales que se animaran a introducir cambios en las rutinas de asistencia a los recién nacidos sanos. Él mismo propuso el nombre para el premio "Baby Friendly Hospital Award". La traducción al español como Hospital Amigo de los Niños, levantó polémica tanto por la confrontación "Amigo/No Amigo", como por la implicación de género "Niñ@s"

En 1991, en Ankara, durante el Congreso de la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), se lanzó oficialmente la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

En 2002 la Junta Ejecutiva de UNICEF en el 2002, reafirmó la relevancia y la urgencia de la implementación de los Diez Pasos y la aplicación total del Código Internacional. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño mantiene la recomendación de utilizar la IHAN para el establecimiento y apoyo a la lactancia materna y la presenta como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad.

Revisión de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

La experiencia acumulada durante 13 años y la necesidad de reafirmar la dirección que debía seguir la Iniciativa en el futuro años, llevó a UNICEF y OMS a revisar en profundidad la iniciativa. Durante los años 2004 y 2005 se solicitó la opinión de coordinadores nacionales, evaluadores, expertos en lactancia y representantes de gobiernos. Como resultado de esta revisión en profundidad OMS y UNICEF publicaron en 2006 (inglés) y en 2007 (español) una versión revisada, actualizada y ampliada de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, que está disponible desde la página web de OMS.

El nuevo paquete de la IHAN se desarrolla a lo largo de 5 amplias secciones:

1. Antecedentes e Implementación: Ofrece una guía de aplicación a nivel de país, y a nivel hospitalario. Desarrolla los Criterios Globales de la IHAN con justificaciones basadas en la evidencia y propone ampliaciones de la Iniciativa: Comunidades amigas del bebé, Establecimientos amigos de la madre y del niño, Centros de Salud amigos de

- los niños. Como gran novedad incluye entre los objetivos de la iniciativa la atención amigable hacia las madres durante el parto
2. Fortalecimiento y Sostenibilidad de la IHAN. Curso par responsables de Salud. Adaptada del Curso de la OMS para administradores y diseñadores de políticas de salud.
 3. Curso de 20 horas para el personal de las maternidades que incluye la guía para los instructores, los contenidos de las sesiones e incluso las diapositivas en power point.
 4. Monitorización y autoevaluación para hospitales. Ofrece instrumentos para ayudar a los gerentes de hospitales a valorar la situación del centro antes de solicitar la evaluación externa.
 5. Manual de evaluación externa. Documento accesible sólo a evaluadores de la IHAN que introduce novedades para la acreditación de hospitales como Amigos de los Niños: Atención amigable a la madre durante el parto, Reforzamiento del Código, Apoyo a las madres que no amamantan y correcta asistencia a madres infectadas por VIH.

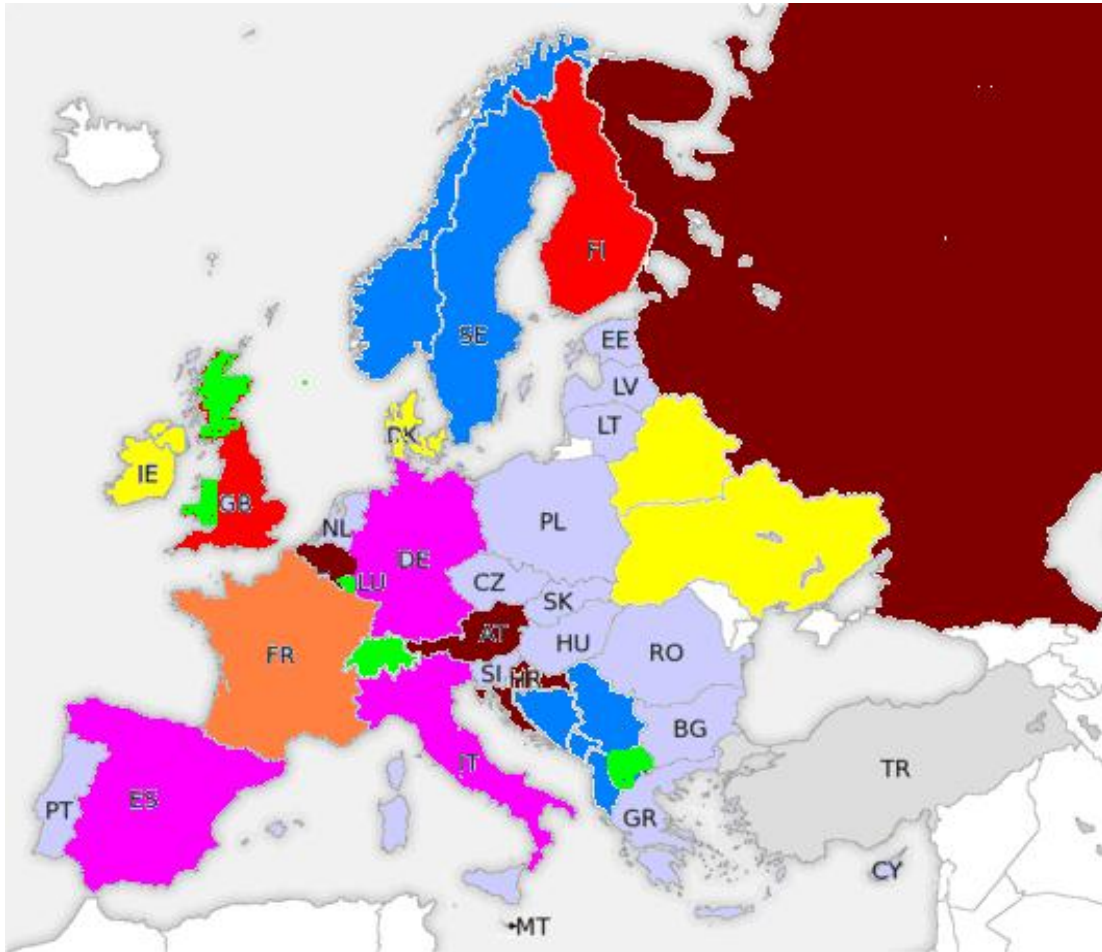
Situación actual de la IHAN a nivel mundial.

La iniciativa ha mantenido un ritmo continuo de implantación y crecimiento. En algunos países europeos, la acreditación de los hospitales como Amigos de los Niños se considera un buen indicador de calidad asistencial y se utiliza para valorar el rendimiento de los profesionales.

La situación varía mucho entre países tanto en lo que se refiere a apoyo institucional e implicación de profesionales como al grado de implantación. Mientras algunos sufren la falta de recursos, en otros la iniciativa se extiende ya a las unidades de prematuros, a los centros de salud o al reconocimiento de ciudades amigas o establecimientos amigos.

Los datos mas recientes sobre la implantación de la iniciativa fueron presentados en la reunión de Coordinadores Nacionales celebrada en Ginebra en junio 2008.

Gráfico 1.- Mapa Europa: porcentaje de nacimientos en maternidades amigas de la madre y el niño respecto al total de nacimientos



<1%	1-5%	6-14%	15-30%	21-40%	41-60%	60-90%	>90%

Gráfico 2.- Porcentaje de maternidades han respecto al total de maternidades en varios países, comparación 2005 - 2008.

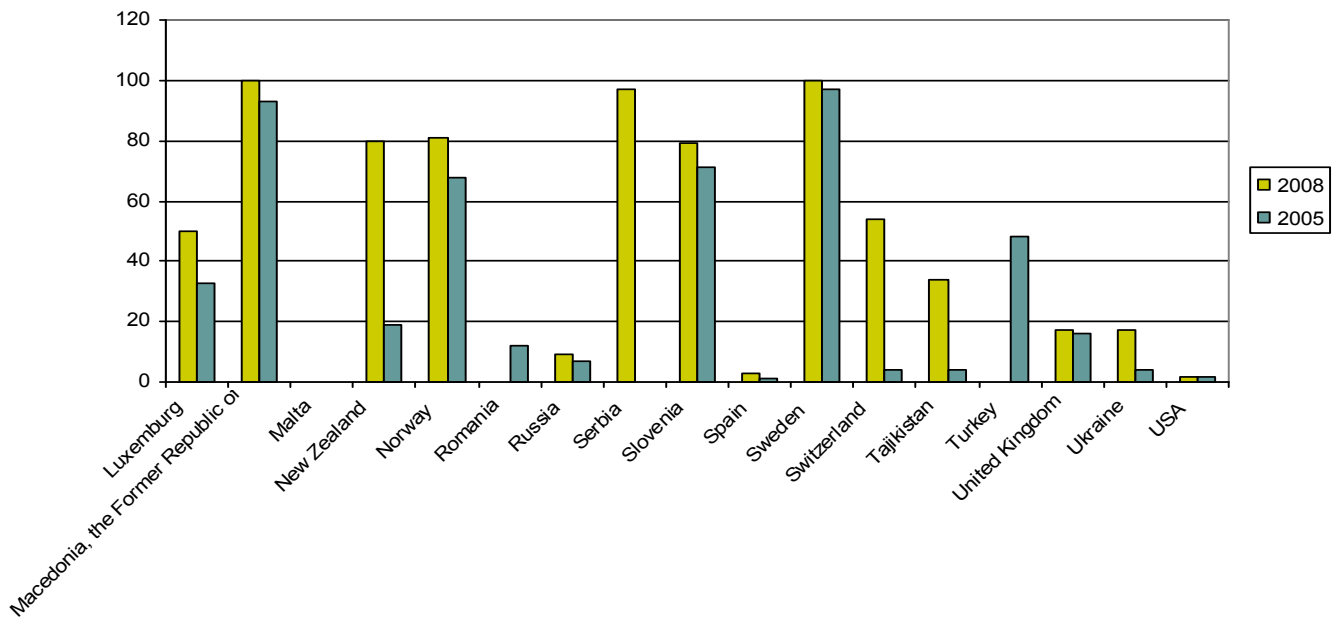
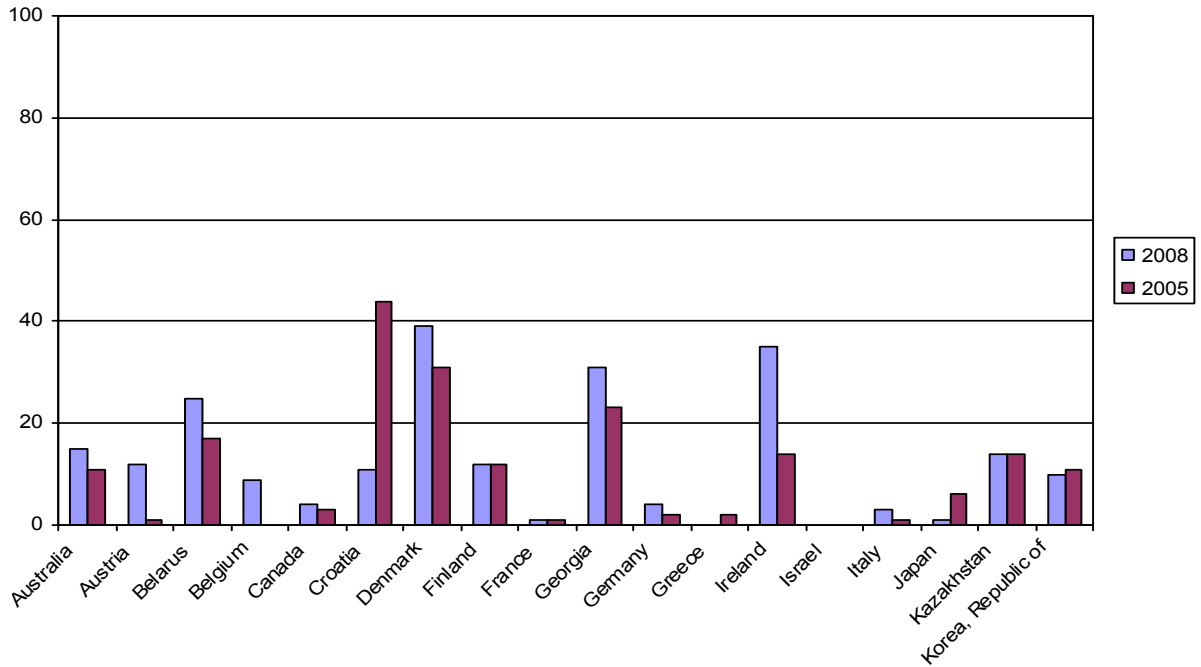


Gráfico 2.- Duración media de la lactancia materna en 13 países

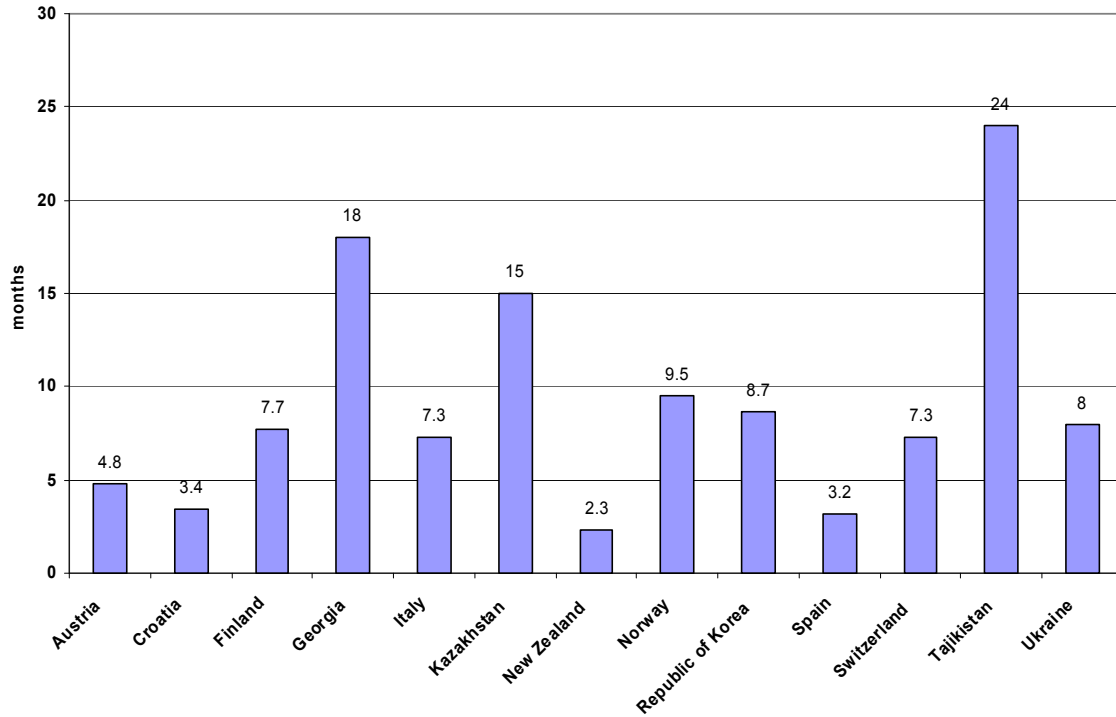
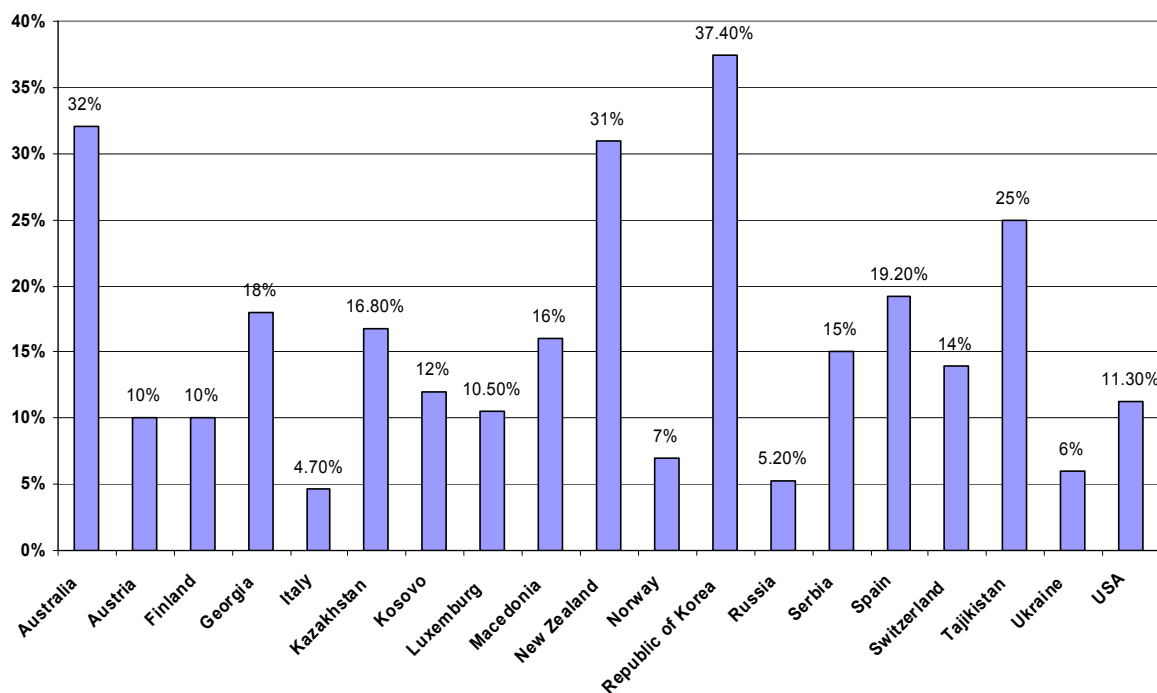


Gráfico 3.- Datos más recientes sobre lactancia materna exclusiva (2001-2007) en niños menores de 6 meses



Nuevos proyectos de la IHAN en España.

En España la Iniciativa también ha analizado la experiencia de los años previos y ha replanteado sus objetivos.

Después de un excelente trabajo de sensibilización hacia la lactancia, de impartir cientos de cursos de formación, de liderar actividades de promoción y de conseguir la introducción del apoyo a la lactancia en los parlamentos autonómicos la IHAN-España ha sentido la necesidad de reorganizar su estrategia.

A pesar de que cada vez son más los hospitales que desean ser acreditados, los informes de los evaluadores externos confirman que la mayoría necesitan ayuda para conseguir alcanzar el galardón. Hay interés, hay formación, pero falta método. Para dar respuesta a esta necesidad, la IHAN ha planteado la creación de una nueva figura, El Asesor de Hospital. Un profesional experimentado, del grupo de evaluadores, próximo al hospital que pueda orientar y conducir los cambios necesarios en los hospitales antes de que soliciten la Evaluación Externa.

También se ha visto necesario organizar la formación. Ha sido muy buena la multitud de cursos desarrollados estos años y con ella se ha conseguido mejorar los conocimientos y actitudes de muchos profesionales. Pero siendo conscientes de la importancia de formar adecuadamente, la IHAN también ha sentido la necesidad de comenzar a reconocer la formación de aquellos profesionales que aspiran a convertirse en formadores, capacitadores, evaluadores o asesores dentro del esquema de la IHAN.

La organización política de España en Autonomías, hace aconsejable dar un impulso mayor a los Comités Autonómicos. Dentro del proyecto de trabajo, la IHAN pretende delegar en los Comités Autonómicos las labores de formación y asesoría, manteniendo desde el Comité Nacional la necesaria unidad de criterios, fomentando la igualdad de oportunidades entre los distintos territorios del mapa estatal y garantizando la evaluación externa similar en todos los hospitales que aspiren a la acreditación, de forma que no se disminuya el nivel de exigencia.

Las peculiaridades del momento hacen necesario disponer de una herramienta de comunicación eficaz que permita ofrecer información de forma rápida y que favorezca el intercambio de opiniones o la difusión de iniciativas. La IHAN ha hecho un gran esfuerzo por mejorar su imagen en internet, renovando completamente la página web y dotándola de herramientas que puedan ser utilizadas por hospitales, asociaciones, grupos y particulares que dedican parte de su tiempo a la lactancia. Por primera vez el Congreso Español de Lactancia Materna se gestiona desde la página de la IHAN; se ha creado un directorio de grupos de apoyo con posibilidad de modificación de los datos por los propios responsables de los grupos; se ha puesto en marcha un foro de debate sobre temas de lactancia. En los próximos meses ampliaremos la información sobre el nivel de acercamiento a la IHAN de todos los hospitales de España, permitiendo el acceso de cada hospital a sus propios datos.

Otros países han visto la necesidad de prolongar las actividades de promoción de la la Iniciativa hacia los centros de Salud. También nosotros hemos trabajado en esta línea avanzando un proyecto preliminar de la Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños.

La IHAN es sensible a la necesidad de colaborar estrechamente con los Grupos de Apoyo de Madres Lactantes. Estamos trabajando en la elaboración de materiales de formación propios que puedan ser utilizados por los Grupos de Apoyo: textos escritos, videos, cursos específicos para monitoras o coordinadoras.

Y también, conscientes de que los mensajes dirigidos a los profesionales no acaban de llegar, o no llegan en la forma más idónea, la IHAN ha apostado por la creación de un Gabinete de Comunicación que será el encargado de planificar la presencia de la Iniciativa en las reuniones

de profesionales, mejorar los mensajes que transmite la IHAN y dar relieve en los medios a las actividades mas trascendentes que se realicen.

La fuerza de la IHAN radica en la convicción de que el trabajo que realizamos merece la pena. Los agradecimientos de las madres que consiguen amamantar y la salud de sus hijos son nuestra mejor recompensa.

Mesa 7: “Calidad y Lactancia materna”

Políticas y estrategias de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el ámbito europeo.

Adriano Cattaneo.

Investigación en Servicios de Salud, Epidemiología y Salud Internacional, Instituto para la Salud de la Madre y del Niño IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italia.

En los países de la Unión Europea las tasas de lactancia materna exclusiva a 6 meses son bajas en relación a lo recomendado. El documento "Protección, promoción y ayuda a la lactancia en Europa: planes para la acción", desarrollado entre 2002 y 2004 durante un proyecto financiado por la Comisión Europea, puede contribuir a desarrollar buenas políticas y planes de acción a nivel nacional y local. El documento ha sido mejorado y se ha vuelto más práctico en un proyecto piloto realizado entre 2005 y 2008 en ocho países de la Unión Europea. El proyecto ha demostrado que el uso del documento como guía permite aumentar el número de actividades realizadas en el ámbito de un plan de acción nacional o local. Sin embargo, el desarrollo de buenas políticas y planes de acción, y el aumento de las actividades, pueden no ser suficientes para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva a 6 meses. En particular, hay que implementar los planes de acción con adecuados recursos y sobretodo con atención a la calidad de las actividades que se realizan. Durante la ponencia se discutirán ejemplos de atención a la calidad, sin la cual algunas intervenciones citadas en el documento europeo podrían resultar ineficaces.

Modelos de calidad y actividades gerenciales orientadas a la adecuación de los servicios sanitarios a la Lactancia Materna.

Manuel Alcaraz

Gerente del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

Introducción

La preocupación por la calidad se remonta a las primeras civilizaciones. La propia actividad gremial establecía reglamentos que normalizaban la calidad de los productos de cada oficio. Pero es a raíz de la revolución industrial, a comienzos del siglo XX, cuando se pasa de un sistema de control pasivo, basado en el control por parte del consumidor de los bienes y de servicios que recibe, a un sistema activo, realizado por los propios elementos productivos. La industria asumió la función del control de la calidad, basado en supervisiones finales e intermedias de los bienes producidos.

A mediados del siglo XX se incorporan sistemas de gestión de la calidad. Se abrió un diálogo en torno a la fiabilidad y posteriormente al aseguramiento de la calidad. La incorporación de normas técnicas en los procesos de producción, normas DIN, BS o ISO, pretenden asegurar un elevado nivel de calidad al cliente.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, en el ámbito de la industria japonesa, se extienden los procesos de mejora, no solo al propio proceso de producción, sino a todos los elementos de las organizaciones; nace así la calidad total. Este nuevo concepto termina por implantarse en los países occidentales a partir de los años 70, como respuesta al exitoso despliegue de los productos japoneses y la gran capacidad del cliente para poder elegir.

Actualmente la calidad constituye una estrategia de posicionamiento con la que las organizaciones buscan ventajas competitivas.

Identificación del problema

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, es un problema de salud con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. La relevancia del problema ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en diferentes declaraciones. La OMS en su 55ª asamblea mundial en el año 2002 acordó como recomendación de salud global y pública que los "niños deben ser exclusivamente amamantados durante los primeros seis meses de vida para conseguir un crecimiento, desarrollo y salud óptima, y que posteriormente deben recibir comida segura y adecuada mientras la lactancia materna continua hasta los dos años o más".

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), estrategia de ámbito mundial promovida por la OMS y UNICEF es el primer acercamiento combinado al problema del abandono prematuro de la lactancia materna. Sus criterios de calidad, articulados en torno a diez pasos para una lactancia feliz, constituyen una excelente herramienta para medir la calidad de los cuidados a la madre lactante y el grado de adecuación a sus necesidades. Es además, una de las primeras iniciativas de ámbito mundial que incorpora la participación ciudadana como requisito de calidad del proceso

El Plan Estratégico para la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna en Europa estimula el desarrollo de estrategias locales en ciclos de mejora continua. Recientemente UNICEF en la Región de Murcia y la Consejería de Sanidad firmaron un acuerdo de

colaboración para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que contempla acciones y objetivos para las maternidades de nuestra región.

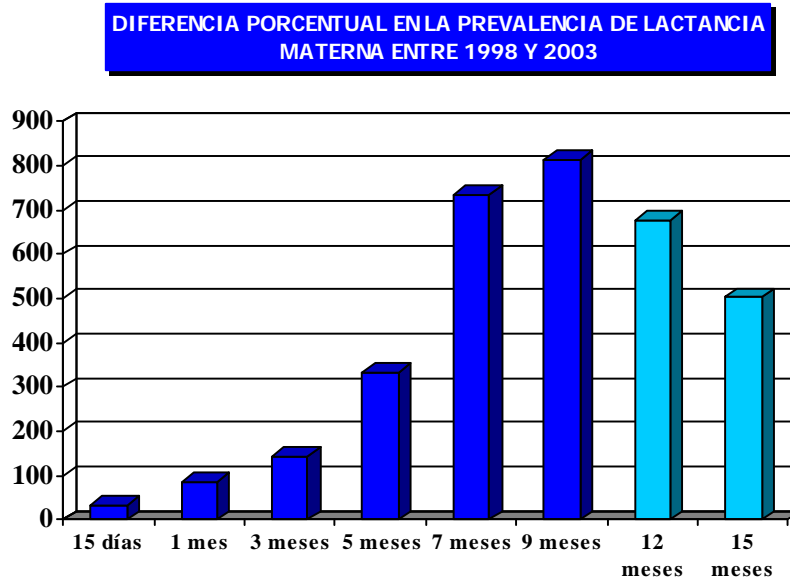
Una dificultad añadida es que no existen registros ni indicadores comparativos sobre lactancia materna a nivel nacional, por lo que resulta difícil establecer cual es la magnitud real del problema. La fuente más reciente es un estudio impulsado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría realizado en 1997, que recoge de manera uniforme datos de varias provincias españolas. En este estudio se obtuvo un tasa de duración media de lactancia materna de 3.2 meses. La otra fuente con datos con representación territorial y actualizada corresponde a la Encuesta Nacional de Salud de 2006 con prevalencia de lactancia materna exclusiva del 52,48 % a los 3 meses de edad y del 24,27 % a los 6 meses. La Región de Murcia no escapa a este problema, según reflejan los datos de estos estudios.

Entre las diferentes regiones europeas también existen diferencias en las tasas de lactancia materna, que pueden explicarse por diferencias en los determinantes sociales y culturales, pero también como consecuencia de la existencia de políticas inadecuadas y el distinto apoyo ofrecido por los sistemas de cuidado de la salud de los diferentes países, e incluso dentro de un mismo sistema.

Nos encontramos ante un verdadero problema de calidad asistencial. De una parte, sabemos que las prácticas habituales en el cuidado de la mujer y del niño son totalmente inadecuadas para favorecer una lactancia exitosa, hay una contundente evidencia científica al respecto. En la dimensión de la satisfacción, la mujer adquiere un papel pasivo y le queda la sensación frustrante y de fracaso de no haber podido amamantar a su niño, sin responsabilizar para nada a los sistemas sanitarios. Y no menos importante, estamos facilitando con nuestras prácticas inadecuadas que los ciudadanos se priven de un bien en salud de incalculables consecuencias.

En el ámbito del Servicio Murciano de Salud se aplicó una experiencia exitosa con la implantación de los diez pasos de la IHAN en el Área V de Salud (actual Gerencia Única del Altiplano) en el año 2000. Siguiendo la metodología de la mejora continua se realizó un análisis previo de la situación: autoevaluación de la organización con implicación de la dirección del centro sobre los 10 pasos y un estudio sobre la duración de la lactancia materna. Un análisis causal destacó la escasa formación y la falta de sensibilización por el problema. Se implementaron los correspondientes planes de acción e intervención. El proceso se monitorizó con el instrumento de autoevaluación del Comité Nacional de la IHAN y con preauditorías con evaluadores externos. En 2004 se obtuvo el galardón Hospital Amigo de los Niños por el Hospital Virgen del Castillo, perteneciente al área V de Salud. Los sorprendentes resultados de esta primera fase, tras la implantación de la IHAN, con un incremento en la duración media de la lactancia materna de más de un 600% (ver gráfico 1) llevó a la Consejería de Sanidad a plantear estrategias regionales en relación con la lactancia materna.

Gráfico 1.- Diferencia porcentual en la prevalencia de lactancia materna entre 1998 y 2003.



Modelos de calidad.

1. Modelos de acreditación:

Dentro de los sistemas de calidad, los modelos de acreditación son de los más extendidos. Se denomina acreditación al proceso por el cual un centro sanitario se somete con carácter voluntario a un procedimiento de verificación externo, con vistas a evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente. A la vista de los resultados obtenidos se emitirá finalmente el correspondiente certificado de acreditación.

Estos estándares se organizan en torno a funciones importantes de la organización, agrupadas en varios grandes bloques: funciones centradas en el paciente, y funciones orientadas a facilitar una organización, segura, eficaz y bien gestionada.

En 1951 se crea la *Joint Comisión on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), que actualmente es una asociación básica que ha ido estableciendo normas, criterios, estándares y procedimientos de auditoría en el ámbito sanitario.

La Joint Comisión International Accreditation (JCIA) fue creada en 1994 por la JCAHO. La JCAHO y la JCIA son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin ánimo de lucro. En la actualidad acredita a más de 17.000 organizaciones sanitarias. En España la JCAHO está representada por la Fundación Avedis Donabedian (FAD).

En Europa estos sistemas se han incorporado más tarde, pero cabe destacar la *King's Fund* en el Reino Unido o la *Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES) en Francia, de carácter público. En nuestro país, al margen de otros modelos que se están desarrollando en estos momentos, el modelo de acreditación docente del Ministerio de Educación y el modelo de acreditación de centros sanitarios que tiene implantado Cataluña desde 1981 son dos buenos ejemplos.

Los centros sanitarios que solicitan la acreditación llevan a cabo previamente una autoevaluación, que posteriormente es comprobada por medio de una auditoría externa. Los distintos modelos de acreditación tienen muchas cosas en común, pero se diferencian en el enfoque, en si se centran en una parte o en la totalidad de la organización, en el paciente o en algún sistema determinado.

Al igual que los modelos de acreditación que se han comentado, el proceso de transformación en un hospital amigo de los niños tiene carácter voluntario y comienza con la autoevaluación del hospital. Esta autoevaluación inicial incluye un análisis de las prácticas que alientan o entorpecen la lactancia, y ayuda a identificar las acciones necesarias para hacer los cambios requeridos. Cuando el hospital decida que alcanzó la meta, una evaluación externa confirmará objetivamente si el establecimiento cumplió de forma total o parcial con los "Criterios Globales" de la IHAN y puede recibir la designación de Hospital Amigo del Niño y el correspondiente certificado. La acreditación o galardón la otorga UNICEF Internacional a propuesta de los Comités Nacionales.

El concepto de IHAN ya no se limita solamente a los Diez Pasos en las maternidades, sino que ha sido adaptada para incluir muchas posibilidades de expansión a otros componentes del sistema de salud, incluyendo atención materna, pediatría, clínicas y consultorios, y a otros sectores y lugares de congregación como comunidad, sector comercial, y sistemas agrícolas o educativos, enmarcado dentro de lo que podríamos llamar un abordaje global al problema del amamantamiento.

2. Modelos de Calidad Total:

Como se ha comentado, es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando se incorpora en la industria japonesa la gestión de la calidad como cuestión estratégica, extendiendo todas las acciones de mejora a todos los ámbitos de las organizaciones, de la mano de Deming, Juran, Ishikawa y otros. Surge así el concepto de calidad total.

Podemos definir la calidad total como una estrategia de gestión que tiene en cuenta a todos los grupos de interés (clientes, profesionales, proveedores, procesos, la sociedad en su conjunto, etc.). Incorpora la implicación de las personas y la delegación de responsabilidades para la mejora de los procesos.

El desarrollo de la calidad total ha dado lugar a la aparición de varios modelos de excelencia en la gestión, de entre los que cabe destacar: el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (*European Foundation for Quality, EFQM*), el modelo japonés de 1951 de la fundación JUSE, o el modelo *Malcolm Baldrige* de EE.UU de 1986.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM son sus siglas inglesas) es una organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 importantes empresas europeas. En 1991, con financiación de la Unión Europea, la EFQM creó un modelo de evaluación de la calidad destinado a facilitar la introducción de la Gestión de la Calidad Total en las empresas de Europa. Desde 1999 dicho Modelo se conoce como "Modelo EFQM de Excelencia 2000". En España la EFQM está representada oficialmente por el Club Excelencia en la Gestión, una organización sin ánimo de lucro creada en 1991 por 21 empresas españolas. Es importante señalar que se trata de un modelo de evaluación, más concretamente de autoevaluación, y no de un modelo de acreditación externa que posibilita un marco de trabajo no prescriptivo orientado a la excelencia.

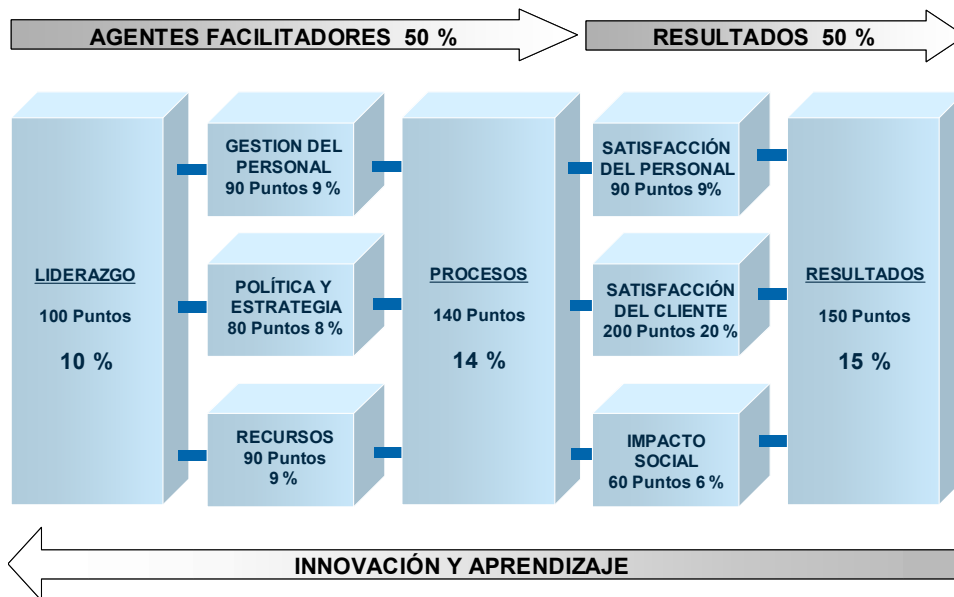
El modelo EFQM es un marco de trabajo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Está formado por 9 criterios, los denominados criterios resultados (resultados claves, resultados en personas, en clientes y en la sociedad) y cinco agentes facilitadores (liderazgo, personas, política y estrategia, alianzas

y recursos y procesos). Los agentes facilitadores incorporados en el modelo informan de cómo enfoca la organización sus actividades para lograr los resultados que desea.

El fundamento es que los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, las Personas (los profesionales) y la Sociedad, se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos. Estos nueve criterios se subdividen en 32 subcriterios, que se desarrollan en numerosas áreas que deben ser abordadas a la hora de evaluar la organización. Cada uno de los criterios tiene un peso relativo del conjunto de los 1000 puntos máximos. El modelo se basa en la autoevaluación, que permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora. Se puede optar, mediante evaluadores externos, al premio europeo de la calidad.

Todo el proceso está enfocado a identificar oportunidades de mejora, la elaboración de indicadores y su monitorización y el diseño de nuevos productos o servicios o su rediseño, en función de las áreas de mejora priorizadas.

En 2005 se adoptó la decisión en el ámbito de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, de implantar el modelo de excelencia europeo en el conjunto de los centros de provisión del Servicio Murciano de Salud. Los centros directivos han realizado dos evaluaciones con el modelo y, recientemente, han sido acreditados con el sello 200+ por el Club de la Excelencia en Gestión cinco gerencias.



Desde esta perspectiva se desarrolla a continuación el estado de situación de las estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que estamos llevando a cabo en nuestra Región.

1. Liderazgo:

Como se ha comentado, en 2006 la Consejería de Sanidad inicia un proceso estratégico en relación con la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna que se plasma en el Plan

Regional de Lactancia Materna, que tenía como fundamento Implantar y Evaluar el nivel de cumplimiento de los 10 pasos de la IHAN en las instituciones sanitarias de la Región de Murcia.

Como primer paso, teniendo en cuenta la carencia de datos sólidos sobre el problema del amamantamiento, la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud se plantearon la necesidad de disponer de información actualizada. Para ello se diseñó un estudio de investigación con el objetivo de conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna en la región de Murcia. Consistió en un estudio transversal-retrospectivo cuya unidad de estudio fue el binomio madre-niño que acude a los Centros de Salud para completar el calendario de vacunación infantil (corresponde a las edades de 2, 4, 6 y 15 meses). El ámbito de estudio fueron todas las zonas básicas de salud de las 6 áreas sanitarias de la Región, utilizando un cuestionario que fue previamente pilotado para valorar la validez de contenido y fiabilidad.

Por otra parte, En los centros se ha realizado una evaluación de las prácticas mediante entrevistas a los responsables de gestión, los sanitarios a cargo de las madres y bebés, a las madres tanto durante el embarazo como cuando hayan parido así como una muestra aleatoria de las que tienen a sus hijos ingresados en el área de neonatología. Se han analizado los materiales de promoción de la lactancia del hospital así como el protocolo de éste. Se tomó constancia de la situación de los partos y de las acciones de lactancia que se realizan en el hospital. La evaluación fue desarrollada durante el mes de noviembre de 2007 por evaluadores acreditados por la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y el producto final de la evaluación es un informe pormenorizado de cada hospital sobre su situación actual y recomendaciones a seguir para la mejora de los indicadores y requisitos establecidos.

10 Pasos HACIA UNA LACTANCIA FELIZ

	 NO CUMPLE	 MEJORABLE	 CUMPLE
DISPONER UNA POLITICA POR ESCRITO relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro			
CAPACITAR a todo el personal para llevar a cabo esa política			
INFORMAR a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como realizarla			
AYUDAR a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto			
Mostrar a la madre COMO SE DEBE DAR DE MAMAR al niño y como mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño			
No dar a los recién nacidos MÁS QUE LA LECHE MATERNA			
Facilitar la COHABITACIÓN de la madre y el hijo 24 horas al día			
Fomentar la lactancia A DEMANDA			
NO DAR a los niños alimentados a pecho chupetes			
Fomentar el establecimiento de GRUPOS DE APOYO a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos			

Se ha constituido un grupo impulsor, la Comisión Regional de Lactancia Materna, que tiene como misión dinamizar, facilitar y evaluar los planes de acción que se vayan desarrollando. En cada centro sanitario también se ha constituido una Comisión de Lactancia Materna que tiene esas mismas funciones a nivel local.

El compromiso de los líderes de las organizaciones quedó explícito con la incorporación de objetivos ligados a la implantación de los diez pasos en los propios contratos de gestión. En ese momento los equipos directivos tienen el compromiso formal de implementar planes de acción en sus hospitales, identificando los líderes clínicos de cada organización y gestionando adecuadamente las resistencias al cambio.

2. Política y estrategia:

El Plan Regional de Lactancia Materna se fundamenta en cuatro objetivos:

- Implantar y Evaluar el nivel de cumplimiento de los 10 pasos de la IHAN en las instituciones sanitarias de la Región de Murcia.
- Medir la situación actual y el impacto de las medidas correctoras sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la Región de Murcia.
- Facilitar a las madres que amamenten el tiempo que ellas quieran. Para ello se diseñarán planes de acción que favorezcan que nuestras prácticas asistenciales faciliten ese objetivo. Se pretende que las tasas de abandonos prematuros de la lactancia materna, referida a la intención de la mujer, sea inferior al 20%.
- Analizar las Expectativas, Percepciones, Sentimientos e Influencias de los destinatarios principales del proceso.

Todos los centros sanitarios están definiendo sus políticas de lactancia materna (forma parte de los objetivos de las propias Gerencias, a través de los contratos de gestión de los centros), entendida como un compromiso con la lactancia, con las mujeres y con la sociedad en su conjunto.

3. Personas:

Las asociaciones profesionales a través de declaraciones de apoyo y de la elaboración de materiales didácticos dirigidos a madres y profesionales sanitarios (foros de consulta sobre temas de lactancia materna, guías de práctica clínica, estudios de prevalencia) han sido claves. La Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría creó en 1995 el Comité de Lactancia Materna con el fin de impulsar la alimentación al pecho en España.

Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de los profesionales que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Sin la implicación y la participación de los profesionales, cualquier estrategia sanitaria está condenada al fracaso.

Por tanto es clave capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política (como dice el paso 2 de los 10 pasos de la IHAN), es decir, ayudar a los profesionales a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para ayudar a las mamás.

El Plan de Formación Continuada de todos los centros sanitarios contempla acciones formativas en relación con la lactancia materna, así como el plan regional, el denominado Programa Estratégico Común. Se está desarrollando distintos formatos:

- Curso básico para profesionales de 18-20 horas.

- Curso de Consejería en lactancia materna.
- Curso de investigación en lactancia materna,
- Talleres de 4 horas.
- Cursos específicos para determinados colectivos (EIR de Matrona, Médicos Internos Residentes).

4. Recursos y alianzas:

En abril de 2008 se firmó un convenio entre UNICEF-Murcia y la Consejería de Sanidad que tiene por objeto establecer un marco de cooperación y colaboración entre ambas instituciones para desarrollar actuaciones dirigidas a la protección y mejora de la salud y calidad de vida de los niños y niñas, en el que se identificaban acciones a desarrollar conjuntamente:

- Iniciativa Hospital Amigos de los Niños como estrategia para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Erradicación de los Trastornos del Déficit de Yodo (TDY).
- La garantía plena de los Derechos del Niño Hospitalizado recogidos en la Carta Europea y la Legislación Española.
- Colaboración en programas específicos de formación e investigación sobre el derecho de los niños y las niñas a la salud.
- Participación conjunta en cursos, seminarios y jornadas e intercambio de publicaciones de ambas instituciones, así como asesoramiento e información.
- Otras colaboraciones de interés para ambas partes que puedan surgir.

Por otra parte, las actuaciones en materia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, necesariamente han de integrarse en otras estrategias que de forma paralela se están llevando a cabo en la región:

- Implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal en los que se consideren las recomendaciones de la OMS y el MSC.
- Implantación de iniciativas para la promoción de la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas de las mujeres y a la solidaridad mediante la donación segura de leche materna.
- Implantación de iniciativas de atención multicultural al embarazo, parto y puerperio.
- Intervenciones de apoyo para la participación de los varones en los procesos de crianza.

Cualquier plan debe tener una financiación finalista. En este caso el Plan Regional de Lactancia Materna se cofinancia entre la Consejería de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Observatorio de la Mujer con cargo a los Fondos de Cohesión.

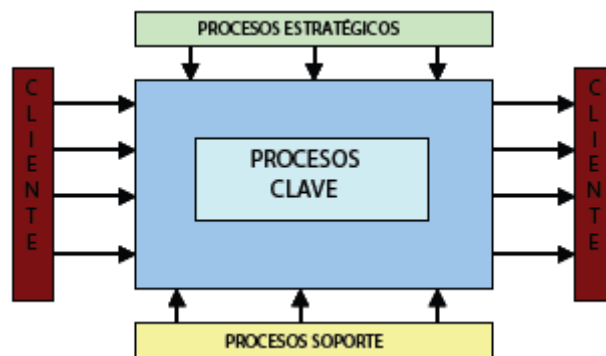
Una de las debilidades detectadas es la falta de información sobre el problema. Hay también diseñadas estrategias en relación con registros que contemplen los aspectos más relevantes sobre la lactancia: al alta de maternidad, incidencias, primera toma e intención de lactancia. Necesariamente ha de alinearse con el Plan Director de Sistemas de Información que se está llevando a cabo en el ámbito sanitario en la región, con la implantación de la historia clínica electrónica en todos los hospitales. En el ámbito de Atención Primaria ya se ha conseguido la cobertura total de la informatización y la implantación de la historia clínica electrónica, lo cual facilitará, sin lugar a dudas, la necesaria continuidad asistencial que el proceso de la lactancia requiere.

5. Procesos:

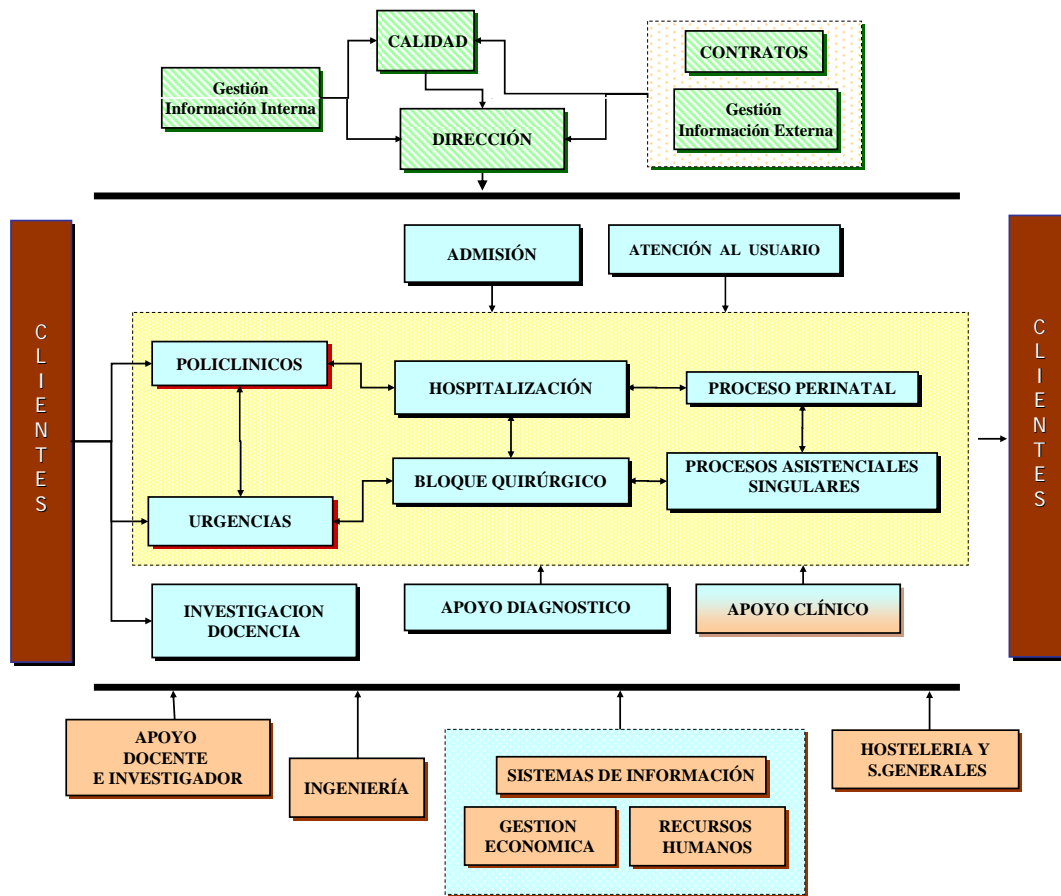
Se puede definir un proceso como “una secuencia de actividades interrelacionadas que convierten entradas (inputs) de los proveedores en salidas (outputs) para los clientes”.

Uno de los elementos del modelo de excelencia es que permite identificar cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Los centros deben completar un inventario de procesos, identificando en primer lugar los procesos claves, que son aquellos que tienen interrelación directamente con los clientes, en este caso, los pacientes. En segundo lugar, identificando los procesos estratégicos, que podemos definir como aquellos que aportan información para el direccionamiento de la institución y sobre el cumplimiento de sus objetivos (detección de necesidades y expectativas de los clientes, satisfacción/insatisfacción y sus causas, etc.). Con frecuencia son recogidos en guías técnicas o legales como planes, normativas o protocolos. Por último los procesos de soporte son los que facilitan y hacen posible la realización correcta de los procesos clave (suministros, documentación, mantenimiento, hostelería, etc.) aportando recursos imprescindibles para la realización de los procesos clave.



Tomando como ejemplo uno de los centros sanitarios de la Región, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el mapa de procesos identifica un macroproceso denominado Proceso Perinatal. A su vez se descompone en una serie de subprocesos, y en la medida en que se va profundizando, en el conjunto de normas, protocolos, circuitos y procedimientos de cada una de las actividades que conforman todos y cada uno de dichos subprocesos.



En el Hospital Virgen del Castillo, que forma parte de la Gerencia Única del Área V de Salud, se está desarrollando esta metodología en el proyecto HQTQ. En el esquema siguiente se puede apreciar la función general del proyecto, sobre la que se determinan unas entradas, en este caso el cliente, que es la mujer, y unas salidas, que es el objetivo que se pretende, la lactancia deseada por la mujer. Identifica las normas o reglas que regulan el proceso en la parte superior, y los recursos a disposición del mismo en la parte inferior. La función general del proyecto, la adecuación de los servicios a la lactancia deseada, se irán desarrollando en sucesivos subprocesos. El proyecto del área V será el pilotaje en todo el proceso de modelización que seguirán el resto de los centros sanitarios en un futuro.



Figura 1. Metodología basada en la exploración de las necesidades y expectativas de la mujer: destinataria principal del proceso.

6. Resultados en personas:

Un de los elementos más destacados del Plan Regional de Lactancia Materna es valorar de los conocimientos y las actitudes profesionales sanitarios de la región sobre la lactancia materna. Para ello se está construyendo una herramienta que será pilotada previa a su utilización. Este análisis que nos dará una valoración de la situación inicial sobre los conocimientos y las actitudes de nuestros profesionales servirá para monitorizar el resultado de los planes de acción que se vayan implementando en el futuro en relación con políticas de personas.

La metodología IHAN exige que se cumpla en más del 80% cada unos de los criterios y subcriterios. Sólo con la constancia de las acciones planificadas es posible alcanzar dichos estándares. En la maternidad más grande de la Región, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, los resultados obtenidos, hasta ahora, con el programa de formación continuada alcanzan al 44% de los profesionales que trabajan en el ámbito materno infantil.

Tabla 1.- Profesionales que han recibido formación específica en lactancia materna ordenados por categorías profesionales.

Categoría Profesional	Nº Plantilla	Prof. Formados	Porcentaje
Auxiliares de Enfermería	336	128	38
Enfermeras	325	153	47
Matronas	50	33	66
Médicos Pediatras	55	12	22
Médicos Ginecólogos	47	1	2
Médicos Anestesiastas	-	2	-
Residentes Matrona	11	33	100
Residentes Pediatría	24	17	71
Residentes Ginecología	16	2	12,5
TOTALES	864	381	44

Como podemos observar en la tabla, la motivación, si la valoramos de una forma grosera por la participación voluntaria en actividades formativas, es mucho más potente en la enfermería y los profesionales en formación (médicos en formación y residentes de matrona).

7. Resultados en clientes:

Se ha planificado la creación de grupos focales para identificar las necesidades y expectativas de las futuras y actuales madres en relación con la lactancia materna, utilizando técnicas de investigación cualitativa, iniciándose por una de las áreas sanitarias ligada al proyecto Hasta Que tú Quieras, que se desarrollará en otra ponencia.

Los métodos-canguro están ya implementados en las diferentes unidades de maternidad de los hospitales de la región. Se han identificado los factores limitantes (estructurales y de procedimiento) y se han implantado las medidas correctoras. La cohabitación madre-niño se ha extendido a todos los hospitales, siempre que, clínicamente, sea factible. Se han elaborado planes de actuación para la eliminación de barreras estructurales y organizativas a nivel de cada centro, estableciendo las políticas de cohabitación con carácter primordial. Para ello, este objetivo se incluyó en el Contrato de Gestión de los centros sanitarios el pasado año.

Durante el presente año se incluirá desde la Consejería de Sanidad una línea de financiación para proyectos desarrollados por los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna. Fomentar y facilitar el asociacionismo de grupos de madres y promover reuniones de intercambio y colaboración es otra de las actividades que se están llevando a cabo.

Desde 2005 se están realizando encuestas de satisfacción a los pacientes hospitalizados en los centros del Servicio Murciano de Salud. Cuando se les pregunta a las madres sobre si recibieron información clara sobre los cuidados de su hijo y la alimentación al alta de la maternidad, la respuesta es muy variable entre los hospitales. Destaca la alta tasa de respuestas favorables en el Hospital Virgen del Castillo (HVC), hospital que obtuvo la acreditación IHAN en 2004. En 2007 se observa una mejoría en este ítem en la mayor parte de los centros, tras la puesta en marcha de las estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en los centros sanitarios.

Gráfico 2.- Datos de la encuestas de satisfacción de 2005: pregunta: ¿le explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo al alta? Las respuestas se ofrecen en porcentaje y los hospitales se representan con un número.

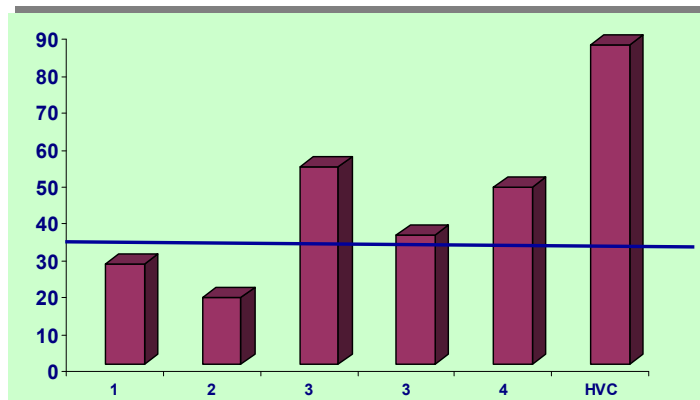
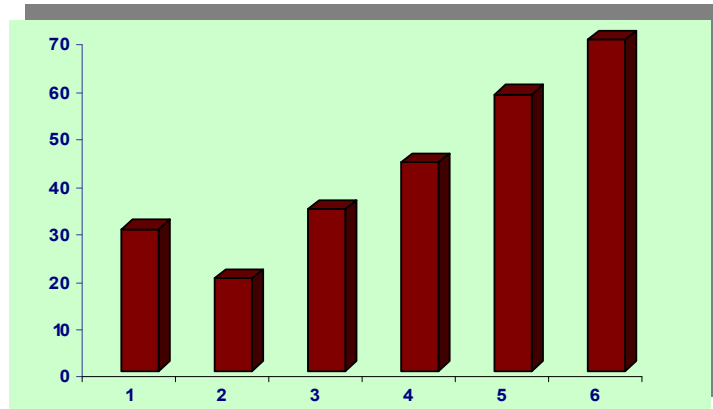


Gráfico 3.- Datos de la encuestas de satisfacción de 2008: pregunta: ¿le explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo al alta? Las respuesta se ofrecen en porcentaje y los hospitales se representan con un número.



8. Resultados en la sociedad:

Las organizaciones excelentes miden de forma exhaustiva los resultados sobresalientes con respecto a la sociedad. Tener proyección en la sociedad y medir la percepción que nuestras actividades tiene en la misma refuerza la responsabilidad social de las organizaciones. Puede hacerse a través de la imagen general que la sociedad tiene de nosotros, del ejercicio responsable de las actividades que realizamos, de las implicaciones en las comunidades donde operamos o a través del respeto al medio ambiente.

En este ámbito, también se diseñan y realizan actividades que refuerzan el papel que deben jugar los centros sanitarios en cuanto a la sociedad en su conjunto. En este sentido, a modo de ejemplo, se han puesto en marcha las siguientes iniciativas:

Organización de Encuentros de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna. El Encuentro Nacional de Grupos de Apoyo que se va a realizar durante este congreso es el tercero que se organiza desde los hospitales de la Región. En un punto de contacto entre madres y, también, profesionales, que permite compartir experiencias, estrategias y conocimiento con mucha visibilidad social.

Presencia de los centros sanitarios y de la propia Consejería de Sanidad en los actos organizados por los Grupos de Apoyo en torno a la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra todos los años, alineando actuaciones con el lema correspondiente.

Se han organizado foros científicos sobre lactancia materna, como las I Jornadas Regionales sobre lactancia materna, organizadas con el Instituto de la Mujer, donde quiso ampliarse el foco y darle una perspectiva de género.

Conscientes de la importancia de los medios de comunicación para generar opinión pública, se intenta de un forma proactiva estar presente en los mismos con relativa frecuencia, informando de las ventajas de la lactancia materna y los peligros de la alimentación al biberón.

La investigación en LM es un aspecto imprescindible para dar soporte y evaluar la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna y se ha definido en la actualidad como una prioridad en Europa debido a las importantes implicaciones adversas sanitarias y sociales que derivan

de los bajos índices y el abandono precoz de la lactancia. Dentro del desarrollo del programa de promoción de la lactancia materna HQTQ (“Hasta Que Tú Quieras”), la investigación es una de las áreas definidas como prioritarias, junto a la calidad asistencial, la formación y la promoción de la salud. Hay abiertas en la Región varias líneas del máximo interés, como el proyecto Medio Ambiente y Lactancia Materna o el Proyecto Lactancia Materna y Prevención de Cáncer Pediátrico. Todos estos proyectos están financiados con fondos competitivos a través de convocatorias públicas.

9. RESULTADOS CLAVE:

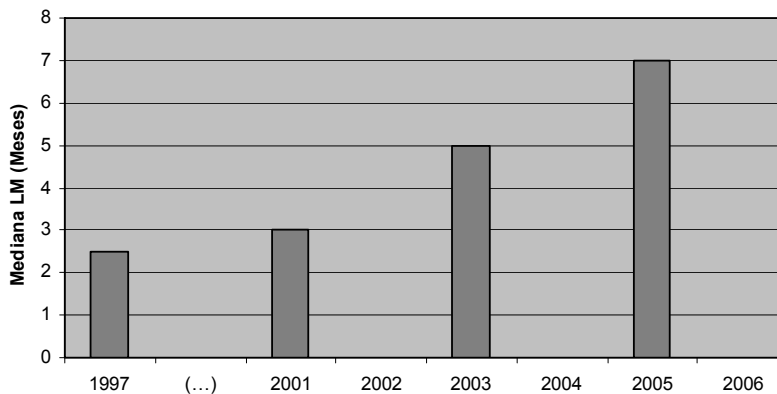
En el estudio transversal-retrospectivo que se ha comentado en el criterio liderazgo se detectó que iniciaron lactancia materna en el hospital el 89,7% de la muestra, siendo lactancia materna al alta hospitalaria el 76,7%. Los motivos declarados para no iniciar o continuar la lactancia materna al alta hospitalaria fueron: la enfermedad (46,7%), hipogalactia (28,6%) y decisión de la madre (19,3%), principalmente.

La duración media de lactancia materna exclusiva es de 75 días en este estudio y complementada con otros alimentos se prolonga hasta los 129 días. Para niños menores de 6 meses, prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna completa es de 21.8% y 36,3%, frente al 100% recomendado por la OMS para lactancia materna exclusiva.

Respecto a los motivos de abandono de la lactancia materna, las causas manifestadas son similares a lo referido en la bibliografía. Casi dos de cada tres madres abandonan la lactancia materna por cuestiones de tipo subjetivo, y son las que tienen que ver, precisamente, con una adecuada información y apoyo por parte de los profesionales. También son importantes los motivos de “tipo clínico”, como escasa ganancia de peso o la intervención de algún profesional, que llega a suponer el 25% de los abandonos.

Como se ha comentado, en la Región de Murcia, en la Gerencia Única del Área V de Salud, el Hospital Virgen del Castillo cumple con los requisitos de Hospital Amigo de los Niños (está acreditado desde 2004). Precisamente en esa área, tanto las tasas de inicio, como la prevalencia y la duración media de la lactancia materna son sustancial y sensiblemente superior al resto de la Región. Desde esa experiencia, se están desarrollando las estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el conjunto del Servicio de Salud.

En los estudios que se han ido realizando en el Área V se muestra como la mediana de lactancia materna se ha ido incrementando desde que se implantó la metodología IHAN en el año 2000.



En el momento actual se ha firmado un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Dirección de Salud Pública de la Agencia de Salud y Servicios Sociales de la Montérégie (Canadá), que contempla, entre otras colaboraciones, la traducción, adaptación, pilotaje e implementación, de una herramienta de monitorización de los indicadores de lactancia materna y de la implementación de la IHAN en todas las áreas de la Región de Murcia. Es fundamental monitorizar con herramientas potentes y sensibles todo este proceso para ir haciendo los ajustes necesarios.

Bibliografía.

1. OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985;2;436-437
2. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
3. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990. fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre "Lactancia Materna en los 90"
4. Gómez García C. Tesis Doctoral: una propuesta de intervención educativa.
5. Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, Informe técnico sobre la LM en España. An Esp Pediatría 1999; 50:333-340.
6. World Health Organization, Global Data Bank on Breastfeeding. http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.
7. Temboury Molina C. Conocimientos de los Residentes de Pediatría en el manejo de la LM. An Esp Pediatría 2003; 58: 263-267.
8. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.
9. Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 abril/2002.
10. Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P N° 5. 2003.
11. Promoción, Protección y Apoyo a la LM en Europa. Plan Estratégico para la Acción (2004).
12. Ramón Vázquez J. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Punto de partida: conocimientos de necesidades y expectativas. Ed. Dupont Pharma 1991
13. Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2005.
14. Mas Castillo A. Manual de procedimiento para realización de grupos de discusión. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2003.
15. Saturno Hernández PJ. Encuesta Posthospitalización del Insalud Murcia 2001
16. Saturno Hernández PJ. Qué, Cómo y Cuándo Monitorizar. Marco Conceptual y Guía Metodológica. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
17. Ortega García JA. Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2008; 68:447-53.

Experiencia de monitorización de una intervención de PPA a la LM basada en la IHAN

Laura Haiek

Responsable del Programa de Lactancia Materna en la Direction de Salud Pùblique de l'Agence de la Santù et des Service Sociaux de la Montùrégie en la provincia de Quùbec.

Desde el año 2001, el ministerio de salud de Quùbec (Canadá) recomienda en sus sucesivas políticas de salud la obtención de la certificación IHAN y su adaptación a centros de salud (IAN) en todas las instituciones sanitarias de la provincia. Siguiendo la directiva marcada por el ministerio, la autoridad de salud pública de la región de la Montùrégie desarrolla y testea metodologías innovadoras para medir la adhesión de sus instituciones a las políticas y prácticas propuestas en la IAN, basada en la opinión de sus gestores/profesionales de la salud, las madres que reciben servicios y un observador externo.

En el 2001, se realizó un primer diagnóstico sobre el nivel de implantación de l'IAN en los 9 hospitales de la región, seguido en el 2004 por otra medida de monitorización. En el 2005, se adaptó el instrumento para utilizar la misma metodología para monitorizar en los 19 centros de salud de la Montùrégie.

Dado los avances observados en la región, el ministerio de salud encarga al equipo de la Montùrégie de monitorizar la implantación de l'IAN en toda la provincia de Quùbec; se completó entonces una medición en el 2007 en 60 hospitales y 147 centros de salud de la provincia.

Para llevar a cabo estos estudios, se desarrollaron dos instrumentos informatizados de recogida y análisis de datos como soporte para su realización, lo cual permite una retroalimentación rápida a los gestores y a los equipos asistenciales acerca de los resultados de su organización.

Tras nuestra experiencia de monitorización desde 2001, podemos afirmar que la devolución de los instrumentos con los resultados de la monitorización tras el proceso de medición así como la diseminación personalizada de los resultados:

- 1) justifica y clarifica las múltiples recomendaciones contenidas en la iniciativa;
- 2) contribuye a adoptar una visión común entre los diferentes gestores involucrados y los profesionales de distintas disciplinas;
- 3) provee a la organización datos concretos sobre los logros y, sobre todo, los desafíos que deben ser abordados, por ejemplo, durante la elaboración de protocolos, las sesiones de perfeccionamiento y en los ejercicios de planificación local y
- 4) parece generar una sensibilización y movilización de los implicados que favorece la adopción progresiva de mejores prácticas de LM. Por ejemplo, la IAN se registró como una prioridad en 12 de los 19 planes de acción local de los centros de salud durante el periodo 2004-2007, concretándose con la obtención de la certificación IAN en 6 de los mismos durante ese periodo.

Desarrollo de un programa de PPA de la LM en un Área de salud con un enfoque de calidad total

Ricardo García de León.

Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital "Virgen del Castillo" de Yecla.

De los múltiples enfoques con que podemos analizar y abordar un fenómeno tan complejo como el abandono prematuro del amamantamiento, el enfoque de calidad y concretamente el enfoque de calidad total reúne los elementos necesarios para integrar las diferentes perspectivas y aspectos, científico-técnicos, culturales, éticos y sociales, de este problema.

El propósito de esta ponencia es explorar las bases conceptuales y los aspectos técnicos que puedan ser útiles en el planteamiento y solución de este importante problema de salud. Sobre este marco teórico presentaremos, a modo de ejemplo, el programa HQTQ de protección, promoción y apoyo (PPA) a la LM, desarrollado desde una perspectiva de calidad que ha ido madurando hacia perspectivas más globales, centradas en la mujer, que pueden englobarse en lo que actualmente puede definirse como el paradigma de la calidad total.

Para ello, partiremos de un análisis previo de la literatura para dimensionar y contextualizar el problema. En un segundo apartado, intentaremos resaltar las aportaciones teóricas e instrumentales más relevantes para ayudarnos a desarrollar un modelo en el que podamos articular y organizar los conocimientos procedentes tanto de la literatura como de la experiencia y por último, presentaremos los resultados de nuestra experiencia, fruto de un proceso de mejora e innovación, siguiendo el marco conceptual de este modelo.

Un viejo problema de calidad

Aunque las raíces de este problema podemos encontrarlas en los albores de nuestra civilización patriarcal, el problema de calidad tal como lo entendemos actualmente, comienza a principios del siglo XX con la brusca irrupción de los sucedáneos de leche materna y la medicalización del proceso de parto. Dos fenómenos que confluyen, en forma de prácticas y recomendaciones médico sanitarias y que producen un cambio cultural sobre la alimentación y crianza sin precedentes.

Los primeros pasos para abordar un problema de calidad es comprenderlo y dimensionarlo. Su alcance, extensión e intensidad, sus causas, son cuestiones ampliamente estudiadas en la literatura científica que sintetizamos a continuación para enmarcar este problema.

La lactancia materna (LM) en condiciones apropiadas, es la opción más saludable para la alimentación de los lactantes y la OMS la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios hasta los dos años de edad, o más.

A pesar de las numerosas ventajas reconocidas de la LM y de las recomendaciones internacionales realizadas desde los años 70, en la actualidad, tan solo un 35 % de los lactantes de todo el mundo son alimentados con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. En Europa, aunque existen grandes diferencias entre las tasas de LM, los indicadores poblacionales de lactancia están bastante por debajo de lo propuesto por los organismos internacionales y las asociaciones profesionales.

En España los últimos datos disponibles en el ámbito nacional, corresponden a la encuesta nacional de 2006 y muestran una prevalencia de lactancia (exclusiva o mixta) a los 3 meses del 63'31% y del 38'75% a los seis meses, lo que supone una ligera mejoría respecto a los datos de otra encuesta realizada 10 años antes y dirigida por el Comité de Lactancia de la Asociación

Española de Pediatría, donde se recogía una prevalencia de LM de alrededor del 20% a los 4 meses y una duración media de lactancia de 3'2 meses.

Este fenómeno se ha relacionado con multitud de causas entre las que destacan principalmente las de naturaleza socioeconómica y las relacionadas con las prácticas y recomendaciones. Como tal, el sistema sanitario ha actuado hasta el momento como uno de los factores que ha influido más negativamente en la reducción de las tasas de lactancia materna. Desde la perspectiva de las instituciones sanitarias, la falta de formación clínica de los profesionales, la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan, las rutinas y procedimientos que interfieren en el inicio y establecimiento de la LM suponen un problema de calidad apremiante.

La responsabilidad en cuanto a estas deficiencias de calidad recae sobre todo en los responsables del diseño y gestión de los servicios de salud, y no sólo en los profesionales sanitarios.

Aportaciones del enfoque de calidad total

Las primeras experiencias de calidad comunicadas en la literatura científica proceden del ámbito sanitario. Florence Nightingale, enfermera del Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854), relacionó por primera vez las prácticas sanitarias con los resultados en salud. La alta mortalidad de los pacientes ingresados, un 32%, disminuye al 2% mejorando la higiene, cuidados y condiciones sanitarias. Posteriormente estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860).

Cuando las prácticas clínicas se muestran eficaces su implantación es inexcusable, pero ¿cuáles son los elementos que definen esta práctica de forma precisa y fiable? Es obvio que necesitamos un proceso que nos permita simplificar y unificar que criterios son los que definen mejor una determinada práctica. Este proceso lo definimos como estandarización.

La estandarización de las prácticas sanitarias, desarrollada desde mediados del siglo XX, es una de las aportaciones claves para el desarrollo de la calidad al establecer sistemas de referencia de buenas prácticas con los que comparamos. Los sistemas de acreditación permiten a los servicios o instituciones evaluar el grado de cumplimiento con estos estándares a través de un proceso de verificación externa. La IHAN es un modelo de acreditación constituida por una serie de criterios articulados en torno a 10 pasos y unos estándares de cumplimiento. La efectividad del cumplimiento de sus criterios está suficiente probada.

Cuando autoevaluamos un hospital con la encuesta de la IHAN, estamos midiendo el nivel de cumplimiento de cada uno de los criterios y comparándolo con los estándares establecidos por la propia IHAN, un 80% para la mayoría de los criterios. Asumimos que un nivel de cumplimiento inferior al establecido por el estándar significa un área para mejorar.

Con la acreditación podemos evaluar la calidad de nuestros servicios o instituciones, pero ¿cómo mejorar, si no se han alcanzado los estándares propuestos? Es necesario desarrollar modelos que no se centren sólo en los resultados sino en el camino para llegar a ellos.

La calidad total introduce aspectos que han significado una revolución en los planteamientos clásicos de la calidad. Su énfasis en la satisfacción del cliente y en la consideración de la empresa como un todo, significa extender las actividades de mejora a todos los ámbitos y niveles de la organización, a través de la participación, implicación, compromiso y entusiasmo de todas las personas de la organización.

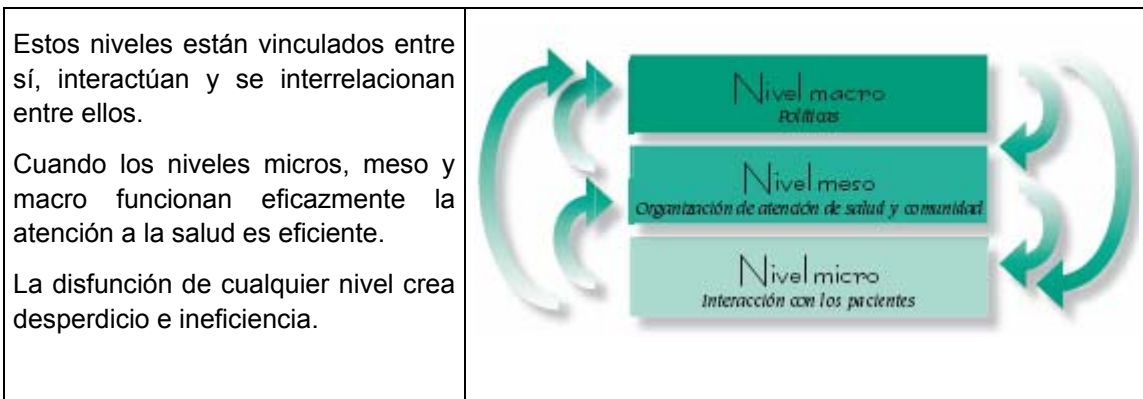
Han aparecido toda una variedad de enfoques y modelos basados en la calidad total que se han extendido en el ámbito empresarial y adaptado al ámbito sanitario. El modelo EFQM, desarrollado por la asociación europea de calidad total, se está implantando en diferentes

comunidades autónomas. La Región de Murcia, en 2005, adopta la decisión de implantar este modelo en todos los centros se Sistema Murciano de Salud.

La característica común de todos estos modelos es que se han desarrollado en base a unos principios que permiten orientar la organización hacia la excelencia:

- Orientación hacia el cliente, en este caso la madre y la familia.
- Orientación hacia los resultados
- Compromiso de los líderes de la organización
- Gestión por procesos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, innovación y mejora continua
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social

Un ejemplo de modelo basado en la calidad total lo encontramos en la OMS (informe sobre cuidado innovador a las condiciones crónicas) donde plantea cambios globales en todos los niveles del sistema sanitario. En el ambiente político, responsable de la de la formulación de políticas y planificación de servicios, en el contexto organizativo y sus enlaces con comunidad, niveles macro y micro respectivamente, y en la interacción con los pacientes: nivel micro.



En el ámbito de la atención y cuidados a la madre lactante, las consecuencias de la falta de coordinación entre los diferentes servicios, unidades o entre los mismos profesionales (nivel meso), junto con políticas ambiguas o inexistentes (nivel macro), hacen que los esfuerzos de los profesionales que ponen énfasis en la mejora del trato a la madre y su familia mediante la formación en consejería (nivel micro), se vean seriamente comprometidos. Lo mismo podemos decir si se ponen en marcha planes de promoción y apoyo en LM (nivel macro) sin contar con la participación tanto de profesionales como de las madres (nivel micro).

En el mismo sentido la evidencia muestra que la lactancia materna debe ser protegida, promovida y apoyada a través de acciones concertadas y coordinadas, y que tienen que materializarse en programas de calidad que impliquen a todos los niveles del sistema sanitario para producir cambios en la organización de los servicios de salud orientados a la maternidad, reducir la influencia de los intereses comerciales y reforzar la “cultura del amamantamiento” frente a las incursiones de la llamada “cultura del biberón”, permitiendo a la mujer, libremente informada, tomar las decisiones oportunas y amamantar a sus bebés todo el tiempo que desee.

En resumen, estamos ante un problema de calidad que implica a todos los niveles del sistema sanitario y que precisa enfoques globales como los propuestos por los actuales modelos de calidad total que comprometan a toda la organización en la mejora de este importante problema de salud.

Utilizando los niveles propuestos por la OMS y en base a los principios de calidad total, el modelo que a continuación desarrollamos nos permite plantear el problema desde una perspectiva global, considerando siempre a la madre como el principio orientador de este marco y a las personas como los protagonistas de este proceso de aprendizaje, innovación y mejora.

Es necesario, para contextualizar el origen y alcance de este modelo, señalar algunas consideraciones sobre los conceptos de organización y liderazgo. Como organización nos referimos principalmente a la organización informal que ha ido emergiendo en la medida que las personas se identificaban con el proyecto y con una visión que ha sido progresivamente compartida por toda la organización. De igual forma, sobre el concepto de liderazgo, utilizaremos la acepción de liderazgo personal más que la de liderazgo formal.

En definitiva se ha intentado desarrollar un modelo más cercano a los nuevos paradigmas emergentes para representar una realidad cada vez más compleja y con un alto grado de incertidumbre que requieren nuevas formas de pensar y de entender las organizaciones y las personas.



En este modelo, hemos hecho más hincapié en la dimensión humana, como el elemento clave para formalizar los diferentes niveles del modelo. Las flechas indican el horizonte donde nos queremos dirigir, la visión, lo que queremos ser y conseguir en cada una de las áreas

Experiencia hqtq

Antecedentes

El hospital Hospital Virgen del Castillo, situado en el Área V de Salud de la Región de Murcia, con 100 camas, fue inaugurado en enero de 1982. En el año 2000 comenzamos a trabajar en la implantación de los diez pasos de la IHAN, siguiendo la metodología de un ciclo de mejora: en esencia se trataba de descomponer el problema de calidad detectado en unidades elementales susceptibles de medición que llamamos criterios (10 pasos).

En el año 2004, el hospital consiguió la acreditación como Hospital Amigo de los Niños. El notable incremento del inicio, duración y exclusividad de la LM, constatada desde diferentes fuentes (encuestas de control y datos de los sistemas de registro oficiales) nos confirmó que la IHAN es una intervención altamente eficaz.

El aspecto que quiero destacar en este proceso de cambio, no es su aspecto formal, ni los resultados que obviamente certifican la validez de la intervención, sino los aspectos y circunstancias del proceso de cambio que nos llevaron a ampliar nuestra perspectiva y nuestra forma de “representar la realidad”, de pensar. Por una parte se pasó de un ámbito preferentemente hospitalario a otro comunitario y por otra se adoptó una perspectiva centrada, además de en la mejora de las tasas de LM, en las necesidades y expectativas de las madres y familias, el punto capital de la calidad total.

El programa HQTQ es un programa de calidad total. A continuación presentamos sus características en este marco conceptual siguiendo el modelo presentado en la sección anterior.

Desarrollo del modelo hqtq en area v de salud de la región de murcia

A.-NIVEL MICRO.

1. *Modelo Orientación Hacia la Mujer y su Familia.*

Es el principio sobre el que se fundamenta la política y estrategia de HQTQ y la misión de los cuidados. Se trata de responder con calidad a las necesidades y expectativas de las madres y sus familias, desde una perspectiva global de los problemas y dificultades, teniendo en cuenta su contexto familiar y social. En este nivel, la contextualización es una condición esencial de la eficacia. Las acciones desarrolladas han ido orientadas al acercamiento y comprensión de esta compleja realidad.

- Participación de las madres en la formación y diseño de servicios: cursos de lactancia materna, curso de educación para la salud, curso de comunicación, así como la participación en grupos de discusión e identificación de oportunidades de mejora.
- Adecuación y diseño de nuevos servicios en respuesta a lo anterior orientados a sus necesidades específicas: consulta de lactancia materna, sala de descanso para las madres de niños ingresados, teléfono de consulta 24 horas.
- Establecimiento de una política de puertas abiertas para la familia de los niños ingresados, facilitando y promoviendo la cohabitación de la madre y/o padre, así como su integración en los cuidados de los niños ingresados.

2. *Modelo Centrado en las Personas.*

Es el principio que complementa al anterior. Ambos constituyen el nivel micro donde se desarrolla la relación profesional de apoyo. Una compleja relación determinada por el contexto familiar, organizativo y social. La calidad de esta relación basada en el respeto, la confianza y la profesionalidad, es la clave principal para el éxito de nuestra misión: adecuar nuestros servicios y actividades a las necesidades y expectativas de la madre.

- Análisis de sus necesidades y expectativas de las madres y sus familias. Se han realizado cuatro grupos focales a madres de Yecla y Jumilla y un grupo de control

en Caravaca. La información obtenida nos han permitido conocer las necesidades y expectativas de las madres y comprender sus vivencias, así como de los sentimientos de las madres que no consiguen o no desean amamantar.

- Identificación de necesidades y expectativas de los profesionales. Esta información ha sido obtenida del análisis de datos de reuniones de equipo, celebración de actividades formativas, observación no participante y técnicas estructuradas como las técnicas de grupo nominal, DAFO y lluvia de ideas.
- Importancia del trabajo en equipo. En los grupos de trabajo se ha promovido la participación y el compromiso antes que la representatividad formal. Actualmente existen grupos trabajando en áreas de mejora como cuidados centrados en el desarrollo, grietas, contacto precoz en las cesáreas, sistemas de información, continuidad de cuidados, información a las familias, consulta de lactancia y diferentes grupos de investigación.
- Formación: sin duda ha sido donde más esfuerzo se ha realizado por varios motivos: por un lado es una de las necesidades más claramente identificadas por los diferentes grupos, para lograr las competencias necesarias para ofrecer una atención de calidad a la madre y por otro, la formación ha sido clave para desplegar la misión y visión del proyecto, así como para trabajar conjuntamente los valores necesarios para consolidar el proceso de cambio.
- Importancia de las habilidades en consejería para conseguir unos cuidados basados en las necesidades y expectativas de las madres y mejorar la comprensión que los profesionales sobre el contexto familiar y personal de las madres.

B. -NIVEL MESO.

Las organizaciones modernas se orientas hacia la excelencia siguiendo los principios de la calidad total como se ha expuesto anteriormente.

1. *Cómo Aprende la Organización. Hacia una Organización Inteligente.*

Como en otros ámbitos, el contexto organizacional ligado al modelo HQTQ se basa en una estructura formal y en otra informal.

La estructura formal, definida en el organigrama del área de salud, se ha caracterizado por el apoyo y facilitación del equipo directivo a las iniciativas surgidas a los largo del proyecto.

La estructura informal es el motor de la innovación. La forman todas las personas vinculadas al proyecto, que incluyen: profesionales, madres, gestores e investigadores. Las bases de esta estructura informal han sido el desarrollo personal, las interacciones entre las personas, los valores propios del grupo y el liderazgo personal centrado en principios.

En el contexto HQTQ los procesos de mejora son considerados como procesos de aprendizaje. Se han desarrollado diferentes actividades de mejora que han seguido las líneas generales del ciclo de calidad PDCA de Deming (Planificación, Desarrollo, Control y Acciones).

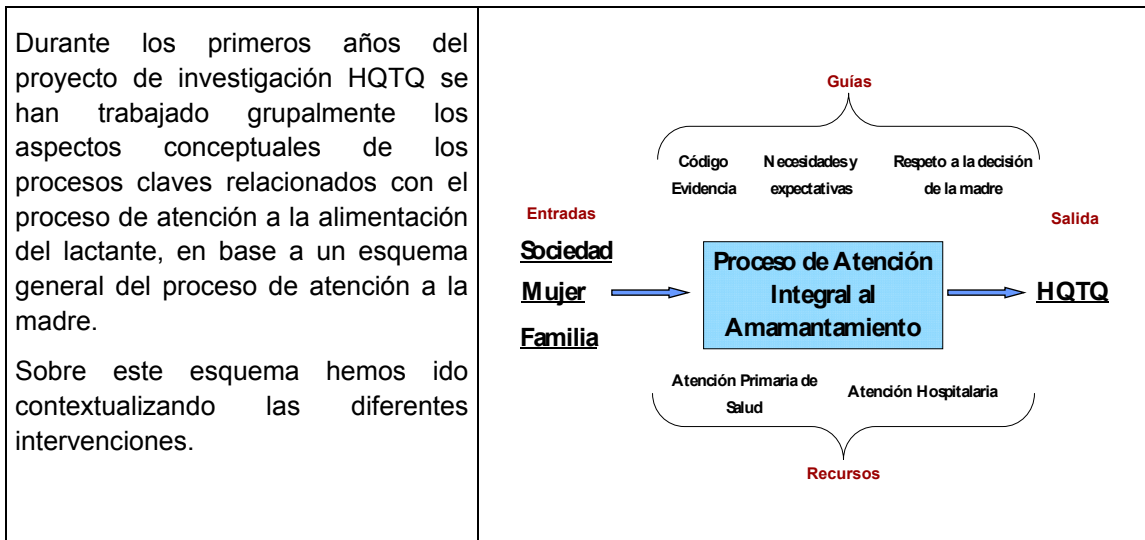
El tipo de planificación necesario en el ámbito de la LM es la planificación emergente, es decir, el proceso de cambio e innovación se ha ido produciendo conforme las cosas van viniendo sin forzar resultados. Para ello, las dos estructuras (formal e informal) han seguido un proceso de formación y aprendizaje durante estos años de cambios en base a espacios de comunicación abiertos e interdisciplinarios.

2. *Cómo se Organiza. Gestión por Procesos.*

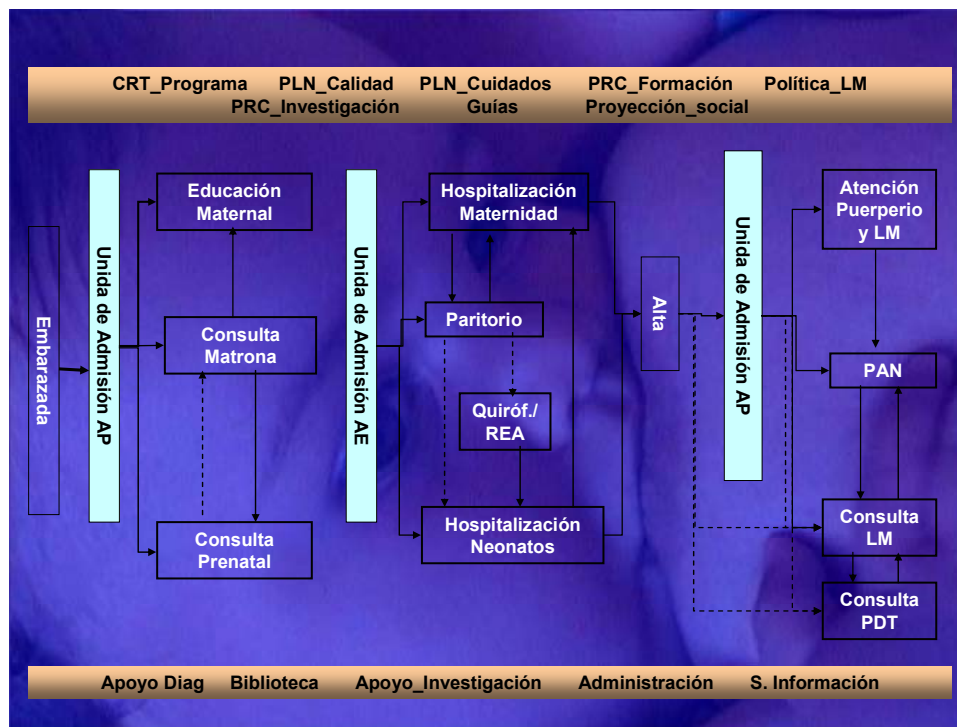
En la gestión por procesos las actividades se organizan en torno a las necesidades de las madres a lo largo de todo su proceso de maternidad y crianza y requiere la implicación activa

de los profesionales y estrategias de mejora continua. Su objetivo es identificar e interrelacionar los procesos de una organización, como primer paso para comprenderlos y mejorarlos.

La gestión por procesos requiere coordinación e integrabilidad y nos permite dar una respuesta homogénea y ágil a las necesidades de las madres y su familia, reduciendo la variabilidad clínica inexplicable. Para establecer interconexiones duraderas entre los procesos es necesario trabajar las interconexiones entre las personas.



En la siguiente figura se presenta el mapa de la organización, con la interconexión entre las diferentes unidades responsables de los procesos claves orientadas a la mujer y su familia, abajo los procesos de soporte y arriba los procesos estratégicos que facilitan y enmarcan el proceso en un contexto más general.



Sobre este mapa se han descrito todas las actividades que aportan valor a la madre, desarrolladas en las diferentes unidades asistenciales. También se han diseñado algunos flujogramas que facilitan la comprensión del proceso.

Actualmente se está desarrollando en el área de salud un proyecto de diseño del “Proceso de Atención a la Alimentación del Lactante” financiado por la Dirección General de Calidad a través del programa EMCA.

3. *Cómo se Desarrolla la Organización en su Entorno. Una Organización Abierta y Flexible.*

Alianzas y recursos.

Las alianzas constituyen uno de los procesos estratégicos más importantes para desarrollar las principales líneas estratégicas de este proyecto: formación, investigación, compromiso con la calidad y proyección social.

Se han desarrollado alianzas con los profesionales, el equipo directivo, las madres y la sociedad.

- Las alianzas con los profesionales y con los diferentes servicios relacionados con la atención materno-infantil han permitido aunar esfuerzos para conseguir los objetivos (continuidad de cuidados, cambios de rutinas, trabajo transdisciplinar).
- Las alianzas con el equipo directivo, han permitido su implicación y compromiso con el proyecto y la provisión de los recursos necesarios para una atención de calidad.
- Las alianzas con la comunidad se han desarrollado promoviendo el asociacionismo, la colaboración con las escuelas, la colaboración con los grupos de

madres en acciones de promoción y han permitido integrar sus puntos de vista en las acciones del proyecto.

- La alianza con los medios de comunicación ha permitido publicitar los servicios y mejorar la imagen social de la mujer que amamanta mediante artículos de prensa, radio y televisión local.
- Existen también alianzas con otras organizaciones que han permitido obtener conocimientos de otros contextos y situaciones y también recursos, así como promocionar aspectos como la investigación y las acciones coordinadas. Son alianzas más o menos formales con universidades e instituciones relacionadas con la investigación, con otras áreas de salud (Hermanamiento con Área de Salud IV de la Región de Murcia) e incluso con otros países (experiencia de la región de Montérégie).

Responsabilidad social.

La responsabilidad social está implícita en un programa de promoción, protección y apoyo a la LM debido a las importantes implicaciones sobre la salud en general y la de los grupos más desfavorecidos en particular, y el medio ambiente de este tipo de intervenciones.

Los valores implícitos al programa HQTQ derivan de esta vocación de responsabilidad social e incluyen:

- La atención centrada en el paciente
- La participación ciudadana, en especial de las mujeres, en las decisiones sobre la salud.
- Control de la ingerencia de los intereses económicos de la industria en la atención (Código de comercialización)
- Investigación orientada a la mejora

C. -NIVEL MACRO.

1. *Contexto social*

En el análisis de los datos obtenidos a partir de los grupos focales de madres y profesionales se confirma que con la puesta en marcha del modelo HQTQ se está materializando un cambio cultural profundo tanto en el ámbito profesional como social: de un modelo basado en la llamada "cultura del biberón" a un modelo basado en el respeto a los procesos naturales de maternidad y crianza.

2. *Contexto político.*

El desarrollo durante los últimos años de una cultura favorable al cambio y a la innovación por parte de las personas implicadas en el proyecto HQTQ ha hecho del área V de salud un referente en la Región de Murcia. El modelo HQTQ es la base de la visión estratégica para el despliegue de las políticas regionales de promoción protección y apoyo de la LM.

Resultados tras la puesta en marcha y desarrollo del modelo hqtq

1. Resultados en las madres y sus familias (clientes):

En la exploración realizada en el año 2007 mediante grupos focales sobre la percepción de las madres del apoyo profesional a la alimentación infantil, en general las madres se mostraban satisfechas con el apoyo que recibían para la LM. Al describir el trabajo de los profesionales, destacaban el trabajo de los que cumplían determinadas características relacionadas con las habilidades de comunicación y experiencia clínica en lactancia. El apoyo a la lactancia materna es descrito por las madres como suficiente y fácilmente accesible, tanto en el hospital como en atención primaria.

Los resultados de la encuesta de posthospitalización son altamente significativos respecto a la media de la región de Murcia. En el ítem ¿le explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo? hay un 90% de respuestas positivas frente a la media situada en torno al 40%. Estos datos triangulan las medidas de percepción de los datos cualitativos procedentes de los grupos focales.

A pesar de los avances, nos queda todavía mucho camino por recorrer. A través de los primeros grupos focales de madres, se identificaron las siguientes oportunidades de mejora en el área que guían las intervenciones actuales de HQTQ.

La continuidad de cuidados y la accesibilidad a los mismos es fundamental. Sería recomendable que hubiera un responsable experto en lactancia en cada centro de salud para evitar en lo posible desplazamientos y molestias a las madres con problemas.

Sigue siendo necesario reducir la variabilidad en los mensajes profesionales dirigidos a las madres así como en las pautas de actuación ante los diferentes problemas de amamantamiento.

Es muy importante la formación clínica en lactancia de los profesionales que se incorporan a la atención a madres o de los que todavía no disponen de ella. En los periodos vacacionales debería darse preferencia a los profesionales con más formación y/o experiencia, especialmente las enfermeras y matronas, más dedicadas al manejo y apoyo a la lactancia.

La formación en técnicas de consejería en lactancia debe ser (es) la oportunidad de mejora más prioritaria en nuestra área de salud. Es necesario revisar los protocolos de atención y apoyo a madres con problemas en la lactancia que han necesitado recurrir a la lactancia de fórmula para reducir sentimientos de agobio y culpa. En este congreso se presenta una comunicación donde se amplía este tema.

El padre y la familia deben ser tenidos en cuenta en los cuidados a la lactancia materna.

En Atención Primaria debería favorecerse el contacto de las madres con otras madres, por ejemplo a través de actividades grupales en el postparto.

2. Resultados en las Personas

El resultado más evidente en las personas es la adecuación de las rutinas de trabajo a la perspectiva IHAN, así como el cambio a una perspectiva centrada en las madres y sus familias.

Creemos que en general la identificación de los profesionales del área con el proyecto es bastante alta fruto de un buen clima organizacional, de la comunicación y el reconocimiento con independencia del cargo o profesión.

La participación de los profesionales en las diferentes actividades formativas, no solo en LM también en consejería, habilidades de comunicación, calidad, metodología enfermera e investigación, es alta y representativa. También en los grupos de discusión y de identificación

de oportunidades de mejora, la representación ha sido especialmente representativa con profesionales de todos los ámbitos y niveles.

La investigación ha significado un aspecto importante en la formación y desarrollo profesional a la vez que un elemento de cohesión de los equipos por su carácter multidisciplinario e interestamental, con una presencia significativa del área de salud en los congresos relacionados con esta campo de conocimiento.

3. *Resultados en la Sociedad*

Gracias a la alianza con los medios de comunicación y al impacto social y político del proyecto HQTQ, la información sobre el proyecto se ha difundido ampliamente: se han publicado datos en la prensa local y regional sobre el programa y sus antecedentes, sus valores y objetivos, sus actividades y sus resultados.

Se han realizado actividades de promoción en colaboración con el grupo de apoyo Vínculo durante la semana mundial de lactancia, organización de encuentros de madres y concursos de fotografías.

4. *Resultados Claves*

Uno de los resultados clave más destacable ha sido el mantenimiento de los estándares IHAN desde que se consiguió el galardón y su ampliación hacia los centros de Atención Primaria. Este aspecto ha llevado a la reacreditación del Hospital Virgen del Castillo como hospital IHAN durante el año 2008 y posiblemente a una próxima acreditación de nuestros centros de salud.

Se han obtenido resultados significativos en todos los indicadores de lactancia tanto de inicio como de duración. Algunos se presentan en diferentes póster y comunicaciones en este congreso.

Conclusiones

En esta ponencia he desarrollado algunas bases conceptuales útiles para la atención a la lactancia desde una perspectiva de calidad total y he pretendido mostrar datos que permitan ejemplificar la efectividad de este planteamiento.

El modelo de calidad total nos ha permitido promover, desde una perspectiva centrada en las madres y sus familias, un abordaje combinado que aúna los esfuerzos de los diferentes niveles del sistema sanitario: los grupos de profesionales, los gestores y los responsables de las políticas.

Bibliografía

1. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005 Feb;8(1):39-46.
3. Cattaneo, A. Buxxetti, R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323: 1358-62
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
5. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Consejería de Salud de Andalucía 2001.
6. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics.* 2008 Oct;122 Suppl 2:S43-9.
7. Donabedian A. Quality assement: Te industrial model and healt care model: Clinical performance and Quality Healt care. 1993; 1(1): 51:52.
8. Ezkurra Loyola P, Sánchez Martín I, Aseginolaza Iparagirrea I, Zubeldia Beldarraina E, Agirre Landa M. Guía para la gestión de procesos. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 1999.
9. Fernández Fernández I, Fernández de la Mota E, Sanz Amores R. Gestión por procesos asistenciales: aplicación a un sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión* 2003;9:19-37.
10. Ferrándiz Santosa J, Rodríguez Balob A. Calidad asistencial en atención primaria. *JANO* 2004; 66(1.520): 43-75
11. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
12. Grandío Botella A. Calidad Total, dirección estratégica y organización inteligente: propuesta de un marco teórico integrador. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Asociación Científica de Economía y Dirección de Empresas (ACEDE). Almería, Sep. 1997.
13. Guix J, Simón R, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:308-312.
14. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. *BMJ* 2008; 336(7649):881-7.
15. Kelly YJ, Watt RG. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class - results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutrition* 2005; 8(4): 417-422.
16. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001 Jan 24-31;285(4):413-20.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
18. Nightingale. F., Notes on nursing: What it is and what is not. New York (1860);D. Appleton en Bull. M. Quality Assurance: Professional Accountability via Continuous Quality Improvement.

- En: Meisenheimer CG. Improving Quality: A guide to effective programs. Aspen Publication. Maryland, 1.992
19. OPS/OMS (1998). División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Documento WHO/CHD/98. 8. Ginebra: OMS.
 20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 2003.
 21. Parra-Hidalgo P, Gomis-Cebrián R, Navarro-Moya FJ. Diseño de Procesos en el Servicio Murciano e salud. Guía Metodológica para el Diseño de Procesos. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Documento descargable en: <http://www.programaemca.org>
 22. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia Materna en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
 23. Rohlf I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín M, Peiró R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2000 Mar-Apr;14(2):146-55.
 24. Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2005.
 25. Saturno P J The Iberian Program: A Training-based Planned Strategy to introduce Quality of Care Evaluation in Health Centres. World Health Forum 1995 16:2
 26. Tembory Molina C. Conocimientos de los Residentes de Pediatría en el manejo de la LM. An Esp Pediatría 2003; 58: 263-267.
 27. Westphal, MF. Taddei, JAC. Venancio, SI. Bogus, CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. Bulletin of the World Health Organization 1995; 73(4): 461-468.
 28. WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989.

Mesa 8: “Mejores experiencias”

Apoyo a la Lactancia Materna vía telefónica atendido por enfermería

García Castañeda, L.; Alastrue Naval, L.; Rodríguez Navarro, Y.; Vives Vives, E.

Introducción:

La madre lactante requiere de ayuda profesional y social para la continuidad y mantenimiento de la lactancia materna (LM). De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, considerando su beneficio nutricional y emocional, desde Sanitat Respon (SR), un servicio de consulta y consejo de salud atendido por enfermería a través de una central multicanal de gestión de llamadas en Cataluña, nos planteamos estudiar cómo contribuimos en la LM, siendo un recurso más al que la madre puede recurrir, combinado con el resto de eslabones del sistema sanitario.

Objetivo:

Demostrar que la promoción, prevención y resolución de complicaciones de LM realizada por enfermería es posible vía telefónica.

Método:

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de consultas sobre LM recibidas en SR de enero a noviembre 2008.

Población y muestra: Total de consultas 715.

Revisión y análisis de bases de datos de SR con el programa SPSS.

Variables de estudio: sexo, edad, hora y motivo de consulta.

Resultados:

Entre enero y noviembre de 2008, se realizaron 715 consultas sobre LM. De éstas, 107 realizadas por hombres y 608 por mujeres.

El principal motivo de consulta fue: el 54,54% de los casos demanda de información sobre el buen uso de fármacos, y el 45,46% recomendaciones sobre LM.

El 75,10% de consultas se recibieron en horario diurno y el 24,90% en horario nocturno. El 48,54% de usuarios corresponden a la franja de edad de 26-33 años.

Conclusiones:

Las consultas sobre LM son frecuentes en SR.

La consulta telefónica se presenta como una alternativa para la resolución de dudas, y para disminuir consultas innecesarias a centros de salud.

La prevención y resolución de complicaciones de LM, son posibles por vía telefónica, en cualquier momento que el usuario lo demande, reduciendo así su angustia, preocupación e inquietud y animando a su continuación.

El personal de enfermería, responsable de la resolución de las consultas, está capacitado y cualificado para apoyar y promocionar la LM, orientando, potenciando y fomentado los beneficios que ofrece tanto a la madre como al hijo.

Resultados de la Experiencia del Voluntariado de Madres en el Hospital: Una Primera Aproximación

Salomé Laredo Ortiz; Adoración Hernández Martínez; Rosario Rozada Montemurro; Ana Muñoz Guillen; Antonio Perez Aites

Introducción

Somos conscientes que el VOLUNTARIADO DE MADRES en la planta de maternidad de un hospital es una actividad innovadora y sin precedentes en España, es por ello que la elaboración y puesta en marcha de un programa de apoyo voluntario a la madre hospitalizada debe ser llevado a cabo con mimo y esmero.

Así pues, se han elaborado con detalle los objetivos y el procedimiento en todas sus fases, marcando las actividades que cada voluntaria ha de realizar en su jornada y los elementos humanos y materiales necesarios para dar un servicio de la mejor calidad.

También, desde el inicio, se establecieron mecanismos de evaluación que nos permitieran mejorar año a año nuestra actividad y el servicio prestado. De esta forma ha sido posible - en función de nuestras propias observaciones y de la valoración que el personal sanitario ha realizado sobre nuestro desempeño en las plantas- poder corregir, adecuar y mejorar el trabajo del voluntariado.

El proyecto siempre se planteó como un trabajo con rigor científico, y ello nos llevó a una propuesta de trabajo que nos permitiera dar a conocer, analizar y exponer lo que hoy por hoy, es una actividad voluntaria pionera que responde a las demandas de muchas mujeres que han decidido amamantar.

Las matronas en los centros de salud están muy cerca de esta realidad. Hace ya 9 años que desde uno de estos centros, precisamente por brindar respaldo a estas mujeres, a sus preguntas, a sus miedos, y proporcionar un espacio dónde ellas mismas pudieran poner en común esto que “estaban sintiendo y viviendo” surgió el primer taller de lactancia de la Comunidad Valenciana.

Amamanta como grupo de apoyo se gesta en un taller de lactancia de un Centro de Salud. Sus objetivos fundacionales son:

- promocionar el taller de lactancia como una herramienta de apoyo a las madres que desean amamantar,
- animar a los profesionales de primaria a abrir Talleres en sus lugares de trabajo,
- organizar el apoyo con madres expertas en esta actividad para reforzar y animar los talleres de nueva creación.

La madre que acude al taller en busca de ayuda y logra superar sus dificultades, adquiere una evolución hacia una madre de apoyo, entonces tiene lugar el refuerzo entre iguales, “madre a madre”.

A lo largo de estos años de experiencia en los talleres surge siempre esta cuestión: ¿por qué no se inicia antes esta forma de apoyo a las madres? En los días del hospital se pierden muchas lactancias por falta de información, falta de asesoramiento, desconocimiento, mucha soledad y muchas lágrimas sin respuestas. ¿Cómo se puede cambiar esta situación? ¿Qué puede hacer la asociación para “poner un eslabón en esta cadena de apoyo... que se ha roto”?

La participación de nuestro grupo en el Comité de Lactancia del Hospital La Fe nos permitió conocer las dificultades que tienen los profesionales - motivados en apoyar la lactancia

materna- dentro de un medio que aún no considera la lactancia como actuación de primer orden. Problemas en los servicios por falta de personal o personal no preparado, acumulación de tareas (sin incluir el apoyo a la lactancia como actividad importante), rutinas hospitalarias que no favorecen el inicio, hábitos de suplementar con biberones, etc.

Por tanto, un grupo de madres voluntarias puede acompañar y reforzar también la labor que allí realizan los distintos profesionales. A continuación, se muestra la cronología y evolución de Amamanta dentro del comité de Lactancia del Hospital La Fe.

- Año 1999. El Comité de lactancia del Hospital la Fe de Valencia inicia su trayectoria. Participan en el Comité, representantes de los centros de salud, matronas y pediatras y representantes de cada servicio del hospital.
- Año 2001. Amamanta participa en sus reuniones y forma parte de su estructura representando a las madres.
- Año 2003. El Comité de Lactancia solicita la participación de Amamanta para mostrar la experiencia de los talleres en los cursos de formación.
- Año 2005. En las actas del Comité de este año, ya figura la propuesta de Amamanta para proporcionar un apoyo voluntario a las madres ingresadas en las plantas de puérperas.
- Año 2006. Primer convenio entre Amamanta y el Hospital La Fe para el Voluntariado de madres ratificado por la Conselleria de Sanitat.
- Año 2007. Febrero. Puesta en marcha del voluntariado de madres en la planta 7ª del Hospital la Fe.
- Año 2007. Abril. Ampliación del convenio de voluntariado al resto de hospitales de la provincia de Valencia.
- Año 2008. Experiencia del voluntariado en la planta 8º.

Programa de Voluntariado de Amamanta

Objetivos

Los objetivos son:

- A) Apoyo al amamantamiento inmediato tras el parto y fomento del contacto piel con piel.
- B) Creación de una “cadena de apoyos continua” para la mujer, iniciada en la preparación maternal, en la que la madre es informada de la existencia del taller de lactancia en el hospital, apoyo en planta de puérperas y remisión a las madres al taller de lactancia de su centro de salud.

Desarrollo del programa

Una vez el proyecto del voluntariado tomó cuerpo, se definieron las características de la voluntaria, el protocolo de trabajo, así como aspectos relacionados con la colaboración con el personal sanitario y el protocolo de actuación, que a continuación, pasamos a comentar.

1) Características que debe cumplir la candidata para acceder al voluntariado:

- 1.- Ser socia de Amamanta
- 2.- Tener experiencia en la técnica de taller
- 3.- Haber realizado cursos de formación en lactancia materna

2) Se previó la necesidad de que la voluntaria fuera identificable e inconfundible con el personal sanitario o con visitas: el “uniforme” de la voluntaria es un peto, color verde pistacho, nadie en el hospital viste de ese color, y lleva una identificación de la asociación con su nombre.

3) El número de voluntarias por grupo diario se estableció que fuera de 2 ó 3. De esta manera, cuando hay una nueva voluntaria se incorpora a un grupo ya establecido.

4) Como parte de las obligaciones que contrajo la asociación con la Conselleria de Sanitat, las voluntarias debían estar aseguradas tanto personalmente como en su responsabilidad civil. Esta es una protección necesaria para la mujer y su importancia quedó recogida desde el comienzo.

5) Concretamos el dónde y cuándo del taller de lactancia: se realizaría en la sala de visitas de la 7ª planta del pabellón de maternidad del Hospital Universitario de la Fe, de lunes a viernes y la voluntaria estará en planta de 14,30 a 18,00 h.

6) Dado que la voluntaria debe apoyar los casos considerados como lactancia de riesgo o susceptibles de ser reforzados, tras consideración previa del personal sanitario, establecimos un canal de comunicación por escrito.

Durante la mañana, la enfermera de niños recoge en la hoja de valoración lo que observa, tanto referente a la madre como al bebé. En esta hoja está la etiqueta identificativa de la madre y en la casilla adjunta la de su valoración. La voluntaria posteriormente también añadirá su observación en la misma casilla. Además al solaparse el horario del voluntariado con el turno de mañana del personal se facilita el contacto directo sanitario-voluntaria.

Consideramos que ésta es una condición fundamental: la interacción entre personal sanitario y la voluntaria ha de ser una relación de cooperación que debe producirse, para que la actividad y sus resultados sean satisfactorios.

7) Desde el primer día de voluntariado, surgió de manera espontánea una comunicación entre las voluntarias por vía e-mail, donde se remarcaban las observaciones de la hoja de valoración y se plasmaba la situación emocional vivida en ese día.

8) También, precisamos el protocolo de actuación de las voluntarias para estandarizar el modo de trabajo, el cual se detalla a continuación.

Protocolo de actuación

1. La voluntaria acude a la hora, deja sus objetos personales en la habitación de las enfermeras y se pone su uniforme.

2. Por megafonía, una enfermera avisa a las madres que la asesora en lactancia ya ha llegado y que va a tener lugar el taller de lactancia en la sala de visitas.

3. Del mostrador de la planta, la voluntaria recoge la carpeta que contiene las hojas de valoración y comenta los casos más destacados del día con la enfermera.

4. La voluntaria entra a lavarse las manos al box, de donde también recoge la caja con el material que entregará a la madre: trípticos, hojas informativas sobre talleres de lactancia, etc.

5. Mientras acuden las madres al taller se revisa la hoja de valoración y se repasa la del día anterior, por si hay que repetir el apoyo.

6. Se realiza el taller. Se procura que las sillas tomen forma circular y las madres deben venir con su bebé. También se les anima a que participen sus acompañantes que así lo desean: pareja, madre, hermana, amiga, etc.

También anotamos como hecho importantísimo para el trabajo: es fundamental para la actividad de la voluntaria, que la enfermera que visita a las púerperas durante la mañana las motive a acudir al taller.

7. Se pasa por las habitaciones en algunos casos concretos:

- i) En caso de que alguna madre apuntada en la hoja de valoración no haya acudido al taller.
- ii) En caso de que la madre esté en cama, goteros, sonda, malestar, etc. y nos haya avisado la enfermera o un familiar.
- iii) En caso de que estando allí se produzca un nuevo ingreso, éstas son de las mejores situaciones, ver mamar al bebé por primera vez es de las experiencias más emocionantes que se pueden tener.
- iv) En caso de que nos llamen de la otra planta, la 8ª.
- v) Que el o los bebés estén en neonatos, estas madres no suelen acudir.

8. Se anota en la hoja de valoración lo observado.

9. En todos los casos hay que entregar el tríptico de Amamanta y es fundamental orientar a las madres hacia los talleres de lactancia más cercanos a su domicilio.

El primer año de la actividad en la planta séptima fue expuesto en las reuniones semestrales del Comité de Lactancia y fue allí, donde se mostró la evolución en el trabajo desarrollado por la voluntaria, estando en pocos meses organizado en función del día de ingreso en que la madre y el bebé se encontraran.

De esta manera, el modo de trabajo quedó así:

- Apoyo en el primer día de ingreso: se observa el estado de sensibilidad materna, es decir, el deseo de la madre de ver y tener a su hijo, así como el estado de alerta del recién nacido, que debe estar con los ojos abiertos, tranquilo, despierto, sin moverse apenas, pendiente de lo que pasa a su alrededor. Debe facilitarse también la estimulación sensorial, sobre todo la olfativa del recién nacido.
- Apoyo en el segundo día de ingreso: se considera que la fase de transición ha pasado, pero esta consideración se realiza simplemente porque el alta hospitalaria se produce a las cuarenta y ocho horas del nacimiento.

Es el momento de realizar la observación de la toma, valorar la succión del bebé, informar y/o corregir la postura y la posición así como realizar estimulaciones periorales.

Destacamos este hecho como otro objetivo cumplido dentro del proyecto del voluntariado: la creación de una red de apoyo continuado que parte desde la maternidad y tiene su continuación en el taller de lactancia del Centro de Atención Primaria, tutelado por una matrona, enfermera pediátrica o pediatra junto con madres lactantes experimentadas.

Este hecho, nos ha llevado a realizar un trabajo de reconocimiento y seguimiento de estos talleres de lactancia, de sus horarios, los profesionales sanitarios que los moderan y las madres de apoyo con sus teléfonos disponibles. Constituye el listado de talleres de lactancia de Centros de Salud, del cual se realiza una revisión y ampliación mensual, dando como resultado un incremento notable en el número de talleres, de 11 a comienzos del 2007 hasta los 60 que conocemos a comienzos del 2009.

Observamos como resultado de la actividad, la creación, ampliación y revisión de este listado para mantenimiento actualizado de la red de apoyo.

Resultados obtenidos en el año 2007

Al acabar el año de trabajo correspondiente a la planta séptima durante el 2007 y, gracias a las hojas de valoración, comenzamos el análisis de los datos obtenidos y la evaluación del perfil de

madres atendidas en función de sus circunstancias sociales y personales, así cómo los motivos más frecuentes de dificultad aparecidas en la maternidad.

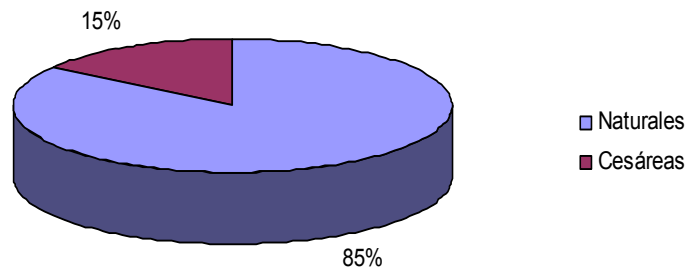
- 1) Entre los meses de Febrero y Diciembre de 2007 fueron atendidas 2700 madres por 23 voluntarias.
- 2) Las situaciones normalmente observadas fueron:
 - Madres y bebés sin problemas, son la gran mayoría. Lo más frecuente en este caso es corregir la posición.
 - Madres con dudas: tiempo entre tomas, hambre del bebé, tiempo de cada mamada, no saben si tiene leche.
 - Mujeres con falta de confianza, y demostrando miedo y ansiedad. Suelen estar presionadas para no dar el pecho o presionadas para darlo. En ninguno de los dos casos se les permite hacer lo que desean.
 - Bebés con dificultades en el enganche al pecho porque están adormecidos, con algún problema físico o porque las lactancias están interferidas por biberones o chupetes.
 - Mujeres con circunstancias especiales que ponen en riesgo la lactancia: madre joven, sin pareja, sin apoyos familiares, extranjeras.
 - Mujeres sin sus bebés por estar éstos en neonatos.
- 3) Ha habido un importante incremento en el número de talleres de lactancia en los Centros de Salud del 6 desde el inicio del proyecto: de 11 a 60.
- 4) Las madres expresan abiertamente su satisfacción por el apoyo recibido.
- 5) Aunque llegamos con otra idea, con el paso del tiempo hemos visto que la labor de la voluntaria es muy poco intervencionista, sólo se resuelven dudas concretas o se dan consejos sobre descanso o postura para evitar grietas.

Al contrario, al ser la actitud de la voluntaria la de la escucha activa, la madre percibe que el taller de lactancia es el lugar en el que ella puede expresarse. Con esto logramos el objetivo fundamental del taller: el apoyo emocional a la mujer, transmitiéndole, en ese espacio y en ese tiempo, serenidad para seguir sus propios criterios y confianza en su capacidad para amamantar a su hijo. Esta labor, obviamente, ha de seguir siendo reforzada en el taller de lactancia del centro de salud.

Análisis e interpretación de los datos del año 2007

Tal y como se muestra en la Figura 1, entre las 2700 madres atendidas por las voluntarias, un 85% de los partos fueron naturales y el resto cesáreas. Dicha relación se encuentra relativamente próxima a los datos de partos naturales (77%) y cesáreas (23%) recogidos por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital La Fe.

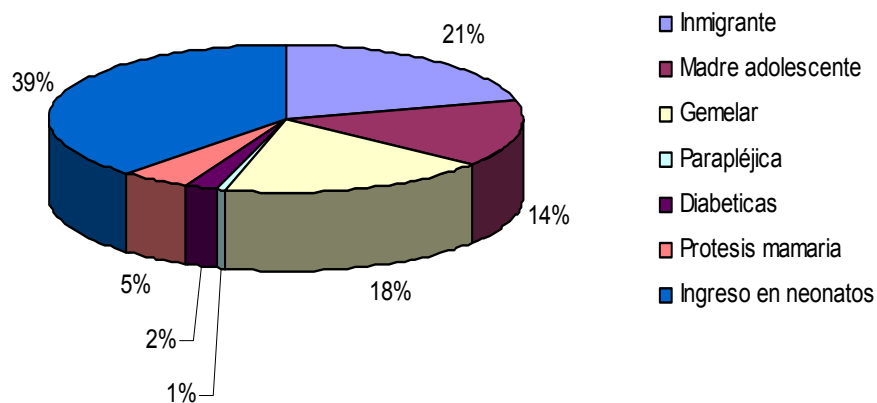
Figura 1. Distribución de la relación de partos y cesáreas en el año 2007 asistidas por el voluntariado de Amamanta.



La mayoría de las madres tenían circunstancias comunes, es decir, mujeres sanas, mayores de edad, de nacionalidad española, con pareja y que habían tenido bebés sanos, constituyendo un 40 % de las mujeres apoyadas, pero el resto, representaban madres con otras características que las hacían más susceptibles de recibir apoyo.

Entre ellas se encontraban, por supuesto, las madres que habían sufrido la separación de su bebé y, éste se encontraba en la Unidad de Neonatos del Hospital, las madres inmigrantes, las adolescentes, las diabéticas, las que tenían prótesis mamarias, las madres de gemelos y un caso de paraplejia que también fue apoyado y seguido con bastante éxito. Los porcentajes de las madres atendidas con circunstancias especiales se muestran en la Figura 2.

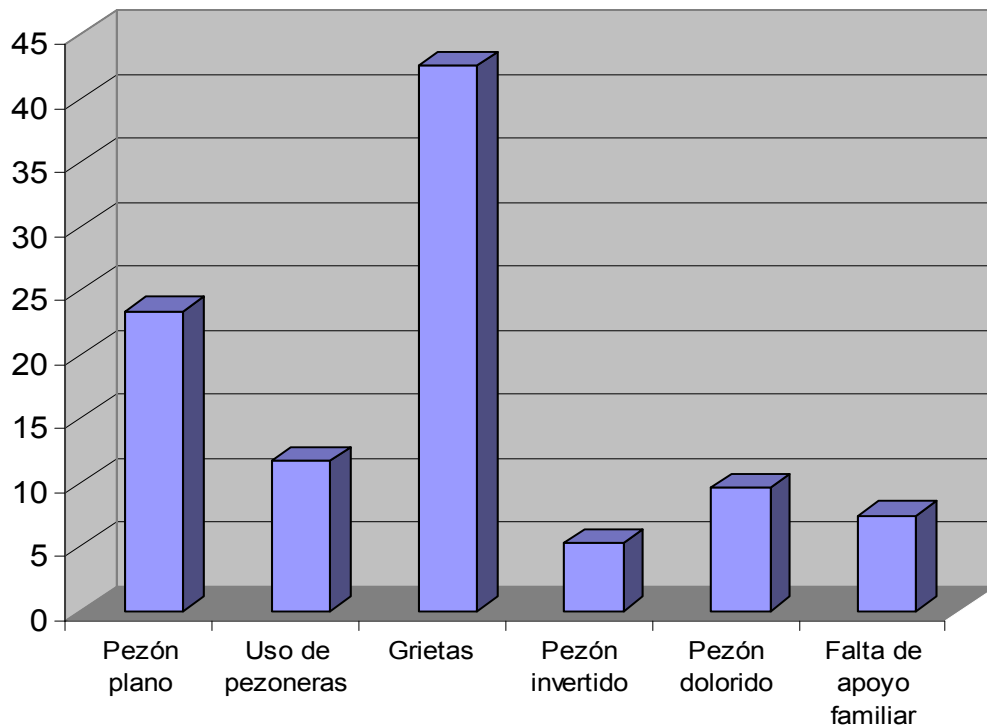
Figura 2. Distribución de la relación de madres con circunstancias especiales apoyadas por el voluntariado de Amamanta en el año 2007.



Las dificultades detectadas por el personal sanitario para iniciar el amamantamiento, se han cuantificado a partir de los datos obtenidos de las hojas de control que rellenaba el personal sanitario.

En una primera observación, podíamos clasificar estas dificultades en las que hacían referencia a causas relativas a la madre, es decir, referentes a grietas, pezón plano, mamá nerviosa o sin apoyo familiar, uso de pezoneras o dificultad de enganche, y las causas relativas al bebé, es decir, niños excesivamente dormidos, con bajo peso, ictericia, bebés que presentan una pérdida de ganancia ponderal significativa a síndromes de Down.

Figura 3. Distribución de las situaciones relativas a la madre, diagnosticadas por el personal de enfermería, apoyadas por las voluntarias de Amamanta en el año 2007.



En la Figura 3, se muestran las causas relativas a la madre diagnosticadas por el personal sanitario. Rápidamente sorprendió el elevado diagnóstico de grietas en un momento tan incipiente del amamantamiento, así como el abuso de pezoneras, por ejemplo.

Las principales acciones que lleva a cabo la voluntaria, en estos casos:

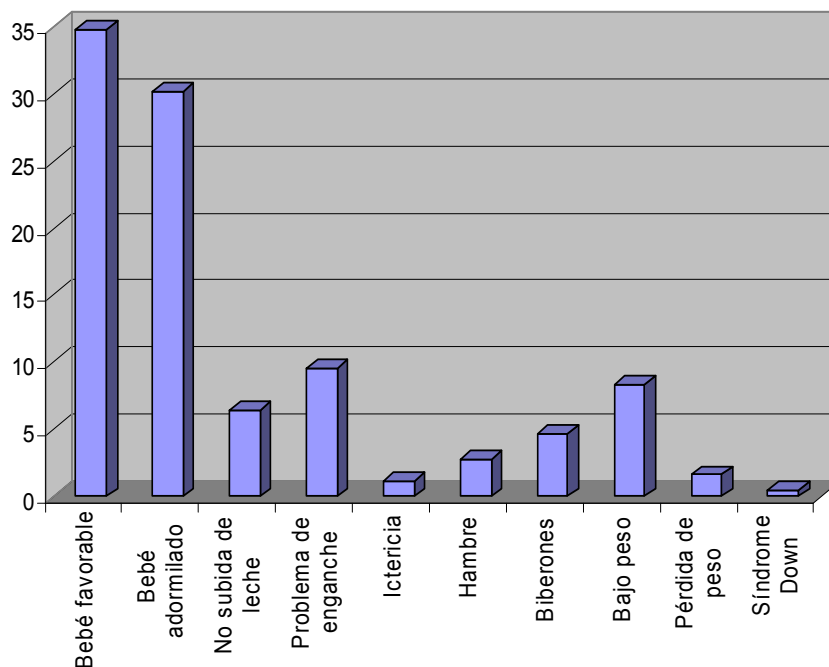
- Realizar la observación de la toma para detectar problemas de enganche y corregir la postura.
- Solución de dudas respecto al tiempo, demanda, cantidad en cada toma, uso de chupetes, biberones de apoyo, cuándo se producirá la subida de la leche... y añadir consejos prácticos respecto a las posturas de amamantar, el sueño y el descanso.
- Apoyo emocional y refuerzo positivo a su voluntad de amamantar y a su capacidad de decidir aquello que es correcto sobre la crianza de su hijo, aspectos que la hacen crecer como madre, confiando en su propia capacidad.

- Conceder el espacio y el tiempo para el desahogo cuando las circunstancias que han rodeado el embarazo, parto y post-parto inmediato hayan sido dolorosas.

Estas acciones, sencillas pero eficaces, hacen que la posterior valoración de la voluntaria, sea diferente a la inicial. Antes de volver a diagnosticar, si no se ha logrado resolver el problema del todo, se favorece el contacto materno con el bebé a través del método “piel con piel” y se solicita a la compañera que acudirá a realizar el voluntariado al día siguiente que refuerce a la madre que aún lo necesita.

Respecto a las causas relativas al bebé (véase Fig. 4), se aprecia que la mayoría de los bebés nacidos a término, iniciaban sus lactancias sin problema, lo cual es un buen resultado. El siguiente motivo de diagnóstico era el “bebé adormilado”, situación también normal por encontrarnos en el momento inmediato al parto. Ambas situaciones reflejan la importancia de no diagnosticar aquellos bebés cuya situación sea completamente normal y así disminuir la preocupación de la madre.

Figura 4. Distribución de las situaciones relativas al bebé, diagnosticadas por el personal sanitario, y apoyadas por las voluntarias de Amamanta en el año 2007.



Finalizamos, nuestro paso por la planta séptima realizando un cuestionario de evaluación que todos los profesionales sanitarios, enfermeras y auxiliares, en total 12, cumplimentaron.

El cuestionario recogía aspectos referentes al conocimiento previo de la metodología del programa de voluntariado, la relación entre las voluntarias y el personal sanitario tanto a nivel personal como de trabajo, acerca de la formación en lactancia materna y técnicas de comunicación de las voluntarias. Se les preguntó también sobre cómo consideraban que era el tipo de trabajo desarrollado además de sanitario, había cuestiones referentes a si conocían los talleres de lactancia y, finalmente, se les pedía una valoración personal y la consideración que tenían de la experiencia.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios, lo cual demostraba el buen entendimiento que se había dado entre el equipo de sanitarios profesionales y no profesionales.

Destacamos este hecho como otro resultado importante: Es imprescindible la colaboración entre el personal sanitario y las voluntarias para un adecuado desarrollo de la actividad.

Resultados obtenidos en el año 2008

Tras el primer año de experiencia en la planta séptima del hospital La Fe, este estudio se mostró a todos los componentes del Comité de Lactancia en una de sus reuniones semestrales.

La supervisora de la planta octava realizó la solicitud para que el equipo de voluntarias realizara el año siguiente su trabajo en esa planta y, ese fue el nuevo compromiso adquirido desde el comité.

El trabajo del voluntariado se desarrolló exactamente de la misma manera, con el mismo protocolo de actuación y sistemática, pero, esta vez, los resultados no fueron los mismos.

Fallaron la mayoría de los requisitos que las voluntarias necesitaban para realizar su trabajo y que hemos descrito anteriormente, esto llevó a una falta de empatía mutua que varió el tipo de resultados, como ya hemos comentado.

El grado de satisfacción de las madres atendidas si fue similar.

El número de talleres de lactancia, tuvo un incremento notable, llegando hasta los 60 que hoy en día recogemos en el listado de talleres.

Los resultados cuantitativos no fueron significativos, ya que las hojas de recogidas de datos que debían ser rellenadas por las enfermeras, la mayoría de los días estaban vacías o ni siquiera estaban, los datos eran recogidos por las voluntarias, que en el momento de apoyar a la puérperas, no podía realizar esta tarea de forma sistemática.

La encuesta de evaluación que se pasó al personal de planta, que solamente cumplieron siete de las doce personas que trabajan en la planta, mostró unos resultados negativos y de claro descontento, que reafirman la falta de empatía existente.

Hemos obtenido resultados diferentes, porque las circunstancias han sido también distintas, y cómo tenemos claro que aprendemos de la experiencia, hemos realizado un estudio pormenorizado de cada ítem de la encuesta que nos han entregado cumplimentada.

Este resultado negativo también nos puede ayudar a crecer en nuestro voluntariado. Además a nosotros como grupo de apoyo responsable de esta actividad, este análisis nos permite:

1. Adecuar este cuestionario evaluación para validar su eficacia.
2. Descubrir puntos a cambiar o mejorar en el trabajo de las voluntarias.
3. Corregir las actuaciones que distorsionen o dificulten la interrelación con el personal sanitario de la planta.

Momento actual y perspectivas de futuro

- 1.- Voluntariado como prácticas del Curso de formación de formadores.
- 2.- Residentes de pediatría y de matronas, haciendo una ronda de apoyo a las madres en compañía de una voluntaria.
- 3.- Curso de formación en lactancia materna para asesoras de lactancia. Organizado por Amamanta y el Comité de Lactancia del hospital La Fe de Valencia.
- 4.- Renovación en el año 2009 del Convenio de Voluntariado por parte de Conselleria de Sanitat.

Bibliografía

- 1.- Estudio sobre Evidencia Científica de la Organización Mundial de la Salud “Hacia una lactancia feliz”. 1980.
- 2.- Rozada Montemurro R., Laredo Ortiz, S. Por qué a los sanitarios de la red pública nos puede interesar poner en marcha talleres de lactancia en los centros de salud. Medicina Naturista, 2006; Nº 10: 683-685. SIN. 1576-3080.
- 3.- Rozada Montemurro R., Laredo Ortiz, S. Talleres de lactancia en la cartera de servicios de los centros de salud. Medicina Naturista, 2006; Nº 10: 686-688. SIN 1576-3080.
- 4.- Rozada Montemurro, R., Laredo Ortiz, S. Cap. 22 “El grupo de apoyo en la maternidad”, págs. 211-215. Manual de Lactancia Materna. Guía para profesionales. AEPED. ISBN: 978-84-7903-972-1. 2008.
- 5.- Laredo Ortiz, S., Rozada Montemurro, R., Cap. 32 “Los grupos de apoyo en el centro de salud. Los talleres de lactancia”. Manual de Lactancia Materna. Guía para profesionales. AEPED. ISBN: 978-84-7903-972-1.
- 6.- George Kent. Child feeding and human rights. International Breastfeeding Journal 2006, 1:27.
- 7.- El derecho de todas las mujeres a amamantar. Publicación traducida y adaptada al español por CEFEMINA, IBFAN, Costa Rica. Secretariado de WABA.
- 8.- Carol Wagner et al. The Role of Personality and other factors in a mothers Decision to initiate Breastfeeding. J. Hum. Lact. 22 (1) 2006.
- 9.- Dyson L., McCormick, F., Renfrew, M. J. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Nº 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Presentación de una política de lactancia materna consensuada entre Atención Primaria y Especializada

Esperanza Martín Sequeros; Adela Pertusa Quiles; Susana Ares; Margarita Sánchez Pastor

Antecedentes

El Hospital propone como objetivo institucional en 2005: Fomentar la lactancia materna.

Con apoyo del Ministerio y Consejería de Sanidad, Gerencia, Dirección médica, de enfermería y medios de comunicación

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en el fomento protección y apoyo de la lactancia materna.(OMS-UNICEF 1989)

Es necesario: Formación, coordinación y unificación de criterios a través de los protocolos entre los profesionales

Objetivo

Unificar todos los protocolos relativos a la lactancia natural del hospital Materno-infantil y Áreas de referencia en un documento único llamado: Política de Lactancia materna

Material y método

Se inicia un programa de formación de sus profesionales para lograr un cambio de actitudes, que ayuden a las madres a superar sus dificultades con la Lactancia materna

En el hospital se realizan dos cursos de: Formadores en lactancia para Atención Primaria y Especializada con el objetivo de extender esta formación a través de los profesionales acreditados con éste curso, mediante réplicas del mismo en sus diferentes lugares de trabajo

Al finalizar el primero en el año 2006 se forma: El Comité de lactancia materna integrado por profesionales de las dos áreas, con un programa de coordinación mediante reuniones regladas, mensuales para unificar protocolos. La disparidad de criterios llena de dudas a los padres y profesionales

Resultados

Junio 2007: editamos nuestra política que presentamos en el Hospital con la intervención del Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma, las gerencias, direcciones, profesionales de ambos niveles y medios de comunicación

Se distribuyen en todas las unidades de Primaria y Especializada como protocolos de obligado cumplimiento

Conclusiones

En Noviembre de 2008 se realiza una jornada de implantación de la Política de Lactancia Materna, en el Hospital

La conclusión de atención primaria y especializada sobre los cambios de actitudes, situación actual de la lactancia y experiencia de madres, evidencia que su aplicación logra en nuestro Hospital y áreas de influencia una mejora de las prácticas y de las tasas de lactancia

(iniciación, exclusividad y duración) más madres y padres satisfechos con su experiencia de lactancia y profesionales de la salud con mejores conocimientos y una mayor satisfacción en su trabajo.

Hermanamiento de áreas de salud. Una propuesta novedosa para la difusión de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

Teodoro José Martínez Arán; Ricardo García de León González; Juana Fernández Cuenca; Leticia Hernández Martínez; José María Olivares Morales; Rosario López-Sánchez Sánchez; Enrique Pirla Gómez; Blas Luis González Pina

Antecedentes:

La implantación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en áreas con baja prevalencia de lactancia materna presenta múltiples dificultades, que tienen que ver con el cambio de estilos de trabajo consolidados. El aprendizaje basado en la experiencia es una de las claves más importantes para el cambio.

Entre ellas, la falta de líderes profesionales puede ser un factor crucial, que puede llegar a bloquear decisivamente, aún desde los primeros esfuerzos, el éxito final de la iniciativa.

Material y métodos:

Un área de salud de nuestra comunidad, galardonada por la IHAN, se ha hermanado con otra área de características demográficas y socioculturales similares, que inicia el camino hacia la acreditación. El área galardonada (ÁREA A, o "*hermana mayor*") aporta su acervo de experiencias, formación, ilusión y profesionales, y su conocimiento sobre las dificultades de la implementación de los pasos concretos de la IHAN, tutorizando al área que opta al galardón (ÁREA B o "*hermana menor*"), para que pueda tener mayores probabilidades de alcanzar su objetivo. Se promueve la colaboración frente a la competitividad, la mejora continua frente al estatismo, optando más por una filosofía de expansión "*por mancha de aceite*", frente a la "*escalada a la cumbre*". Esta vinculación entre áreas alcanzará carácter institucional, con implicación de los equipos directivos de ambas áreas, y acuerdos de colaboración y cooperación a nivel de formación, investigación, estudio y vigilancia epidemiológica, etc.

Resultados:

El acuerdo de hermanamiento entre áreas ha supuesto un gran estímulo para ambas. Por un lado, la hermana mayor ha hallado un nuevo reto, difundiendo conocimientos y apoyando a áreas vecinas, con lo que evita el declive del logro conseguido. Por otro, la hermana menor encuentra una oportunidad inigualable de ser acompañada por compañeros que han obtenido el galardón al que aspiran. Actualmente se realizan cursos de formación con profesionales de ambas áreas, y se ha iniciado un sistema de monitorización epidemiológica informatizado conjunto.

Conclusiones:

A la luz de los resultados de esta primera fase inicial de hermanamiento, apreciamos que puede ser una estrategia de un impacto inigualable en la expansión de la iniciativa en todo el territorio, a partir de los hospitales que ya han conseguido el galardón, por sus importantes aportaciones desde el punto de la motivación y de desarrollo profesional.

COMUNICACIONES

Comunicaciones Orales

C-01

¿Producen Auténtico Calostro las Madres que Amamantan a un Hijo Previo Durante el Embarazo?

Juan Miguel Rodríguez Gómez; Inmaculada Marcos Marcos; Eulalia Torras i Ribas; Carlos González; Helena Herrero Martínez; Rebeca Arroyo Rodríguez; Leónides Fernández Álvarez.

Antecedentes y objetivos:

Ciertos sectores consideran que las madres que amamantan a un hijo durante el embarazo producen un calostro con un valor nutricional e inmunológico inferior al calostro “convencional”. En este sentido, el objetivo fue el análisis de diversos parámetros inmunológicos y bioquímicos en el calostro de mujeres que realizan lactancia tándem.

Material y métodos:

Participaron 15 mujeres que amamantaban a su hijo durante el embarazo y que practicaron lactancia en tándem tras el parto. Se recogieron muestras de leche durante el embarazo (semana 30-35 del embarazo), calostro (48 h) y leche madura (4-6 semanas posparto). Paralelamente, se obtuvieron muestras de calostro y leche madura de 10 mujeres que no amamantaron a un hijo durante el embarazo y que no realizaron lactancia tándem. Las muestras se analizaron para determinar la concentración de diversos parámetros inmunológicos o bioquímicos que se suelen encontrar en una concentración muy diferente en el calostro y en la leche madura: dos citoquinas (TGF- β , IL-6), IgAs e IgGs totales, lactosa, proteínas, grasas y vitamina B12.

Resultados:

Las muestras de calostro de las 25 mujeres tenían un color amarillento/anaranjado característico a diferencia de las de leche recogidas durante o después del embarazo (color blanco). En todos los parámetros analizados se apreciaron diferencias individuales. Sin embargo, las medias de todos los parámetros fueron muy parecidas en las 25 muestras de calostro (TGF- β : ~300 ng/ml; IgA: ~40 mg/ml; IgG: ~0,6 mg/ml; lactosa: ~4,7 g/100 ml; proteínas: ~2,3 g/100 ml; grasas: ~2,7 g/100 ml; vitamina B12: ~250 mcg/100 ml), sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Por otra parte, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre las distintas muestras de leche (embarazo, posparto) (TGF- β : ~37 ng/ml; IgA: ~0,9 mg/ml; IgG: ~0,06 mg/ml; lactosa: ~7,9 g/100 ml; proteínas: ~0,9 g/100 ml; grasas: ~4,5 g/100 ml; vitamina B12: ~45 mcg/100 ml). En contraste, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las muestras de calostro y las de leche en todos los parámetros analizados.

Conclusiones:

No existen diferencias significativas entre el calostro de mujeres que amamantan un hijo durante todo el embarazo y el producido por mujeres que no lo hacen.

C-02

Evaluación de la Capacidad Bactericida de la Leche Materna. Comparación Entre Mujeres con Gestación Pre-Término (PT) y Gestación A-Término (AT)

Pilar Codoñer; María del Carmen López; Ana Muñoz; Vicente Roqués; Dolores Silvestre.

Entre las funciones protectoras de la leche materna para el lactante, se encuentra su poder defensivo frente a agentes infecciosos. La acción global de los componentes que participan en este importante beneficio ha sido cuantificada como capacidad bactericida. No se han encontrado estudios que evalúen esta propiedad en leche de mujeres con periodo de gestación inferior a 37 semanas (PT), a pesar de conocerse las diferencias nutricionales respecto a los valores correspondientes a mujeres con gestación a término (AT), lo que se explica si se tiene en cuenta el diferente grado de madurez de sus lactantes que determina importantes diferencias en sus requerimientos.

Objetivo:

Analizar la capacidad bactericida en leche de mujer. Evaluar las posibles diferencias entre leche de mujeres PT y los resultados obtenidos en leche de mujeres AT.

Material y métodos:

Se analizan 30 muestras de leche: 16 de mujeres PT y 14 AT, todas ellas sanas, que han dado a luz en el hospital entre marzo y septiembre de 2008. Se evalúa la capacidad bactericida de la leche frente a la cepa E coli NCTC 9111 serovar O111 K58(B4). El grado de bacteriolisis se calcula como diferencia entre el recuento en el medio control y el medio con muestra de leche. Los resultados se expresan en porcentaje. El análisis estadístico se realizó por aplicación de Análisis de la Varianza

Resultados:

Todas las muestras analizadas presentan capacidad bactericida, con elevada variabilidad entre ellas. El valor medio y su desviación estándar es ($73.98 \pm 13.93\%$), y los valores máximo y mínimo: 92.81% y 44.12% , respectivamente. El análisis comparativo entre las muestras procedentes de mujeres AT y PT indicó que éstas son significativas, con valores: 70.22 ± 16.20 y 78.29 ± 9.64 para mujeres PT y AT, respectivamente. No se han encontrado otros estudios que permitan contrastar estos resultados.

Conclusiones:

La leche de mujer presenta capacidad bactericida que ayuda a la protección del lactante, tanto en mujeres PT como en mujeres AT, sin embargo esta propiedad es menor en el primer caso.

C-03

Capacidad Bactericida de la Leche Materna: Efecto de la Etapa de la Lactancia

Pilar Codoñer; María del Carmen López; Ana Muñoz; Vicente Roqués; Dolores Silvestre.

Es conocida la capacidad bactericida de la leche materna, inhibiendo el crecimiento de microorganismos patógenos y contribuyendo a aumentar las defensas del lactante, en esta etapa de elevada vulnerabilidad. Entre los factores que afectan a las propiedades de la leche materna se encuentra el avance de la lactancia, distinguiendo entre calostro y leche madura. Son escasos los trabajos que evalúan el efecto que la etapa de lactancia ejerce sobre las propiedades funcionales de la leche materna

Objetivo:

Analizar la capacidad bactericida de la leche materna y evaluar el efecto que la etapa de lactancia presenta sobre esta propiedad.

Material y métodos:

Se analizan 30 muestras de leche: 10 correspondientes a etapa de calostro (entre días 2-8 post parto) y 20 a leche madura (entre día 14-77 post-parto), todas ellas sanas, que han dado a luz en el hospital entre marzo y septiembre de 2008. Se evalúa la capacidad bactericida de la leche frente a la cepa E coli NCTC 9111 serovar O111 K58(B4). El grado de bacteriolisis se calcula como diferencia entre el recuento en el medio control y el medio con muestra de leche. Los resultados se expresan en porcentaje. El análisis estadístico se realizó por aplicación de Análisis de la Varianza

Resultados:

Todas las muestras analizadas presentan capacidad bactericida, con elevada variabilidad entre ellas. El valor medio y su desviación estándar es ($73.98 \pm 13.93\%$), y los valores máximo y mínimo: 92.81 % y 44.12 %, respectivamente. El análisis comparativo entre las muestras procedentes de la etapa de calostro y madura indicó que ambas etapas presentan diferencias significativas, con valores: $70.02 \pm 13.25\%$ y $75.97 \pm 15.12\%$, respectivamente. Son escasos los estudios previos que abordan el objetivo de este trabajo y los resultados que se obtienen entre ellos son discrepantes.

Conclusiones:

La leche presenta capacidad bactericida durante todo el periodo de lactancia estudiado, esta propiedad se muestra creciente conforme avanza la lactancia, siendo significativamente mayor en leche madura que en el calostro.

C-04

Apetito Materno por la Sal de la Dieta y Cese de la Lactancia

Sergio Verd; Laura Barriuso; Diego De Sotto.

Existe una relación inversa entre apetito por la sal (AS) y tasa de oxitocina (OT): se ha visto que la destrucción de neuronas con receptores para la OT aumenta el AS, y también que las sustancias que incrementan la secreción de OT inhiben el AS. Esta relación inversa entre OT y AS puede tener consecuencias en la instauración de la lactancia porque ya se sabía que en ese momento la OT es imprescindible; además, estudios más recientes han mostrado que la OT tiene un papel tan importante que incluso las dendritas se comportan como secretoras de OT, cuando estos terminales neuronales en general son receptores y no dadores de información bioquímica. Se ha diseñado el presente estudio prospectivo para poner a prueba la hipótesis de que cuanto mayor sea el apetito por la sal de las madres lactantes, y menor debe de ser su nivel de OT, más dificultosa será la instauración de la lactancia. Se ha preguntado a las madres que acuden a una consulta de Pediatría con sus Recién Nacidos amamantados si su dieta era sosa, normal de sal o salada. Se ha hecho una encuesta dietética y de datos perinatales; y se ha hecho el seguimiento de la lactancia de 299 parejas madre-lactante. No hay diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a paridad, semanas de gestación, tipo de parto, peso o sexo del Recién Nacido. El dato de AS se ha cruzado con el de cese de la lactancia materna exclusiva después del 10º día de vida (Tabla 1). Ha resultado que el cese temprano de la lactancia ocurre en el 17,6% de las madres que prefieren la comida sosa frente al 21,9% de las que la prefieren normal de sal, y frente al 31,2% de las que la prefieren salada. El análisis, con la extensión de Mantel-Haenszl del chi cuadrado, de esta curva dosis-respuesta prueba la tendencia lineal de la misma ($p=0,04$). Los resultados de esta observación llevan a preguntarse si la manipulación de la ingesta habitual de sal de las madres podrá facilitar la instauración de la lactancia.

TABLA 1

		Sal en la dieta		
		Poca (%)	Intermedia (%)	Mucha (%)
Lactancia materna exclusiva	0-10	23 (17,6)	23 (21,9)	20 (31,2)
	>10	107 (82,4)	82 (78,1)	44 (68,8)
Totales		130	105	64

C-05

Impacto Inicial de la Apertura de un Banco de Leche en una Unidad Neonatal

María Isabel Utrera Torres; Carmen Medina López; Sara Vázquez Román; Clara Alonso Díaz; Carmen María Samaniego Fernández; Jaime Cruz-Rojo.

Antecedentes.

Existen pruebas suficientes que demuestran que la alimentación con leche materna, comparada con la leche de fórmula, posee importantes ventajas para los neonatos prematuros o de muy bajo peso al nacer. Sin embargo no siempre existe suficiente leche disponible de la propia madre para la alimentación de los niños muy prematuros. En estos casos la leche humana donada es la mejor alternativa. Sin embargo se dispone de poca información sobre los aspectos clínicos que se pueden afectar tras la apertura de un banco de leche humana donada.

Objetivo.

Medir el impacto que ha tenido la apertura del banco de leche en la tasa de lactancia materna al alta y en otros aspectos relacionados con la alimentación de los niños con peso menor de 1500 g o menores de 32 semanas ingresados en la unidad neonatal.

Pacientes y Método.

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a los 30 primeros recién nacidos con peso menor de 1500 g o menores de 32 semanas nacidos en los años 2006 y 2008 a partir del 1 de febrero de cada año y que ingresaron en la Unidad de Neonatología. Como variables resultado se consideraron los días de estancia en el hospital, las horas de inicio de alimentación, las horas a las que se alcanzó la alimentación enteral completa, el tipo de leche recibida durante el ingreso y el tipo de alimentación al alta.

Resultados.

Los niños nacidos en el 2008 iniciaron la alimentación 14 horas antes que los nacidos en el 2006 ($p = 0.009$). Las tasas de lactancia materna exclusiva al alta fueron de 60% en el 2006 y 56.6% en el 2008 ($p=0.8$). El número de días que recibieron leche de madre propia durante los primeros 28 días de vida fue de 23,8 días en el 2006 frente a 24,1 en el 2008 ($p=0.85$).

Conclusiones.

La apertura del banco de leche humana donada en una unidad neonatal no redujo las tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta de los niños. El disponer de leche humana donada permitió iniciar la alimentación de forma significativamente más precoz.

C-06

Impacto del Banco de Leche Humana en la UTI-Neonatal

Cristiano Siqueira Boccolini; Joao Aprigio Guerra de Almeida; Rosane Siqueira Vasconcelos Pereira.

Introducción:

El Banco de Leche Humana (BLH) ha adquirido relevancia internacional en las últimas décadas, culminando con la formación de la Red Ibero-Americana de BLH. El inicio de las actividades del BLH estudiado se dio en agosto de 2002. En 2006 toda demanda de leche para los Recién-Nacidos (RN's) de la Uti-Neonatal fue suplida por leche humana oriunda del BLH. Ese estudio objetiva evaluar el impacto de las actividades del BLH el tiempo de internación de RN's en Uti-Neonatal.

Metodología:

Se trata de estudio ecológico descriptivo realizado en la maternidad de media complejidad, con todos RN's ingresados en la UTI-Neonatal entre los años de 2000 y 2007 (n=989 - datos secundarios).

Fue utilizada análisis de sobrevida (Cox), con Intervalo de Confianza (IC) del 95%. El desfecho fue el tiempo hasta el alta, en días (censura= 30 días). Compusieron ese análisis, variabais con significancia estadística (IC=80% - Kaplan-Meier).

Permanecieron en el modelo las variables: Diagnóstico Principal de Admisión en la UTI-Neonatal (DIPAUN – variable individual estipulada de acuerdo con la clasificación primaria de CID cuando RN es admitido en la UTI-Neonatal); y Leche Humana Distribuido (LHDist), en litros, que corresponde la producción anual del BLH (variable ecológica).

Resultados:

La media de permanencia de RN's en la UTI-Neonatal fue de 14,33 días (IC95%= 13,35 a 15,32), de esos, 88,7% tuvieron alta antes de los 30 días de internación. La cantidad de LHDist varió crecientemente de 34 litros (año 2002) a 269 litros (año 2007).

Después de control por las DIPAUNS, el LHDist (RR=1,002; IC95%=1,001 a 1,003) fue factor que aumentó las oportunidades de RN haber alta de la UTI-Neo antes de 30 días (ajuste del 11,3%).

Conclusiones:

A pesar de la pequeña magnitud, lo incremento de producción de 269 litros de LHDist en el periodo puede haber representado un aumento del 50% de las oportunidades de RN reciba alta (antes de 30 días) en el periodo estudiado, controlando por las diversas DIPAUNS. Se considera la limitación de la falacia ecológica impuesta por el dibujo del estudio y la necesidad de la realización de estudio observacional.

C-07

Características de las Mujeres Donantes de un Banco de Leche Humana

María Luisa Duran Arroyo; María Victoria Martínez Hidalgo; Victoria Franco García; Esther Cabañes Alonso; Patricia Magaz Pilar; Jacinta Labajo Rodilana.

Introducción

La puesta en marcha de un Banco de Leche Humana (BLH) vinculado a una unidad neonatal fue un gran reto no exento de dificultades. Para ello se visitaron otros bancos de leche y se recogió toda la información y documentación posible. De todas formas existían muchas dudas sobre cual iba a ser la respuesta de las donantes. Como referencia se tomó un BLH europeo, con aproximadamente 20 donantes/año.

Objetivo

Describir algunas características de las mujeres donantes y determinar el volumen de leche donada (LD) y el tiempo de vinculación de las madres al BLH.

Método

Estudio descriptivo prospectivo que incluye las donantes que acuden al banco desde el 1 Abril al 30 Septiembre de 2008. Una neonatóloga y dos auxiliares técnicos de laboratorio filiaron a las posibles donantes, pasaron un cuestionario sobre hábitos de vida, registraron los resultados de las serologías, proporcionaron a la madre el material y asesoraron para la buena práctica de la extracción, recogida y almacenamiento de la LD. Una vez aceptada la madre como donante, se registraron los volúmenes de leche que fueron proporcionando al banco.

Resultados

En los seis meses del estudio fueron aceptadas como donantes 32 mujeres y otras 2 fueron rechazadas por serologías positivas para hepatitis B y C. La media de edad de las mujeres donantes fue 31,5 años y un 21% de las mujeres fueron primíparas. El volumen total de leche recibida fue de 217930cc. Diez mujeres donaron una sola vez y proporcionaron 51090cc (23,4% del total de LD). De las 22 mujeres que donaron más de una vez se recogieron y registraron 166840cc (76,5%). Se aceptó como donante a una mujer cuyo hijo había fallecido. El rango de volumen donado por mujer fue de 640-29490cc. El rango de tiempo de vinculación al BLH fue 18-117 días.

Conclusiones

Las estimaciones previas anuales en relación al número de madres donantes y volumen de LD recogido y procesada, se superaron en los primeros seis meses de funcionamiento. Un tercio de las mujeres solo donaron una sola vez por tanto se podrían diseñar estrategias de seguimiento y apoyo para que el compromiso de las madres con el BLH se prolongara.

C-08

Receptores de Leche Donada: Experiencia del Banco de Leche Humana del 12 de Octubre

Carmen María Samaniego Fernández; Sara Vázquez Román; Carmen Medina López; Isabel Utrera Fernández; Clara Alonso Díaz; Javier De Castro Fernández.

Antecedentes.

En España hay muy poca experiencia en bancos de leche y se dispone de poca información sobre qué niños son receptores de leche donada.

Objetivos:

Describir las características de la población de niños receptores de leche humana donada y de la utilización de la leche donada.

Material y métodos:

Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los recién nacidos ingresados en nuestra unidad que recibieron leche donada desde Febrero a Julio 2008. Variables estudiadas: edad gestacional, peso al nacimiento, patología, número de días de alimentación con leche donada, causa de su retirada, alimentación durante el ingreso y alimentación al alta. En el grupo con edad gestacional menor de 32 semanas o con peso menor de 1.500 gramos, se recogió también la edad de inicio de la alimentación enteral, el uso o no de fortificantes, y el peso y la edad corregida en el momento de retirada de la leche donada.

Resultados:

Durante este período recibieron leche donada un total de 87 niños. El motivo más frecuente para la administración de leche donada fue el ser menor de 32 semanas o tener un peso inferior a 1500 g (65,5%). Otras causas de administración de leche donada fueron: cardiopatía congénita con bajo gasto (6'9%); patología quirúrgica abdominal (4'5%); realimentación tras episodio de NEC (1'1%); retraso de crecimiento intrauterino (6'9%); otros (14'9%). El 56'3% de los receptores recibió leche donada para iniciar la alimentación enteral. En el 51'7% de los receptores se pudo retirar la leche donada por disponer de leche materna suficiente. El porcentaje de lactancia materna al alta en los receptores es del 70'1%: 41'4% exclusiva y 28'7% mixta. La mediana de días que recibieron leche donada fue 6 días (RI 10 días)

Conclusiones:

El grupo principal de receptores está formado por recién nacidos pretérmino con edad gestacional menor de 32 semanas y/o peso al nacimiento menor de 1.500 gramos. Más de la mitad de los receptores recibieron la leche donada para inicio de la alimentación y también en la mitad de ellos se consiguió retirar totalmente la leche donada porque se dispuso de leche de madre propia.

C-09

Acidez Dornic y Crematocrito para la Administración de Leche Donada a la Carta

María Victoria Martínez Hidalgo; Victoria Franco García; María Luisa Duran Arroyo; Esther Cabañes Alonso; Patricia Magaz; Jacinta Labajo Rodilana.

Introducción

La acidez Dornic (AD) y crematocrito son técnicas baratas y sencillas que pueden utilizarse como indicadores de calidad de la leche humana donada (LD). Un mayor grado de acidez en la LD conlleva desestabilización proteica, aumento de la osmolaridad, disminución de la biodisponibilidad del calcio y por otro lado es una medida indirecta de la contaminación bacteriana. El crematocrito permite calcular el valor energético de la leche. Conociendo ambos datos se puede seleccionar la LD que mejor se adapte a las necesidades de cada niño

Objetivos

Clasificar la LD en función de la AD y el crematocrito.

Método

Desde abril a septiembre de 2008 a todas las leches que se procesaron se les realizó y se registró el crematocrito y la AD. Las leches con una AD mayor de 7 se desecharon al igual que las que no llegan en el envase requerido o tienen un aspecto u olor no adecuados. Se puede considerar que la leche tiene unas características fisicoquímicas excelentes si la AD es menor de 5.

Resultados

Se recibieron y registraron un total de 217930cc de LD. Se desecharon 38305cc (17,5%) por envase inadecuado o roto, mal olor o $AD > 7$. Se pasteurizaron un total de 179625cc de LD. El 0,4% de la leche tuvo una acidez dornic de 1, el 17% de 2, el 28% de 3, el 19% de 4, el 21% de 5, el 10% de 6, el 4% de 7. El rango de kilocalorías/litro fue de 394 a 953. El 0,5% de la leche procesada tenía unas calorías inferiores a 399, el 6% entre 400 y 499Kcal/l, el 25% entre 500 y 599kcal/l, el 45% entre 600 y 699 Kcal./l, el 21% entre 700 y 799kcal/l, el 1% entre 800-899kcal/l y el 0,5% más de 900 Kcal./l.

Conclusiones y comentarios.

El 64% de la leche entra en el proceso de pasteurización con unas características físico químicas excelentes ($AD < 5$). El 31,5% de la leche procesada tiene un valor energético inferior a 600 calorías. La LD, por tanto, presenta características no uniformes en cuanto a acidez y crematocrito. Esta información permite seleccionar para cada niño la LD que mejor se adapte a sus necesidades.

C-10

Correlación entre el Crecimiento Bacteriano en la Leche Humana Donada y la Acidez Dornic

Sara Vázquez Román; Clara Alonso Díaz; Elena Bergón Sendín; Ana Melgar Bonis; María Lopez Maestro; María Samaniego Fernandez; Sonia Caserío Carbonero; Elena Infante; Fernando Chaves; María del Carmen Medina López.

Antecedentes

La medición de la acidez de la leche humana es una forma de valorar su calidad ya que el ácido produce desestabilización proteica, aumenta la osmolaridad y disminuye la biodisponibilidad del producto fosfo-calcio. Además la flora bacteriana de la leche transforma la lactosa en ácido láctico, disminuyendo el poder nutricional. La acidez de la leche depende de sus características intrínsecas y del ácido láctico producido por la flora bacteriana. Esta flora depende de las condiciones higiénicas en las que ha sido extraída y almacenada. La medición de la acidez Dornic también es un método indirecto de analizar el grado de contaminación bacteriana de la leche, que se utiliza como medida de control de la calidad.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es establecer la correlación entre el grado de contaminación bacteriana de la leche y los valores de acidez Dornic.

Material y métodos

Estudio prospectivo y analítico, realizado entre agosto y diciembre de 2008. Se recogieron 64 muestras de leche donada, cruda, congelada en recipientes de cristal estériles. Se analizó la acidez titulable o Dornic y posteriormente se realizó un cultivo cuantitativo en placa Agar Sangre y Agar Mc-Conckey durante 48 horas en estufa a 37°C. En los bancos en los que se realiza cultivo prepasteurización el punto de corte para desechar la leche se establece en más de 10^5 . Test estadístico utilizado fue el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

El 90% de las muestras tenía una acidez menor de 8, acidez máxima apta para el consumo y de ellas un 72% igual o menor de 4, que corresponde con la leche de máxima calidad.

Se objetivó una correlación positiva entre la acidez Dornic y el crecimiento bacteriano con una $R= 0,26$, en un análisis posterior en el que se seleccionó los gérmenes Gram Negativos (GN) también se encontró una correlación positiva $R= 0,29$. Ambas fueron estadísticamente significativas ($p<0.05$). Solo en tres de las muestras con una acidez menor de 8 se cultivaron más de 105 UFC de GN.

Conclusiones

La acidez Dornic se puede considerar un método indirecto válido para seleccionar las leches aptas para ser pasteurizadas. Sería necesario un mayor número de muestras para conseguir una correlación mayor.

C-11

Contribución Relativa de Factores Genéticos y Ambientales a la Conducta de Lactancia Materna. Un Estudio de Gemelas

Juan Francisco Sánchez Romera; Lucía Colodro Conde; María Jesús Tornero Gómez; Salvador Bolarín Martínez; Francisco Pérez Riquelme; Juan Ramón Ordoñana Martín.

Antecedentes y objetivos.

La decisión de dar el pecho está influida por diversos factores fisiológicos, psicológicos y ambientales (vivencias familiares, experiencia, condiciones sociales, intervenciones comunitarias...). Sin embargo, actualmente no existe información sobre la contribución relativa de los factores genéticos y ambientales a la variabilidad inter-individual en el inicio y la duración de la lactancia materna (LM). El objetivo de este estudio es realizar una aproximación a la heredabilidad de esta conducta.

Material y métodos.

La muestra está constituida por 316 pares de gemelas adultas (151 monozigóticos, MZ, y 165 dizigóticos, DZ) en los que los dos miembros del par habían sido madres. Las 632 mujeres respondieron a cuestiones relativas su zigosidad y a las conductas de inicio y mantenimiento de LM a través de una entrevista telefónica. Se trata de un diseño genéticamente informativo en el que se ha comparado la magnitud de las asociaciones entre gemelas MZ y DZ relativas a las conductas de LM en su primer hijo.

Resultados.

La edad media en el momento del estudio es de 51.67 años ($dt = 7.72$) y la descendencia promedio es de 2.54 hijos por mujer ($dt = 1.13$). La duración de la LM en el primogénito correlacionó más alto entre madres MZ ($r = 0.464$) que entre madres DZ ($r = 0.212$). El mantenimiento de la LM durante más de 6 meses también presentó correlaciones (tetracóricas) más altas en madres MZ ($r = 0.629$) que en DZ ($r = 0.297$). La heredabilidad estimada de estas conductas es de 0.48 y 0.64 respectivamente.

Conclusiones.

Las diferencias individuales en la conducta de dar el pecho están influidas, de manera indirecta, por la constitución genética de las mujeres. Los efectos de los factores genéticos sobre el comportamiento se producen a través de múltiples intermediarios fisiológicos (p.e.: producción de leche, transmisión de sensaciones táctiles desde el pezón durante el amamantamiento o arquitectura y funcionamiento fisiológico de los sistemas de refuerzo en el Sistema Nervioso Central). Estos factores explicarían, en conjunto, aproximadamente la mitad de las diferencias inter-individuales respecto a las conductas relacionadas con la LM.

C-12

Evolución de la Conducta de Inicio y Mantenimiento de la Lactancia Materna. Variaciones en Función del Nivel Educativo de la Madre

Lucía Colodro Conde; Juan Francisco Sánchez Romera; María Jesús Tornero Gómez; Salvador Bolarín Martínez; Francisco Pérez Riquelme; Juan Ramón Ordoñana Martín.

Antecedentes y objetivos.

La disposición de las madres a alimentar a sus hijos con lactancia materna (LM) está influida por múltiples factores, entre los que destaca la actitud del medio social. Históricamente la LM ha sido la principal fuente de alimentación de los recién nacidos; sin embargo, en las últimas décadas se han dado una serie de cambios sociales que han provocado modificaciones en las decisiones de la madre respecto a la LM. Este estudio presenta las variaciones producidas en el comportamiento de inicio y mantenimiento de LM, desde la década de los 50, analizando el efecto del nivel de instrucción de las madres en esta evolución.

Material y métodos.

Se ha registrado el comportamiento de inicio y en su caso, duración, de la LM en el primer hijo de una muestra de 636 madres y que, actualmente, tienen entre 41 y 68 años. Los datos han sido obtenidos mediante entrevista telefónica. Las mujeres de esta muestra fueron madres por primera vez entre 1958 y 2002. Se ha realizado un análisis descriptivo.

Resultados.

El 79.6% (n = 493) de los primogénitos recibieron LM al menos durante las primeras semanas de vida. La duración media de LM fue de 4.24 meses (dt = 5.21). Sin embargo, tanto el comportamiento de inicio como la duración promedio de LM cambiaron según el año de nacimiento del niño (Figura 1). Esta variación presenta diferencias en función del nivel educativo de las madres (Figura 2).

Figura 1: Duración promedio de LM, según año de nacimiento del primer hijo

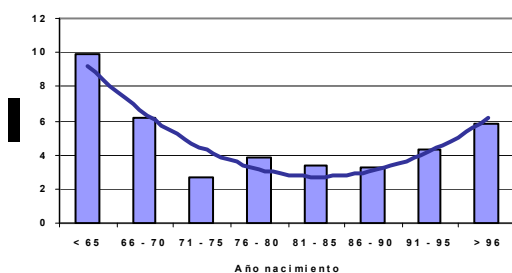
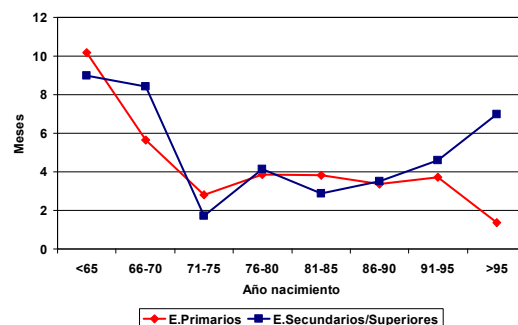


Figura 2: Duración promedio de LM según nivel educativo



Conclusiones.

Las frecuencias más bajas de inicio y mantenimiento de la LM se observan en las décadas de los 70 y 80, coincidiendo con la comercialización de los preparados artificiales y cambios sociales en el rol tradicional de las mujeres (p.e.: incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar). El nivel educativo de la mujer parece que influye en el efecto de dichos cambios sobre sus decisiones en relación a la LM.

C-13

Lactancia Materna. Una Maternidad Implicada

Juana María Prieto Valle; Antonio Pomar Forteza.

Sin lugar a dudas, dentro del proyecto de apertura del hospital, fomentar y proteger la lactancia materna fue una de las premisas que han marcado la filosofía de atención a nuestros usuarios.

Uno de los valores mas importantes que caracteriza nuestro trabajo, es el profundo respeto con el que tratamos a nuestras usuarias con respecto a su decisión para alimentar a su bebe, así como las preferencias sobre su parto.

En este momento, culturalmente no estamos viviendo un gran esplendor en cuanto a la lactancia, pero es cierto que el apoyo incondicional a las mujeres que deciden hacerlo, forma parte de nuestro compromiso como profesionales,

Para conseguir ese objetivo se dispusieron las siguientes premisas,

- Apoyo e información a la mujer para decidir y mantener la forma de alimentar a su hijo.
- Contacto piel con piel, e inicio precoz de la lactancia dentro del paritorio.
- Habitación individual con unión madre-hijo.
- No se suministra chupetes y siempre que es necesaria la suplementación preferentemente se administra sin tetinas.
- Se realiza formación de los profesionales de forma periódica.
- No se administra leche de formula sin prescripción medica o si no es a solicitud de los padres.
- Participamos en la formación de matronas, pediatras y enfermeras.
- Se entregan recomendaciones por escrito sobre la lactancia materna.
- Se entrega información sobre el grupo de apoyo local
- Disponemos de una mediadora cultural que nos permite acercarnos a la realidad multicultural en la que trabajamos.

Con esto hemos conseguido un 80% de mujeres que marchan a casa con lactancia materna exclusiva y una tasa de abandono intrahospitalario del 2%.

Como proyectos de mejora, es imprescindible:

Crear una comisión de lactancia materna que integre a todo los profesionales que participamos y regule la actividad que se esta realizando.

Difundir nuestra política relativa a la lactancia natural.

Continuar trabajando para conseguir la acreditación IHAN.

Crear una sala de lactancia en la unidad obstétrica que permita la educación grupal.

C-14

Voluntariado de Madres en el Hospital: Una Experiencia Innovadora y Prometedora en el Apoyo a la Lactancia

Salomé Laredo Ortiz; Adoración Hernández Martínez; Rosario Rozada Montemurro; Ana Muñoz Guillen; Antonio Perez Aites.

Antecedentes:

Nuestro grupo de apoyo madre a madre trabaja desde el año 2000 en una experiencia pionera: apoyar la lactancia materna aunando los esfuerzos de profesionales y madres mediante Talleres de Lactancia, en los Centros de Salud.

De la experiencia de los talleres, surge la necesidad de apoyar la lactancia desde el momento del nacimiento. En Febrero de 2007, con el respaldo del Comité de Lactancia del Hospital y tras la firma de un convenio entre nuestro grupo y la Consejería de Sanidad, se inicia el voluntariado de madres en el Hospital, como proyecto innovador en nuestra Comunidad, España y Europa.

Objetivos:

Los objetivos del proyecto de voluntariado son:

Apoyo al amamantamiento inmediato tras el parto y del contacto piel con piel.

Creación de una “cadena de apoyos” que surge desde el hospital y continúa en el Centro de Atención Primaria, remitiendo a las madres a los talleres de lactancia de los centros de salud.

Método

Voluntarias: poseen formación en lactancia, experiencia en la técnica de taller y un protocolo de trabajo a seguir. Van uniformadas e identificadas como asesoras de lactancia.

La actividad: grupos de 2 o 3 voluntarias, de lunes a viernes de 14.30 a 18.00 h. Los profesionales hospitalarios realizan la evaluación previa de las madres y sus bebés y los refieren al voluntariado. Las voluntarias utilizan la escucha activa, el apoyo emocional y la resolución de dudas concretas, en visitas individuales y en un taller diario en la planta de maternidad. Al alta las madres se remiten al taller de lactancia más cercano a su domicilio. El proyecto difunde a través de cursos de formación para profesionales

Resultados:

1. Fueron atendidas 2700 madres en el año 2007 por 30 voluntarias.
2. Problemas más frecuentes: mala posición al amamantar, bebés excesivamente dormidos y separación madre-hijo por ingreso en neonatología.
3. Incremento en el número de talleres en los Centros de Salud del Departamento desde el inicio del proyecto: de 11 a 60.
4. Las madres han expresado su satisfacción por el apoyo recibido.

C-15

Desacuerdo Entre Madres y Profesionales en un Hospital Amigo de los Niños: Un Estudio Cualitativo

Antonio Oliver Roig; Ricardo Garcia de León González.

Antecedentes y objetivos:

La IHAN está basada en actividades de promoción, protección y apoyo de la LM que han demostrado su efectividad para mejorar las tasas de LM y reducir la morbi-mortalidad materno-infantil. Sin embargo los cambios necesarios en la atención sanitaria basados en la IHAN pueden ser difíciles de entender por las madres y familias, acostumbradas a los cuidados tradicionales basados en la llamada “cultura del biberón”. Pretendemos describir las situaciones de desacuerdo entre madres y profesionales en un contexto de cuidados basados en la IHAN desde la perspectiva materna.

Material y métodos:

Estudio cualitativo de orientación descriptiva, basado en los supuestos de la Teoría Fundamentada.

Un investigador externo dirigió 4 grupos de discusión de madres entre los tres y cuatro meses postparto (muestreo teórico, n=28), que fueron atendidas en un área de salud con un hospital amigo de los niños. Tras el consentimiento de las madres se realizaron grabaciones de audio y video, que fueron transcritas a texto.

Se ha realizado un análisis cualitativo de contenido de los datos de texto mediante la categorización de las unidades de registro, según criterios de similitud y características, a través de una metodología de comparaciones constantes. Se describe la categoría “desacuerdo madre-profesional”, emergente del análisis cualitativo.

Resultados:

El desacuerdo madre-profesional está vinculado a mensajes prescriptivos generales y actividades profesionales rutinarias. Se relaciona con “agobio”, “malestar” y “sentimiento de culpa” maternos cuando aparecen problemas o dificultades en la LM.

Las decisiones finales de las madres ante problemas o dificultades en la LM se basan en recomendaciones coherentes con su propia explicación del problema o dificultad, en elementos situacionales concretos y su capacidad de afrontamiento o en su estilo de vida más que en mensajes prescriptivos basados en la IHAN.

Conclusiones:

El manejo clínico adecuado de la LM debe incluir rutinariamente técnicas que fomenten del acuerdo madre-profesional (“*counselling*”) para no incrementar el sufrimiento materno.

Las actividades de promoción de la LM basadas en mensajes prescriptivos pueden ser inadecuadas e ineficaces si no se acompañan de actividades de protección y apoyo a la LM y que promuevan un cambio cultural basado en el amamantamiento.

C-16

Apoyo Grupal Mixto a la Lactancia Materna: Experiencia en un Centro de Salud

Anna Pol Pons; Carme Forcada Vega.

Antecedentes

El apoyo profesional y no profesional combinado se ha descrito efectivo para incrementar la duración de la lactancia materna (LM).

Objetivo:

Valorar la efectividad de una intervención grupal de apoyo mixto a la LM.

Material y métodos:

Estudio de intervención con grupo control sin asignación aleatoria.

Población: recién nacidos años 2007-2008.

Ubicación: centro de atención primaria de una zona semirural.

Intervención: espacio grupal semanal de apoyo a la LM conducido por una enfermera pediátrica y con apoyo de las madres. Junio2007- octubre2008.

Se compara % de niños que completan 3 y 6 meses de LM entre grupo intervención y resto de niños atendidos por el EAP. Se analiza la probabilidad de mantener LM en el grupo de intervención con un análisis de supervivencia y la influencia de covariables con una regresión de Cox.

Resultados:

- Sesiones: 56.
- -Participantes: 74 parejas madres-lactantes y 5 embarazadas.
- -Media asistencia/sesión: 6, rango 2-13.
- -Total consultas: 340. Motivos: 193 apoyo, 72 dudas y 69 problemas.
- -Problemas detectados y tasa de solución:

PROBLEMAS	CASOS	SOLUCIÓN
Posición incorrecta	53	42 (79,2%)
Dolor	40	35 (87,1%)
Grietas	28	21 (75%)
Lactancia mixta de inicio	16	7 (43,7%)
Pezoneras	13	10 (76,9%)
Infección por hongos	4	4 (100%)
Mastitis	4	3 (100%)
Ingurgitación mamaria	2	2 (100%)
Conducto obstruido	1	1 (100%)

- -Duración LM: 37 casos destetados. Media: 4,2 meses, rango (0-13). Los 37 restantes siguen LM: media 6,7 meses y rango (0-19).
- Lactancia mixta: 28 casos. 22 destetados (16 inicio en el hospital – 21,6%): duración media 1,4 meses y moda 1 mes.
- Mantienen LM a los 3 meses 81,7% niños del grupo y 55,6% de no intervenidos ($p < 0.000$), y a los 6 meses 47,9% frente 28% ($p < 0.005$) respectivamente. Probabilidad LM a los 12 meses en el grupo: 44% (IC95%:29.6-59.6%).
- -Si el motivo de la primera visita es “problemas” la probabilidad de destete es 3,5 veces superior (IC95% 1,6-7,5).

Conclusiones

El apoyo grupal mixto a la lactancia es efectivo para solucionar los problemas asociados a LM y para incrementar su duración.

Problemas no solucionados al inicio aumentan el riesgo de destete.

C-17

Incremento del Inicio y Duración Media de la Lactancia Materna Tras Intervención Educativa en Atención Primaria

Jordi Rico de las Heras; Bibiana Gaya Barrau.

Antecedentes y objetivos:

Desde hace tres años, en nuestro centro, funciona una consulta específica de apoyo a la lactancia materna, en la que se llevan a cabo diversas actividades e intervenciones de promoción de la Lactancia Materna (LM).

Una de estas intervenciones consiste en la realización de una charla, de 2 h. de duración, sobre LM a las mujeres embarazadas y el seguimiento (telefónico, con cita previa y a domicilio) de la LM en dichas madres, con posterioridad al parto.

El objetivo de nuestro estudio fue demostrar que la realización de una intervención de este tipo, por parte de profesionales adecuadamente formados, permite mejorar la prevalencia de inicio de LM y la duración media de la misma.

Material y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo con dos grupos de mujeres embarazadas. Uno compuesto por mujeres que recibieron una atención prenatal y postnatal habitual (visionado de un video de unos 30' sobre LM dentro del curso de preparación al parto) (grupo control (n=69)) y otro en el que se realizó la intervención anteriormente especificada (grupo intervención (n=66)).

Para la recogida de datos se utilizó una breve encuesta con el fin de conocer si habían iniciado la LM y durante cuánto tiempo habían dado el pecho.

Resultados:

Los resultados indicaron que existían diferencias significativas (IC = 95% y $p < 0,05$) entre los dos grupos estudiados en lo que respecta a la prevalencia de inicio de LM, prevalencia de LM al mes, tres, cuatro, seis, nueve y doce meses del parto y duración media de la LM. Los resultados de prevalencia siempre fueron mejores en el grupo intervención (al menos un 20% mejores que en el grupo control en todos los periodos estudiados). Respecto a la duración media de la LM, en el grupo control fue de 4,5 meses y en el grupo intervención de 7,6 meses. Dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que la realización de una intervención específica en LM, que incluya elementos prenatales y postnatales, permite mejorar la prevalencia de LM y la duración media de la misma.

C-18

Consulta de la Lactancia Materna en una Unidad de Salud de Medioambiental Pediátrica. Nuestra Experiencia

Encarna Pastor Torres; Mónica Esquerdo Laib; María Trinidad López Fernández; Miguel Felipe Sánchez Saucó; María Espín Olmo; Juan Antonio Ortega García.

Introducción

La lactancia materna constituye uno de los ecosistemas naturales más íntimos e inviolables de la especie humana que nos liga con el resto de los mamíferos y habitantes de nuestro planeta. La promoción, defensa y cuidado de la lactancia es una cuestión de calidad ambiental y seguridad alimentaria para nuestra especie. Todos los niños tienen derecho a una alimentación sana, y eso exige un cierto nivel de calidad ambiental que solo puede ser garantizado por la leche materna.

Objetivos

Describir las tareas y experiencia de las actividades de consultoría y apoyo a la lactancia materna en una unidad de salud medioambiental pediátrica.

Material y métodos

Revisión de la memoria anual y registros de captura de actividad de la unidad desde el 1 de enero de 2007 a 1 de diciembre de 2008.

Resultados

Se han realizado actividades asistenciales, de investigación, formación y docencia. Se han registrado 645 consultas telefónicas (30% sobre grietas, dolor, ingurgitación, 22% mastitis, candidiasis, 18% medicación y enfermedad madre, 15% dudas sobre frecuencia, duración tomas, comportamiento RN, 15% otros) 1450 consultas de puérperas con problemas o dudas de LM (35% dolor, grietas, ingurgitación, 30% dudas sobre producción de leche, rechazo del pecho, comportamiento del RN, 15% manejo pezón plano o invertido, 10% pérdida excesiva de peso, retraso en la subida de leche, 10% otros) 120 consultas externas y 20 consultas por e-mail. Se ha implementado el registro piloto de Hoja verde de lactancia saludable en maternidad. Líneas de investigación: LM y cáncer pediátrico, MALAMA: Medioambiente y LM. Actividades de capacitación en LM a profesionales y sesiones de buenas prácticas en LM. Incorporación de las visitas de los grupos de apoyo a la LM en la maternidad del Hospital. Consultora para evaluaciones de riesgo químico y seguridad laboral en las madres lactantes.

Conclusiones

La protección del medio ambiente, la protección de la salud y del ecosistema de la lactancia son conceptos indisolubles. Enfermería en PEHSU trabaja para el desarrollo, mantenimiento y promoción del ecosistema de la LM con la perspectiva del proceso alimentación natural y garantía de seguridad alimentaria.

C-19

¿Qué Demanda la Población a una Consulta de Lactancia Materna?

María Maestre Martínez; Ana Belén Monreal Tomás; Rosario García Beltrán; Milagros Mas Cerdán; Verónica Muñoz Soler; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivo.

La implantación de la IHAN supuso la ampliación de la atención a la LM tras el alta, siendo éste el origen de la consulta de LM. En una evaluación inicial se constató una asociación entre las intervenciones de apoyo a la LM, entre las que se incluye la consulta de lactancia, y la mejora en las tasas de LM. Tras la consolidación de este recurso presentamos una descripción tanto de los problemas como de la intensidad de demanda que atiende.

Material y métodos.

Se ha realizado un análisis de contenido de los motivos de consulta que fueron registrados a texto libre por el profesional de la consulta de LM. Los registros almacenados en el sistema de información (SI) hospitalario fueron sintetizados a través de 3 procesos: reducción de duplicados, agrupación semántica de sinónimos y análisis de contenido sobre el listado depurado para obtener la categorización de los motivos registrados.

Paralelamente se presentan datos descriptivos de la demanda de la consulta a partir de los datos del SI para el periodo 01/01/2006-30/11/2008.

Resultados.

El listado inicial de 987 registros se redujo a 117 tras la eliminación de duplicados. A continuación, la agrupación de sinónimos consiguió una lista de 55 entradas sobre la que se consiguió una categorización en 5 núcleos temáticos de los motivos de demanda del servicio (Tabla.1).

Los datos cuantitativos revelan un progresivo incremento del uso de la consulta, tanto por parte de profesionales como de madres, aunque se mantiene una diferencia constante y bastante amplia entre los 2 municipios estudiados (Tabla.2).

Discusión.

Conocer los motivos de consulta de este servicio resulta útil dada su novedad, puesto que ello ayuda a orientar y planificar nuevas intervenciones.

El aumento de la demanda del servicio evidencia la aceptación conseguida en nuestra área de salud. Hecho relevante porque la consulta de LM no está habitualmente incluida en la cartera de servicios sanitarios y ello no ha sido problema para ser rápidamente identificada y demandada como tal. Sin embargo, la mayor intensidad de uso del municipio A, donde está ubicada la consulta, con respecto al B, nos plantea la necesidad de mejorar la accesibilidad a este tipo de servicio en la segunda localidad.

Tabla 1.- Categorización de los motivos atendidos por la consulta de LM para el periodo 2007-2008.

Núcleos temáticos	Categorías de motivos de consulta incluidas	
1.- Consultas que requieren un abordaje multidisciplinar	n=8	(14,5%)
2.- Lesiones y dolor asociados a la lactancia	n=8	(14,5%)
3.- Alimentación y estado general del bebé	n=17	(30,9%)
4.- Asesoramiento y soporte a las madres en el manejo cotidiano de la lactancia	n=12	(21,8%)
5.- Intervenciones en el manejo de las complicaciones en la lactancia	n=10	(18,2%)

Tabla 2.- Evolución comparativa del número de consultas atendidas durante el periodo 2006-2008 para los dos municipios estudiados.

	2006				2007				2008			
	IP		SM		IP		SM		IP		SM	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Telefónicas	-	-	-	-	0	1	39	27	32	16	81	25
Primeras	1	1	1	0	101	40	54	17	84	36	81	19
Sucesivas	50	13	8	0	171	43	37	4	81	23	76	9
TOTALES	51	14	9	0	272	84	130	48	197	75	238	53

NOTA.- A y B hacen referencia a los municipios estudiados. La consulta está localizada en el municipio A.

IP= indicación profesional: se refiere a la demanda de la consulta originada por la derivación desde otros servicios y SM= solicitud materna.

C-20

Los Retos de los Sistemas de Salud Frente a las Comunidades Virtuales sobre Embarazo, Parto y Posparto

Jaime Jiménez Pernet; José Francisco García-Gutiérrez; Marie-Pierre Bès; Gracia Maroto Navarro; Clara Bermúdez Tamayo.

Antecedentes y objetivos:

El desarrollo de Internet ha posibilitado la formación de comunidades de apoyo en línea entre personas con intereses comunes, condiciones de salud similares o necesidades sanitarias semejantes. El potencial y la amplia expansión de estas comunidades virtuales contrastan con los escasos trabajos de investigación publicados. En este contexto se propone un estudio exploratorio con tres objetivos:

1) Identificar las comunidades virtuales en español embarazo, parto y posparto (EPP); 2) Caracterizar estas comunidades virtuales según las siguientes dimensiones: estructura, actividad, reglas operativas y financiación y 3) Analizar los posibles roles de estas comunidades virtuales en los sistemas sanitarios.

Materiales y métodos:

1) Estudio descriptivo a partir de búsquedas con palabras clave en dos de los principales buscadores de Internet (Google y Yahoo!); 2 y 3) Estudio cualitativo a partir de entrevista semiestructurada entre los responsables de las comunidades virtuales identificadas en la fase 1.

Resultados:

Se encontraron 58 comunidades virtuales activas sobre embarazo, parto y posparto. Un 43% de estos grupos virtuales es dirigido desde España, el resto desde Latinoamérica y Estados Unidos. Se propone una taxonomía de las comunidades virtuales según indicadores organizacionales generales.

Se realizaron entrevistas a 21 de las personas responsables de estas comunidades virtuales, quienes declaran tener poca o ninguna relación con los sistemas sanitarios. La mayoría de los responsables manifiestan su deseo de reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios y de los sistemas de salud en general.

Conclusiones:

Desde la perspectiva de los sistemas sanitarios, el reconocimiento de las comunidades virtuales de embarazo, parto y posparto como una forma de organización de madres y padres, posibilitaría el desarrollo de un nuevo modelo de innovación. Rompiendo con la clásica división dicotómica, entre el mundo de la investigación biomédica y el mundo de las experiencias de pacientes y familiares. El reto está en generar nuevos conocimientos en la interacción entre el saber científico y el saber profano.

C-21

Influencia de la Corrección del Agarre en el Éxito de la Lactancia Materna: Estudio Experimental

Leonor Levy; Eduarda Matos; José Manuel Calheiros; Adriana Pereira.

Objetivo:

Evaluar la influencia de la corrección del agarre en el éxito de la lactancia materna (LM).

Métodos:

Estudio experimental, en una muestra de población (seguimiento del 3º trimestre de gestación al 1er año de vida). Tras la evaluación de las señales del agarre en la primera mamada, la intervención consistió en la corrección del agarre en las díadas madre-bebé del grupo A, siguiendo el grupo B la misma rutina en las tomas. El análisis preliminar de los datos reveló diferentes comportamientos entre las díadas, reorganizando la muestra en los siguientes grupos “agarre corregido” (n=14), “agarre correcto” (n=30) y “agarre incorrecto” (n=16).

Instrumentos:

a) Formularios para la caracterización de la muestra, actitudes maternas (embarazo/lactancia).
b) Tabla de UNICEF de observación de la primera mamada; c) Guión de evaluación de la situación del amamantamiento y de las causas del destete.

Resultados:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables: edad, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación materna, expectativas del embarazo/lactancia, pero sí se encontraron diferencias en relación a la duración de la LM. La duración media de la “lactancia exclusiva” de los grupos “agarre corregido” fue de 139 ± 12 , “agarre correcto” 98 ± 10 y “agarre incorrecto” 48 ± 14 días ($p=0,0002$); de la “lactancia mixta” fue de 133 ± 20 , 88 ± 17 y 57 ± 20 días ($p=0,01$) respectivamente. La duración de la “LM total” fue de 272 ± 29 , 187 ± 22 y 105 ± 19 días respectivamente ($p=0,0002$). A los 90 días la probabilidad de continuar con la “LM exclusiva” fue de, respectivamente, $0,86 \pm 0,09$; $0,57 \pm 0,09$; $0,25 \pm 0,11$, en los grupos “agarre corregido”/ “correcto”/ “incorrecto”. A los 180 días esta probabilidad para los mismos grupos fue de $0,78 \pm 0,11$; $0,40 \pm 0,09$ y $0,25 \pm 0,11$ días respectivamente.

Conclusiones:

La corrección del agarre en la primera mamada influyó el éxito de la lactancia. Los bebés del grupo de “agarre corregido” mamaron en exclusivo el triple de tiempo que los bebés del grupo “agarre incorrecto”.

Las madres del grupo de “agarre corregido” amamantaron durante más tiempo y en un porcentaje mayor.

Palabras-clave: lactancia materna, corrección del agarre, díada,

C-22

Mastitis, Dificultad Temprana, y Propuesta Protocolo de Actuación

Helena Herrero Martínez; Juan Miguel Rodríguez Gómez; Francisco Vera Espallardo; Rebeca Arroyo Rodríguez; Isolina Riaño Galán.

La mastitis es causa frecuente y temprana de lactancia dolorosa. Precisa una intervención rápida y adecuada para evitar el destete precoz y otras complicaciones.

Se presenta un estudio descriptivo de mastitis de los últimos 6 años.

Métodos:

Análisis de 479 muestras microbiológicas de leche y otras, correspondientes a 306 mujeres que consultaron por dolor de pezones y/o mamas.

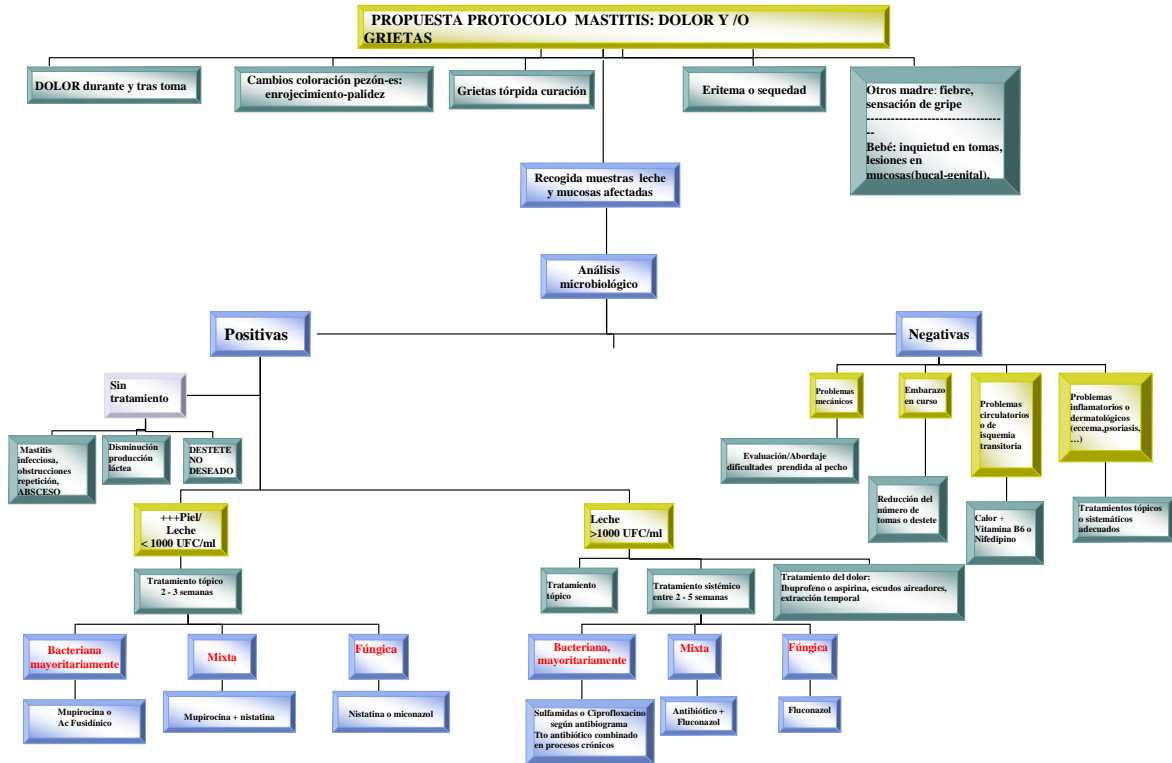
Resultados:

El 86,01% de las alteraciones estudiadas fueron de origen bacteriano, frente al 3,95% de origen fúngico, sólo el 4,25 % no presentaban alteraciones microbiológicas. En los lactantes estudiados existía una afectación disbiótica en consonancia con las de la piel de pezones o leche de sus madres. 9 mujeres sufrieron procesos parecidos en todas sus lactancias, 4 sufrieron un absceso. Al menos, 18 abandonaron precozmente la lactancia por resistencias a antibióticos convencionales. La mayoría de las mujeres diagnosticadas que se trataron pudieron continuar la lactancia. Los microorganismos frecuentemente responsables de los procesos infecciosos que afectan a las mamas pertenecen al género *Staphylococcus* (*S. aureus* y *S. epidermidis*) y *Streptococcus* (*S. mitis* y *S. salivarius*), si bien en ocasiones tuvo una etiología múltiple.

Se asocian diversos factores: dificultades en la prendida al pecho (mal agarre, frenillo corto), mal vaciamiento favorecido por dificultades orales (retrognatia), factores que favorecen el distanciamiento en las tomas (ictericia y otros) y alteraciones del sistema inmunitario de las madres.

Conclusiones:

El dolor profundo en pecho o/y pezones, aún después de una toma correcta y comprobada una succión normal, es el síntoma principal de las mastitis. La etiología bacteriana es responsable de la mayoría de dichos procesos, frente a la creencia extendida del origen fúngico de estas afecciones. Es necesaria la toma correcta y precoz de muestras de leche para estudio microbiológico, pudiendo sospechar de mastitis intramamaria ante un recuento superior a 1000 UFC/ml en leche. El tratamiento ha de ser precoz y completo, medidas frente al dolor y antibioterapia (10-28 días), siendo de primera elección sulfamidas o ciprofloxacino como tratamiento sistémico, y fusídico o mupirocina o/y nistatina de forma tópica (si flora mixta o hongos en bebé). En casos de cronicidad, se recomendarán combinaciones de antibióticos.



C-23

¿Qué Conocimiento Común y Mitos sobre la Lactancia Materna Tienen los Alumnos de Enfermería?

Gemma March Vilà; Montserrat Edo Gual.

Introducción:

Los conocimientos sobre la LM se imparten en el tercer curso de la Diplomatura de Enfermería dentro de la asignatura de Enfermería Materno-Infantil. Estudios realizados en diferentes universidades muestran los conocimientos de los alumnos de enfermería sobre LM una vez cursada la materia. Pero, ¿qué nivel de conocimientos previos tienen nuestros estudiantes, que serán futuros profesionales sanitarios? La bibliografía demuestra que el soporte que dan los profesionales sanitarios y su nivel de conocimientos influye en el éxito en la LM. A su vez, la sociedad tiene establecidos unos mitos que afectan en la manera de ver y entender la LM, ¿están nuestros futuros profesionales influenciados por estos mitos?

Objetivos:

Saber que conocimientos sobre LM tienen los alumnos de enfermería antes de impartir la asignatura de Enfermería Materno-Infantil.

Material y métodos:

Estudio descriptivo con una muestra de 143 alumnos de los tres cursos de la diplomatura de Enfermería. A todos ellos se les ha pasado un cuestionario descriptivo que contiene 16 preguntas sobre conocimientos de LM.

Resultados:

La edad media de los estudiantes fue de 21,15 años de los cuales el 83% eran mujeres. El 94,4% pensaban que la LM era la mejor alimentación para el recién nacido y el 97% que fomenta el vínculo afectivo. El 57% piensa que la leche materna puede ser de mala calidad y el 86% que hay mujeres que no tienen suficiente leche. El 62% contestó que se deben dar suplementos de Lactancia Artificial (LA) si el niño queda insatisfecho con el pecho y más de la mitad, el 66%, piensa que los chupetes no interfieren en el éxito de la LM. Tan solo un 21% de los alumnos contesta que la LM debe ser a demanda. El 42% piensa que la lactancia materna exclusiva es alimento suficiente para el lactante hasta los 6 meses de vida y solo el 31% recomendaría que la lactancia se prolongara hasta los 2 años. El 42% piensa que la LA puede proteger al niño frente a infecciones y el 44% piensan que la LA es más cómoda para las madres.

Discusión y conclusión:

Se observa que muchos de los conocimientos previos de los que parten nuestros alumnos sobre LM son erróneos. Es imprescindible pues corregir estos errores, formando en conocimientos, habilidades y actitudes sobre LM. El éxito de la LM requiere de profesionales con los conocimientos adecuados que permitan dar un buen soporte a las madres.

C-24

¿Apoyan Realmente los Pediatras la Lactancia Materna?

Emilio José González Sánchez; Eva María Hernández García; Manuela Ortega Sánchez; José Valverde Molina; María Rodríguez Martínez; Manuel J. Cuenca Burgos; Pilar Díez Lorenzo; Rafael Redondo Reyes.

Objetivos:

La AEP afirma literalmente que los pediatras constituimos un punto clave en la promoción y el apoyo de la lactancia materna (LM). Resulta evidente que dicho apoyo no puede conseguirse sin los conocimientos, actitudes y acciones prácticas necesarias. El objetivo de este estudio es valorar estas circunstancias.

Método:

Se pasó un cuestionario de 32 preguntas a pediatras asistentes a diferentes Congresos y Reuniones.

Resultados:

Se recogieron un total de 371 encuestas válidas de pediatras procedentes de las 17 Comunidades Autónomas, en las que, si bien el 99.2% opinaba que la LM es más beneficiosa que la artificial y piensan que el papel del pediatra incluye recomendar la LM a las embarazadas (92.6%), ayudar con la LM a las madres en el hospital (91.8%) y el seguimiento de la lactancia (94.2%), y están convencidos de que el consejo del pediatra es efectivo para promover la LM (99.2%) e incluso que la promoción de la LM debe ocupar una parte importante de su trabajo (91.4%), cuando observamos las respuestas referentes a su actividad durante el último año, vemos que sólo el 70.3% han observado como realizan las madres el amamantamiento, un 55% han enseñado su técnica, y un 28.1% ha enseñado la extracción manual o mediante sacaleches. Ellos mismos valoran con una media de 3.2 puntos sobre 5 su efectividad para resolver problemas de lactancia y sólo un 64.5% saben donde remitir a las madres para resolverlos.

Sólo un 19.8% tienen formación específica en LM, que incluyó prácticas únicamente en 26.8%. El 67.7% consideran que su formación en LM es insuficiente. Sólo un 27.4% conocen alguno de los diez pasos de la IHAN.

De 10 preguntas sobre conocimientos de LM, 6 de respuesta SI/NO y 4 con 3 respuestas posibles, aciertan una media de 4.99, casi igual número que por la probabilidad de acierto al azar (4.33)

Conclusiones:

El apoyo que los pediatras prestan a la LM es insuficiente, a pesar de manifestar una actitud muy positiva a su favor, ya que en general carecen de la formación y conocimientos deseables y en especial su práctica es muy mejorable.

C-25

Formación Obligatoria en Lactancia Materna para los Profesionales de Nueva Incorporación

Rosario Blasco Contreras; Esperanza Martin Sequeros; Adela Pertusa Quiles.

Antecedentes y Objetivos

El paso primero “Hacia una feliz lactancia natural” de la IHAN es: Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

En Noviembre de 2007 presentamos dicha política en nuestro hospital, fruto del consenso y coordinación entre Atención primaria y Especializada.

En ella confluyen todos los protocolos de lactancia de ambos niveles siendo un documento de obligado cumplimiento para la atención de las madres y sus hijos.

El paso segundo es: Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

En el año 2007 se imparten 18 horas de formación teórico-práctica a 580 profesionales de enfermería, viendo la necesidad de capacitar a los profesionales de nueva incorporación

Los objetivos de esta formación son

- Darles a conocer la política de lactancia materna
- Dotarles de conocimientos y habilidades para que puedan ponerla en práctica.
- Ayudar a los padres en el inicio e instauración de la lactancia
- Mantener el grado de satisfacción de los padres sobre la información recibida en relación a la lactancia natural
- Lograr que ésta continúe como elección al alta

Material y método

- Curso teórico- práctico de seis horas
- Formulación de un pre-test para detectar el grado de conocimiento de los discentes y otro de pos-test para medir los adquiridos
- Implicación en el curso midiendo grado de participación
- Análisis de encuestas de opinión al alta de los padres

Resultados

Grado de participación de los alumnos: 82%

Respuestas correctas: Enfermeras antes del curso: 62% Después: 90 %
Auxiliares antes del curso: 38% Después: 86 %

Análisis de 960 encuestas de opinión al alta de las pacientes (De Enero a Septiembre del 2008)

El personal de enfermería ha estado receptivo a resolver todas las dudas en lactancia de los padres: 88,7%

Tipo de alimentación al alta: 93,2% materna

Conclusiones

La intervención docente al personal de nueva incorporación es imprescindible:

Ayuda a los padres a vencer sus dificultades

La formación determina una excelente actitud para la lactancia

C-26

Beneficios de la Hospitalización Domiciliaria

Esther Cabañes Alonso; María Victoria Martínez Hidalgo; María Isabel Pérez Agromayor; Carolina Rico Cruz; Adela Ordoñez Chapado; María Pilar García Martínez.

Introducción.

Los llamados prematuros tardíos (recién nacidos con E.G. entre 34 y 36+6) y los recién nacidos ingresados que alcanzan las 34-35 semanas de edad corregida pueden beneficiarse de los programas de hospitalización domiciliaria hasta alcanzar el alta médica definitiva.

Objetivos.

Conocer el número de niños que se beneficiaron de hospitalización domiciliaria. Evaluar la evolución de la tasa de lactancia materna a lo largo de los años.

Metodología.

Estudio descriptivo con recogida concurrente de datos desde el año 1989 hasta octubre del 2008 de todos los niños que se incluyeron en el programa de hospitalización domiciliaria. Desde la puesta en marcha de este programa la decisión del alta es independiente del peso niño y se basa en las capacidades de niño para alimentarse sin dificultad y mantener la temperatura en cuna. Se incluyen en el programa todos los niños que se dan de alta con un peso inferior a 2200g.

Resultados.

El número total de niños incluido en el programa fue de 4391 niños. A un 42% con el programa se les evitó el ingreso y permanecieron con su madre en la planta de maternidad. En los niños ingresados se ahorraron una media de 6 días de estancia. Se han incluido en el programa niños que en el momento del alta pesaban entre 1550g y 2190 g. La tasa de reingreso se mantuvo estable a lo largo de los años en un 3,5%. En el año 89 el 31% de los niños prematuros incluidos en el programa se alimentaban con lactancia materna, en el 2007 el 71% ($p < 0,01$).

Conclusiones:

La hospitalización domiciliaria evita separaciones madre/hijo en un número no despreciable de casos. Por otro lado se disminuyen los días de estancia con el beneficio económico que ello conlleva. El programa, además de otras medidas, ha ayudado a incrementar la tasa de lactancia materna.

C-27

Análisis de la Adecuación de los Datos de un Sistema de Información de Atención Primaria a los Indicadores de Resultado en LM Propuestos por la OMS

Pilar Quiñonero; Concha López; Enrique Pirla; Verónica Muñoz; Antoni Oliver; Ricardo García de León.

Antecedentes y objetivo.

La utilización de definiciones de LM aceptadas internacionalmente es necesaria para poder informar y comparar los resultados de las intervenciones de fomento de la LM. Pretendemos evaluar la adecuación de los contenidos de nuestro sistema de información (SI) a los indicadores de resultado relacionados con la prevalencia y duración de la LM.

Material y métodos.

Se ha realizado un análisis de contenido de las pantallas del SI que contienen los registros de alimentación de 0 a 2 años, valorándose la adecuación de los datos a los indicadores propuestos por la OMS relacionados con la LM exclusiva, la introducción cronológicamente adecuada de los alimentos complementarios y la LM continuada.

Resultados.

El registro de datos se realiza en las visitas definidas en el programa de atención al niño sano. El tipo de lactancia se recoge de forma transversal desde la primera visita (15 días) hasta los 23 meses, clasificándola como exclusiva, predominante, mixta y no LM.

En cada visita entre los dos y los 23 meses se obtienen datos retrospectivos sobre la edad de abandono de la LM (en semanas) y la edad de introducción de suplementos de leche de fórmula y de diversos alimentos complementarios (en meses). No se registran datos retrospectivos sobre el momento de introducción de agua o líquidos similares.

Discusión.

En los datos transversales no se utiliza el recuerdo de 24 h con una lista de alimentos o líquidos ofrecidos, lo que dificulta la comparabilidad. La utilización del término "LM mixta" puede inducir a error en niños que toman LM y alimentos complementarios pero no leche de fórmula (LM parcial).

Los datos retrospectivos ofrecen poca precisión para el momento de introducción de los alimentos y no permiten calcular la tasa de LM exclusiva.

Se propone la monitorización continuada de los datos transversales de LM en puntos de vacunación mediante recuerdo de 24 h con lista de alimentos o líquidos ofrecidos, la adecuación de las definiciones de LM, el control de la introducción de líquidos y la mejora de la precisión de los datos retrospectivos.

C-28

El Papel del Sistema de Información en la Implementación de la IHAN y la Estrategia del Parto Normal: Una Experiencia de Área

Ricardo García de León Chocano; Ricardo Garcia de León González; José María Olivares Morales; María Amparo De La Cruz Pérez; María José Muñoz Muñoz; Raúl Puche; Juan Alfredo Santos Luque.

Antecedentes y objetivo.

Nuestra área de salud está comprometida con dos estrategias supranacionales: la estrategia del parto normal (EPN) y la IHAN. La implantación de estas estrategias requiere la integración desde su inicio de un adecuado sistema de información (SI) como proceso de control, en un marco de continuidad de cuidados. El objetivo de este trabajo es describir el proceso de diseño del circuito de información de la atención materno-infantil (CIMI) en el sistema de información corporativo de un área de salud con un hospital IHAN y en proceso de implementación de la EPN.

Material y métodos.

Estudio de diseño metodológico. La metodología de trabajo está basada en procesos y actividades de Métrica 3.

Para determinar los indicadores y la estandarización de la recogida de datos del CIMI se realizó una revisión de estándares y recomendaciones mediante consulta de documentos clave relacionados con la IHAN y la EPN, una búsqueda bibliográfica de información relevante cuando fue necesario y la consulta a expertos.

Para el desarrollo del modelo del proceso del circuito se revisaron los documentos de registro existentes y los procedimientos relacionados con la atención materno-infantil que ya se realizaban en el hospital y se estudiaron SI externos.

El alcance del circuito, análisis de requisitos y decisiones sobre el diseño se llevaron a cabo a través de sesiones de trabajo multidisciplinares en las que han intervenido directivos, informáticos y responsables clínicos.

Resultados.

Se ha obtenido un catálogo de variables e indicadores de proceso y resultados, que junto con el circuito diseñado donde se recogen (Figura 1) adecua el SI corporativo a las necesidades de monitorización del proceso de atención materno-infantil, en el contexto de la IHAN y EPN en nuestra área.

La información generada durante el CIMI proporciona el inicio de la Historia Clínica Electrónica del Recién Nacido, con informes accesibles desde cualquier punto del área.

Discusión.

La obtención de información de los procedimientos de atención materno-infantil y su registro a partir de documentos normativos y opiniones de responsables clínicos, junto con una metodología de consenso a través de grupos multidisciplinares para las decisiones de diseño, ha permitido obtener un CIMI ampliamente discutido y aceptado por los profesionales.

C-29

Evaluación del Impacto de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños Sobre la Duración de la Lactancia Materna en un Área de Salud Española

Beatriz Mercader Rodríguez; Antonio Oliver Roig; Mónica Hernández Martínez; Inmaculada Vives Piñera; María Ángeles Gómez Ortigosa; Ana Peñas Valiente; Milagros Mas Cerdán; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivos:

La información del impacto de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) sobre la duración de la LM es limitada y no existen datos en el ámbito español. El objetivo es determinar el impacto sobre la prevalencia de la LM de la implantación de la IHAN en un hospital español.

Material y métodos:

Se compara la prevalencia de lactancia materna durante el primer año de vida de dos cohortes de niños obtenidas mediante muestreo aleatorio, nacidos antes (1997 y 2000; n=725) y después (2004 y 2005; n=962) de la implementación de la IHAN en un hospital con 800 nacimientos anuales.

Todos los niños incluidos fueron controlados desde el primer mes hasta al menos el 5º mes de vida en las consultas del Programa de Atención al Niño Sano (PAN) vinculadas al hospital, se excluyeron los casos que no cumplieran este criterio. Un colaborador entrenado obtuvo la información sobre la LM de la historia "en papel" del PAN para 1997 (sólo datos para los 30, 60, 90, 150, 210, 270 y 360 días) y del sistema de información del área de salud para el resto de años.

Se presentan los datos sobre prevalencia de LM en los periodos anterior y posterior a la IHAN y las Odds Ratio de ser amamantado en el periodo posterior a la IHAN por meses y sus intervalos de confianza del 95%.

Resultados:

10% o menos casos perdidos hasta los seis meses y entre el 10 y 18% hasta el año de vida. En la Figura I puede verse la evolución de la prevalencia de la LM antes y después de la IHAN y en la Tabla I el tamaño muestral y las OR de cada intervalo.

Conclusiones:

Los datos aportan una sólida evidencia de la eficacia de la IHAN para mejorar las tasas de LM en el contexto Español. El efecto de la IHAN es más claro a mayor edad de los bebés debido a que se parte de una prevalencia alta los primeros meses y por un mayor efecto de la intervención sobre las lactancias más prolongadas.

C-30

Experiencia de una Intervención Coordinada Entre Niveles de Atención de Promoción Protección y Apoyo a la LM en un Área de Salud Basada en la IHAN

Clotilde Pose Becerra; Montserrat García López; Concepción De Alba Romero; Amparo De la Fuente; Juana María Aguilar Ortega; Asunción Rosado.

Los profesionales de nuestra área sanitaria, que consideramos la Lactancia Materna la “Actividad Preventiva Estrella” decidimos unirnos a la IHAN, como elemento básico de promoción de la salud, mejora de los cuidados del binomio madre/hijo y cumplimiento de la normativa vigente.

Abril 2006: se crea la Subcomisión de Lactancia Materna del Área.

Octubre 2007: la Subcomisión adquiere entidad propia como Comité de Lactancia Materna formado por un equipo multidisciplinar de profesionales de Atención Primaria y Especializada y Grupo de Apoyo.

Puntos de partida:

- Sensibilización y motivación de profesionales y apoyo institucional.
- Unificación de documentación y criterios de actuación.
- Formación profesional continuada.
- Formación para embarazadas, alojamiento conjunto madre/hijo durante la hospitalización, puertas abiertas en Neonatología y contacto precoz.

Objetivos

- Promocionar, Proteger y Apoyar la Lactancia Materna en el Área de Salud.
- Coordinar atención primaria-especializada en lo relacionado con la LM.
- Unificar criterios y normalizar intervenciones.
- Recomendar estrategias e intervenciones a autoridades y profesionales.
- Acciones realizadas:
- Norma Institucional de Apoyo a la LM.
- Programa de formación en LM para profesionales.
- Distribución Guía Lactancia para madres, Consejería de Sanidad y Documento Recomendaciones Postparto.
- Información a madres sobre Grupos Apoyo.
- Protocolo de alojamiento conjunto madre/hijo en cesáreas programadas.
- Creación del puesto de Coordinadora de enfermería en LM.
- Talleres de LM para púerperas en el hospital.
- Procedimiento de uso de extractores.
- Colaboración en la creación de Grupo de Apoyo en el Área.
- Evaluaciones tasas de incidencia LM.

- Celebración Semana Mundial de la Lactancia Materna.
- Acciones planificadas o en fase de elaboración:
- Guía de Promoción de LM basada en la evidencia para profesionales.
- Comunicación de alta Hospital-Atención Primaria
- Informe Enfermería al alta
- Talleres conjuntos A.P. y A.E.

Conclusiones

El Comité de LM trabaja de forma coordinada para lograr sus objetivos, realizando: recomendaciones pro LM a las direcciones de ambos niveles asistenciales, intervenciones con madres y profesionales, elaborando documentación de apoyo y realizando evaluaciones para disponer de información sobre el estado de la LM y coordinando la formación de profesionales en LM.

Comunicaciones Póster

P001

El Método Lactancia y Amenorrea: Un Anticonceptivo Seguro y Eficaz

Juana María Galera Pérez; María Elena Sánchez Terrer; Encarnación Rosique Gómez; Fabio Cañavate Payá; Ana Belén Guirao Molina; Carmen María Guirao Molina.

Introducción:

La anticoncepción tras el parto mejora la salud de las madres y los recién nacidos al prolongar los intervalos entre los nacimientos, disminuyendo así la morbi-mortalidad materna como la neonatal, postneonatal e infantil. A pesar de que la OMS recomienda el MELA como uno de los métodos de planificación familiar más fiables, en nuestro medio produce desconfianza y por ello está excluido de los programas de planificación familiar.

El “Método de Lactancia y Amenorrea” (MELA), se define desde el congreso de Bellagio de 1988 como: “el uso de la lactancia materna como método anticonceptivo, por una mujer que sigue en amenorrea (haciendo caso omiso de cualquier sangrado vaginal que ocurra antes de los 56 días postparto) y que no administra suplementos a la dieta del niño hasta seis meses después del parto”.

Objetivo:

Aumentar la confiabilidad de la amenorrea de la lactancia como método anticonceptivo entre las matronas y resto de profesionales sanitarios.

Material y método:

Se hicieron búsquedas en las bases de datos de MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN, y otra bibliografía científica. Los criterios de inclusión han sido artículos en castellano, en los que se investigaron ensayos clínicos controlados y estudios observacionales prospectivos.

Resultados y discusión:

Las mujeres amenorreicas con LME tienen un riesgo muy bajo de quedarse embarazadas en los primeros seis meses después del parto, basándose en la infertilidad natural de la lactancia que retrasa la reanudación de la ovulación y del ciclo menstrual.

Se estima que este método anticonceptivo proporciona más del 98% de protección contra un embarazo en los primeros seis meses postparto. Su efectividad puede aumentar a un 99'5%, cuando se lleva a cabo algún tipo de intervención profesional.

Existe gran desinformación entre las matronas y resto de profesionales sanitarios sobre el MELA como recurso anticonceptivo, lo que desaprovecha la oferta de medios eficaces y seguros de planificación familiar y la promoción de la lactancia materna exclusiva.

Conclusiones:

El MELA es un método anticonceptivo eficaz y recomendable cuando las mujeres lactantes cumplen los lineamientos del Consenso de Bellagio, que las matronas y resto de profesionales deberían ofertar en las consultas de planificación familiar.

P002

Examen Prenatal de las Mamas como Profilaxis de Posibles Problemas en el Inicio de la Lactancia

Gema Ruiz Liébanas; Francisco Rodriguez Castilla.

Justificación

El examen prenatal de las mamas es una técnica realizada de forma habitual en algunos países, sin embargo no se conoce como puede incidir esta técnica en la promoción de la lactancia materna.

Si esta recogido como exploración rutinaria en la visita de la semana 12 de gestación una exploración general en la que se incluye la exploración mamaria.

Objetivo:

Efecto examen prenatal de las mamas sobre el inicio de la lactancia materna.

Método,

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Cuiden plus, proceso embarazo parto y puerperio del SAS.

Conclusiones:

Las mamas de la gestante suelen estar sensibles e inflamadas y dificultan el examen. Según algunos estudios hay mujeres que esta técnica la consideran invasiva e incomoda y no existe ensayo controlado sobre si este examen promueve la lactancia materna.

Si esta demostrado que intervenciones postnatales que incluyen apoyo por parte de los profesionales aumentan el número de mujeres que practican exclusivamente la lactancia materna, sin embargo e un estudio que se realizo sobre el uso de pezoneras informo que un 13% de las mujeres que se proponían a amamantar decidió no hacerlo después de que se le comunicará que tenia un posible problema por lo que parece ser que un examen prenatal de mamas podía disuadir a las mujeres de comenzar la lactancia materna.

No existen evidencias científicas que apoyen el examen de las mamas prenatal para la promoción de la lactancia materna.

P003

Parámetros Físico-Químicos de la Leche Materna: Posible Relación con la Capacidad Bactericida

Dolores Silvestre; Pilar Codoñer; Inmaculada Almansa; Ana Muñoz; Vicente Roqués.

Los numerosos beneficios que la leche materna aporta al lactante son ampliamente reconocidos, sin embargo, en muchos casos, no se conoce bien la identidad de los agentes causantes de cada una de estas propiedades. La leche materna posee capacidad para inhibir el crecimiento de microorganismos patógenos, los datos publicados son escasos y variables, siendo actualmente desconocidos muchos aspectos de esta importante propiedad, como su posible relación con otras características de la leche.

Objetivos:

Determinar en leche materna: la capacidad bactericida, el pH y la concentración de proteínas, a fin de evaluar si existe relación entre la capacidad bactericida y ambos parámetros.

Material y métodos:

Se analizan 35 muestras de leche procedente de mujeres sanas que han dado a luz en el hospital, entre marzo y septiembre de 2008. La capacidad bactericida se mide frente a la cepa *E coli* NCTC 9111 serovar O111 K58(B4), determinada como diferencia entre el recuento en el medio control y el medio con muestra de leche, expresando los resultados como porcentaje. La concentración de proteínas se determina por método colorimétrico y el pH potenciométrico. La significación estadística se evalúa por regresión lineal.

Resultados:

El pH (7.27 ± 0.18) y la concentración de proteínas ($13,68 \pm 2.12$) g/L, se encuentran en el rango de valores establecidos en leche de mujer. En la capacidad bactericida, el valor medio y desviación estándar es ($73.98 \pm 13.93\%$). No se encuentra relación lineal significativa entre la capacidad bactericida de la leche y el pH ($p = 4065$), ni con la concentración de proteínas totales ($p = 0.413$), a pesar de que algunos de los componentes activos en el poder bactericida tienen naturaleza proteica. Los resultados obtenidos sugieren el interés de realizar posteriores estudios que evalúen independientemente la relación entre cada uno de los componentes proteicos y la capacidad bactericida.

Conclusión:

La capacidad bactericida manifiesta en la leche materna no guarda relación ni con el pH del medio ni con la concentración total de proteínas.

P004

El Interés del Método Dicke en los Transtornos de la Lactancia

Donato Manniello.

La subida de leche no siempre es fácil. Es fundamental tomar conciencia de esta incidencia y tratarla lo antes posible. He analizado este problema y he descubierto que existe un método capaz de tratar los trastornos de la lactancia: El Método E. DICKE (masaje de las zonas reflejas del tejido conjuntivo). En este masaje existen unos reflejos neurohormonales que restablecen el circuito fisiológico de la lactancia cuando éste se interrumpe o es insuficiente. Conviene demostrar científicamente que el método activa y aumenta la hormona prolactina en la ante hipófisis, cuyo objetivo es:

- activar la subida de la leche en caso de ausencia total
- normalizar la subida de la leche en caso de insuficiencias
- restablecer la subida de la leche en caso de interrupción

Un primer estudio se realizó tratando a un colectivo de 100 mujeres al tercer día y más del post partum. Todas estas mujeres deseaban amamantar a su hijo y no lo lograron por falta de leche.

Para evitar toda discusión sobre un eventual efecto placebo, este segundo estudio consiste en comparar el método E.DICKE con un masaje muscular clásico de la espalda. Dos grupos estarán compuestos por mujeres que se encuentran en período de reposo de los pechos. Un primer grupo A de 10 mujeres será tratado con el Método E. Dicke y, un segundo grupo B de 10 mujeres será tratado con un masaje muscular clásico de la espalda. Para demostrar los resultados científicamente, se procederá a una extracción de sangre (5ml) de los dos grupos antes y después de un tratamiento de cuatro días consecutivos, para medir la tasa de prolactina.

De los resultados obtenidos en el primer estudio, se puede concluir que el Método E. DICKE surte efecto en esta disfunción. Después de la primera sesión, un 100% de las mujeres presentan una mejoría en la subida de leche. El 80% de las mujeres, requiere 3 a 4 sesiones para conseguir la suficiente subida de la leche. El 20% de las mujeres necesita de 5 a 6 sesiones para alcanzar el mismo resultado.

De los resultados logrados en el segundo estudio, queda claro que la acción del Método E. DICKE en el aumento de la tasa de prolactina, es incuestionable.

P005

Observación y Evaluación de la Toma

Dulce María Galvão.

UNICEF/OMS recomienda la observación y evaluación de la toma por medio de protocolo específico, que permite evaluar la postura corporal de la madre y del bebé, las respuestas del bebé, el vínculo emocional, la anatomía de las mamas y la succión.

Para identificar los signos de dificultades en la lactancia materna, relacionar el desarrollo de dificultades y el sexo del bebé con algunas dificultades, los 30 alumnos del Curso de Especialidad en Enfermería de Pediatría procedieron a la evaluación de 71 parejas madre/bebé durante una toma a través de la aplicación de este protocolo en las prácticas efectuadas en Maternidades y Centros de Salud entre julio y octubre de 2007.

Los datos se analizaron por ordenador mediante estadística descriptiva y tests no paramétricos.

De los bebés, 38 eran del sexo femenino y 33 del masculino, de edades entre los 0 y 30 días.

16 madres se mostraban tensas e incómodas al dar de mamar.

15 bebés se mostraban agitados y llorando al pecho.

14 madres presentaban mama ruborizada, llena o inflamada, 35 mama o pezones doloridos y 23 mama apoyada con los dedos sobre la areola.

25 bebés estaban mamando con la cabeza y cuerpo girados, 7 alejados del cuerpo de la madre, 6 apoyados solamente por la cabeza y cuello y 15 con el labio inferior/barbilla frente al pezón.

En 12 bebés la areola era más visible bajo el labio inferior, 27 tenían la boca poco abierta, 11 el labio inferior doblado hacia adentro y en 15 la barbilla no tocaba la mama.

20 bebés presentaban succión rápida y superficial, 12 mejillas cóncavas cuando mamaban y en 21 fue la madre la que retiró el bebé del pecho.

Las madres con mama o pezones doloridos de manera significativa eran madres de bebés que se posicionaban al pecho con la cabeza y cuerpo girados y realizaban la toma con la boca poco abierta.

Los niños desarrollaron más signos de dificultad al mamar.

Los niños, de forma significativa, al mamar estaban alejados del cuerpo de la madre, realizaban la toma con más areola visible bajo el labio inferior y la barbilla no tocaba la mama de la madre.

Las niñas, de forma significativa, se posicionaron al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón.

P006

Herramientas de Valoración de la Lactancia Materna

Juncal De Blas Peniza; Gema Del Pliego Pilo; Lucía Rosa Fernandez.

Antecedentes:

En España, al alta de la maternidad, el 80% de las madres amamantan, pero un 20% de ellas abandonan durante el primer mes y tan sólo un 24% continua con la lactancia materna a los 6 meses. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar medidas que favorezcan la identificación de dificultades y complicaciones y el desarrollo de estrategias de intervención óptimas.

Habitualmente los profesionales de la salud no realizan una valoración sistematizada ni un registro estandarizado de la lactancia materna. Esto dificulta el seguimiento correcto y el apoyo eficaz.

Objetivos:

Dar a conocer las herramientas de valoración de la lactancia materna más empleadas.

Establecer criterios uniformes de observación del comportamiento de la diada madre-hijo durante la toma.

Proporcionar las pautas necesarias para registrar de manera sistemática los resultados de dicha valoración.

Método:

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar los instrumentos de valoración de la lactancia materna, los cuales fueron traducidos posteriormente al castellano.

Resultados:

Entre los instrumentos encontrados para evaluar la eficacia de la lactancia materna destacan:

The Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT),

The Systematic Assessment of Infant at Breast (SAIB),

The Mother-Baby Assessment (MBA),

The LATCH Assessment,

The Lactation Assessment Tool (LAT TM),

The Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT),

Alguno de ellos ampliamente utilizado en Estados Unidos con muy buenos resultados.

No se ha publicado aún ningún sistema similar en castellano y los anteriores no han sido adaptados. En este trabajo ofrecemos una versión traducida de estos instrumentos.

Conclusiones:

Las herramientas de evaluación de la lactancia materna son métodos necesarios para obtener información de forma sistemática y reproducible que posibilite la transmisión de información y la investigación ulterior.

Es necesario llevar a cabo estudios adicionales que analicen la validez de estos instrumentos adaptados a nuestro medio.

Es importante que los profesionales de la salud apliquen estas herramientas en la práctica cotidiana.

P007

Presentación de una Escala de Evaluación de Eficacia de Lactancia Materna: El Latch

Concepción Vargas Hormigos; Carmen Baez Leon; Rosario Blasco Contreras; Esperanza Martín Sequeros; María Luisa Del Pozo Ayuso.

Antecedentes y objetivos

Se presenta una escala de evaluación de la eficacia de la lactancia materna (LATCH) que en EEUU se está utilizando en algunos hospitales con gran aceptación. Por su sencillez y parecido a la práctica habitual del personal sanitario que atiende a las madres y a sus hijos, y por que su aplicación puede contribuir a identificar complicaciones, desarrollar nuevas investigaciones y por lo tanto diseñar mejores intervenciones en el área de la lactancia materna, se justifica su interés para la población española.

Los objetivos de la escala son:

- Transmisión de información entre profesionales
- Descripción de la eficacia de la lactancia materna
- Identificación y prevención de dificultades y complicaciones
- Predicción de la duración de la lactancia materna
- Herramienta básica de investigación

Material y métodos

Se presenta la escala LATCH en su versión adaptada al castellano que consta de 5 elementos que evalúan a su vez cinco aspectos identificados como relevantes para el estudio de la eficacia de la lactancia materna. Cada uno de esos elementos se puntúa de 0 a 2, según sea más o menos favorable a una lactancia eficaz. La suma total puede como máximo puntuar 10.

Los aspectos evaluados son:

- L: Coger
- A: Deglución audible
- T: Tipo de pezón
- C: Comodidad
- H: Ayuda en la colocación

Resultados

El hecho de que algunos hospitales en EEUU estén utilizando esta escala para el apoyo de la lactancia materna ofrece ciertas garantías para su aplicación. Pero para su utilización en España es necesario trabajar en su validación y adaptación al castellano.

Conclusiones

Es en ese proceso de validación en el que actualmente nos encontramos trabajando. Tras haber testado su fiabilidad en una muestra de madres e hijos en un hospital público, se está actualmente diseñando el estudio de validez. Esta línea de investigación está poniendo de manifiesto interesantes interrogantes y retos futuros para el apoyo en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

P008

Adaptación Preliminar al Español de la Escala MBFES (Maternal Breastfeeding Evaluation Scale)

Miguel Richart Martínez; Antonio Pablo Velandrino Nicolás; Ricardo García de León González; Antonio Oliver Roig.

Tras el proyecto HQTQ-1 sobre fomento de la lactancia materna, se plantea, en el área de salud desarrollar el enfoque en procesos como sistema de gestión. Dos de los aspectos a desarrollar en el proceso de atención a la alimentación del lactante son identificar grupos de población con mayor necesidad de apoyo profesional y desarrollar indicadores finales de resultado desde la perspectiva materna. La Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES) sirve para este propósito y es un instrumento adecuado para la que no existe una versión en nuestro país.

Ante esta necesidad un equipo de profesionales e investigadores en el ámbito de la lactancia hemos iniciado una línea de investigación con la finalidad de proporcionar instrumentos con que evaluar actitudes y conductas de las madres relativas al proceso de alimentación al lactante. Una de las actuaciones que estamos realizando es la de adaptar una de las escalas habituales en la valoración de la autoeficacia percibida por la madre en el periodo prenatal respecto a su capacidad de lactancia con su futuro bebé (proyecto financiado por la Consejería de Sanidad y la Universidad).

En este momento nos encontramos en la fase de pilotaje de la escala PBFES, en el que hemos realizado la primera traducción al español y la hemos administrado a una muestra de mujeres embarazadas en un centro de salud del área. Los resultados provisionales obtenidos apuntan a que la traducción no ofrece problemas de interpretación y que el contenido semántico ha sido aceptablemente conseguido. La fiabilidad, como consistencia interna, alcanza un valor de 0,81 que supone un nivel adecuado para este tipo de escalas. Respecto a la validez de constructo, el AFC no reproduce muy bien los factores propuestos por las autoras del estudio original. A la espera de refinar la traducción y su administración a la muestra definitiva, pensamos que puede conseguirse una escala adecuada para la valoración de la autoeficacia percibida en embarazadas, quedando por comprobar si la estructura factorial se reproduce en embarazadas de nuestra área.

P009

Adaptación Preliminar al Español de la Escala Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)

Miguel Richart Martínez; Antonio Pablo Velandrino Nicolás; Ricardo García de León Gonzalez; Antonio Oliver Roig.

Tras el proyecto HQTQ-1 sobre fomento de la lactancia materna, se plantea, en el área de salud desarrollar el enfoque en procesos como sistema de gestión. Dos de los aspectos a desarrollar en el proceso de atención a la alimentación del lactante son identificar grupos de población con mayor necesidad de apoyo profesional y desarrollar indicadores finales de resultado desde la perspectiva materna. La Maternal Breast-feeding Evaluation Scale (MBFES) sirve para este propósito y es un instrumento adecuado para la que no existe una versión en nuestro país.

Ante esta necesidad un equipo de profesionales e investigadores en el ámbito de la lactancia hemos iniciado una línea de investigación con la finalidad de proporcionar instrumentos con que evaluar la satisfacción y la sensación de las madres relativas al proceso de alimentación del lactante. Una de las actuaciones que estamos realizando es la de adaptar una de las escalas habituales en la valoración de la satisfacción reportada por la madre en el periodo de lactancia así como el desarrollo observado del bebé (proyecto financiado por la Consejería de Sanidad y la Universidad).

En este momento nos encontramos en la fase de pilotaje de la escala MBFES, en el que hemos realizado la primera traducción al español y la hemos administrado a una muestra de mujeres lactantes en un centro de salud del área. Los resultados provisionales obtenidos apuntan a que la traducción no ofrece problemas de interpretación y que el contenido semántico ha sido aceptablemente conseguido. La fiabilidad, como consistencia interna, alcanza un valor de 0,77, que supone un nivel adecuado para este tipo de escalas. Respecto a la validez de constructo, el AFC no reproduce muy bien los factores propuestos por las autoras del estudio original. A la espera de refinar la traducción y su administración a la muestra definitiva, pensamos que puede conseguirse una escala adecuada para la valoración de la autoeficacia percibida en embarazadas, quedando por comprobar si la estructura factorial se reproduce en embarazadas de nuestra área.

P010

Eficacia de la Técnica de la Sonda en la Lactancia Materna para Puérperas con Pezones Planos o Invertidos

Crescencia Tevar López; Trinidad España Moscoso; Inmaculada Maldonado Maldonado; Cristina Romero Lirio; Elisa Sánchez Torres; Dolores Vargas Crespo.

Resumen:

Dada la importancia de la lactancia materna y las dificultades por las que atraviesa como consecuencia de la aplicación de reglas y normas artificiales, así como la pérdida de referentes socioculturales, planteamos una técnica alternativa para ayudar a las madres con pezones planos o invertidos que desean amamantar y no consiguen enganchar al bebé.

La técnica de la sonda es otra posibilidad a la utilización de pezoneras ya que estas no permiten la succión correcta del pecho, disminuyendo el estímulo para la producción láctea, como la ingesta inadecuada por parte del bebe, provocando un aumento de peso insuficiente.

Antecedentes:

Hay estudios que estiman que aproximadamente el 10 % de las mujeres no tienen los pezones con la forma cónica habitual.

La existencia de pezones planos o invertidos no contraindican la lactancia, el papel primordial es el ordeño de la lengua del lactante de un buen trozo de areola, lo que hace extraer la leche. Estos pezones pueden ser impedimento para la lactancia si se añaden otros factores de dificultad.

Otros estudios demuestran que el uso de pezoneras disminuye hasta un 56% la transferencia de leche y en consecuencia muchas madres abandonan la lactancia.

Metodología:

Colocaremos una sonda pediátrica, adherida con esparadrapo al pecho de la madre, conectada por un extremo a una jeringa y por el otro al pezón. Introduciremos a través de ella una cantidad de calostro (extraída previamente), hasta la boca del bebé invitándole a succionar.

Conclusiones:

Pretendemos facilitar el enganche al pecho del lactante superando las dificultades que puedan surgir a consecuencia de la anatomía de la mama. Siendo un método fisiológico que ayuda a que se produzca el reflejo de eyección y aumentando el vínculo materno-infantil.

Lo que conseguimos es un buen enganche al pecho materno en casos de dificultad, de manera que evitamos el uso de pezoneras que puede provocar una disminución en la cantidad de leche, alargando el tiempo de las tomas que pueden llevar a un abandono de la lactancia.

P011

Una Alternativa en la Dificultad del Enganche

Sonia Sevane Vega; Trinidad España Moscoso; Inmaculada Maldonado Maldonado; Cristina Romero Lirio; Elisa Sánchez Torres; Crescencia Tevar López.

Introducción:

Muchas mujeres muestran dificultades al lactar como consecuencia de presentar pezones planos o invertidos, recién nacidos con bajo peso, prematuros, con hipoglucemias, en problemas de deshidratación o en los casos de separación madre-hijo en las primeras horas de vida. Con la utilización de la sonda, ofrecemos una alternativa en la instauración de la lactancia.

Metodología y materiales:

Se considera que un recién nacido lacta adecuadamente cuando esta bien colocado, presenta una succión efectiva y muestra movimientos de deglución. Cuando esto no sucede, podemos utilizar otras alternativas como es el uso de la técnica de la sonda.

Metodología a seguir con esta técnica:

- Extraeremos de forma manual el calostro materno.
- Utilizaremos una jeringa de 10 cc. conectada a una sonda de alimentación neonatal.
- La sonda se coloca en el pecho de forma que entre sin dificultad por la comisura de la boca del bebe y se fija con esparadrapo de manera que falten unos centímetros para llegar al pezón.
- Una vez colocada, se administrará el calostro a través de la sonda, permitiendo la deglución fisiológica del bebé.

Objetivos a conseguir:

- a) No interrumpir el proceso fisiológico del amamantamiento.
- b) Fomentar el vínculo afectivo entre madre e hijo.
- c) Estimular el reflejo de eyección (subida de leche).
- d) Alimentamos al bebé.

Conclusiones:

Nuestra experiencia profesional en madres con dificultades en la lactancia, nos ha demostrado que la utilización de esta técnica, aumenta el grado de satisfacción materna.

P012

Lactancia Materna en Deportistas de Élite

Félix Jiménez Jaén; José Oliva Pérez; Daniel Morillas Guijarro; Casilda Arce Maure; Pilar Del Arco Ramos.

Introducción

Actualmente crece el número de mujeres que practican deporte de élite durante el posparto y que también desean ofrecer lactancia materna a sus hijos. La escasa información ofertada puede provocar un conflicto para compatibilizar ambas ideas.

Material y método.

Revisión bibliográfica clásica.

Resultados.

La lactancia materna (LM) participa activamente en la pérdida de peso posparto de una atleta y en su retorno a la competición:

Una atleta puede requerir menos tiempo para retornar a su peso corporal competitivo pregestacional debido a su mayor gasto calórico vinculado con la LM.

Existe preocupación sobre si el ejercicio intenso en los primeros meses posparto pudiese alterar la producción de leche. Los estudios a la fecha han indicado que el ejercicio no aminora la cantidad de leche producida por la madre o sus cualidades nutricionales.

Algunas pruebas indican que la concentración de ácido láctico en la leche materna aumenta con el ejercicio, lo que se vincula sobre todo con el grado máximo realizado inmediatamente antes de amamantar. La aceptación de la leche materna por el lactante puede verse afectada si la tetada ocurre poco después de un ejercicio intenso. Un remedio obvio es que la atleta cambie sus horarios de entrenamiento si desea hacerlo a alta intensidad. Una solución más factible es la de usar una bomba mamaria, ya que permitirá a la atleta púrpura mayor flexibilidad con los horarios de entrenamiento y alimentación, y debería dar como resultado una experiencia más cómoda del ejercicio si sus mamas no están llenas.

También se deberían adaptar algunas prendas de vestir para hacer más cómodo el ejercicio.

Conclusiones.

La calidad y cantidad de leche materna no varía con el ejercicio físico intenso.

Algunas atletas pueden considerar la LM como una barrera para el retorno a la competición, dudando entre la posibilidad de lactar o no. Sin embargo, hay pocos estudios dedicados a este tema y no hay resultados determinantes. Desde un punto de vista clínico, la charla con un profesional de apoyo a la lactancia durante el posparto tal vez fuese beneficiosa para la atleta.

P013

La Lactancia en Tándem y el Crecimiento del Recién Nacido

María Florenciano Meseguer; María Tabata Rios del Solo; María del Carmen Moñino Martínez; Marcos Camachos Ávila; Sandra Rodríguez Villa.

Antecedentes y objetivos

Tras el descenso de la lactancia materna experimentado en las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y combinada con alimentación complementaria hasta los dos años o más. Este hecho, junto con el retraso de la maternidad y el aumento progresivo de la inmigración hace que el periodo intergenésico aconsejado de dos años disminuya.

El conflicto se plantea cuando una mujer que está lactando se queda embarazada surgiéndole la duda de si debe interrumpir o no la lactancia y en caso de no hacerlo si cuando nazca el bebe puede o no amamantar a sus hijos en tandem o debe destetar al mayor. Conocer las evidencias científicas existentes sobre la lactancia en tandem para proporcionar una recomendación fidedigna a la mujer es obligación y responsabilidad de la matrona.

Analizar la bibliografía relacionada con la lactancia en tandem.

Comprobar si existen modificaciones en el desarrollo de los niños alimentados en tandem en relación con los niños no alimentados en tandem.

Material y método.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos SCIENCE DIRECT, CUIDEN, MEDLINE y BMJ. Utilizando las palabras clave: lactancia materna, lactancia en tandem, embarazo y crecimiento.

Resultados.

Los estudios científicos realizados al respecto no aportan una evidencia clara con relación a este tema. Marcos-Verd, exponen en sus investigaciones la existencia de un aumento de peso en recién nacidos con lactancia en tandem. Sin embargo en Marquis los resultados son contrarios apuntando una disminución de peso en estos recién nacidos alimentados con lactancia en tandem, aunque señalan a la existencia de posibles problemas de confusión en su población.

Conclusiones

No existe una evidencia científica a cerca de si la lactancia en tandem es perjudicial o no en el desarrollo del recién nacido. Por tanto la última decisión de continuar lactando será de la mujer.

Como profesionales debemos respetar la decisión de la mujer, e incentivar la investigación para conseguir una matronería basada en la evidencia. De esta forma podremos dar información fidedigna a la mujer y su entorno.

P014

¿Es la Lactancia en Tándem Causa de Pérdida de Peso Materno Durante el Embarazo?

Ana Morillo Ortega; Inma Pablos Rodríguez; Dolors Miralles Figueres; Emili Fos Escrivà.

Antecedentes:

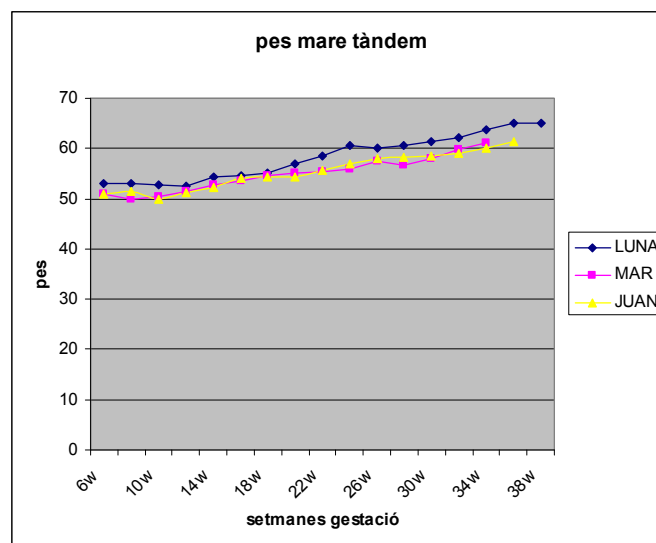
Existe poca bibliografía acerca de lactancia y embarazo, y nada relacionado al tándem y embarazo. Aunque uno de los indicadores médicos de destete durante el embarazo es falta de aumento de peso corporal materno adecuado

Caso clínico:

En nuestra consulta de pediatría una madre embarazada consiguió una lactancia en tándem a dos niñas de 3 y de 18 meses hasta su cuarto mes de embarazo y la causa de destete fue el dolor insostenible del pecho. Aprovechamos este caso para analizar si la curva ponderal de la madre embarazada se veía afectada por la lactancia en tandem. Para ello analizamos las curvas ponderales de sus tres embarazos, objetivando:

Sólo en el primer embarazo hubo una ganancia superior 1-2 kg

No hay diferencia entre el 2º y 3º embarazo



Comentarios:

En este caso no se puede afirmar que la lactancia en tandem influya sobre la curva ponderal materna y/o el crecimiento del feto y que esa diferencia de ganancia en el primero con respecto a los siguientes puede ser atribuida simplemente al desgaste de la crianza y el trabajo laboral. Aunque la madre tenía buenas condiciones tanto físicas como psíquicas (experiencia, conocimientos, aptitudes...) para lactar a sus tres hijos, el dolor superó la ilusión. Actualmente sigue lactando solo a su tercer hijo.

P015

Espectro Calórico de la Leche Humana Donada al Banco de Leche del Hospital 12 de Octubre

Clara Alonso Días; Sara Vázquez; Sonia Caserio; María López; Maite Moral; Elena Bergon; Elena Infante; Ana Melgar; María Samaniego; María del Mar Medina López.

Antecedentes y objetivos

La leche humana es una mezcla homogénea de tres fases: la fracción emulsión, que son glóbulos de grasa, la fracción suspensión (micelas de caseína) y la fracción solución, formada por componentes hidrosolubles, entre los que se encuentran las inmunoglobulinas, las proteínas del suero, los carbohidratos y los minerales. A lo largo de la lactancia e incluso a lo largo de una toma la composición varía con una distinta proporción de estos elementos.

El objetivo de este trabajo es analizar el espectro calórico de la leche donada a un Banco de Leche Humana y relacionarlo con el momento de la lactancia en el que ha sido extraída.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se analizaron las calorías de la leche donada a un Banco de Leche Humana desde enero a diciembre de 2008. El crematócrito es la técnica analítica que determina el porcentaje de crema de la leche (porción superficial obtenida a partir de la centrifugación), permitiendo el cálculo del contenido energético mediante una fórmula matemática. La leche se clasificó como calostro (7 primeros días tras el parto), leche intermedia (entre lo 8 y 21 días) y leche madura (> 21 días tras el parto) según el momento de la extracción. Además se consideró leche pretérmino o término dependiendo de si la leche se extrajo antes o después de la 37 semana de edad corregida.

Resultados

Las calorías de la leche madura término variaron de 416 a 953 kcal/l (media 690 kcal/l), la leche madura pretérmino de 634 a 759 kcal/l (media 683 kcal/l), la leche intermedia de 558 a 774 kcal/l (media 664 kcal/l) y el calostro de 490 a 742 kcal/l (media 638 kcal/l).

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en el espectro calórico de la leche donada pudiendo permitir una selección de la leche a administrar según las necesidades del paciente. El calostro contiene menor contenido energético, probablemente por su mayor contenido en sustancias hidrosolubles como inmunoglobulinas.

P016

Bancos de Leche Materna en España

Rosana Espuig Sebastián; Ana María Navío Ruiz.

Introducción:

La lactancia natural es el mejor alimento para cualquier niño, especialmente si está enfermo o es prematuro. Después de la leche de su propia madre la leche humana donada es la mejor opción para estos bebés. Desde julio de 2001, la fundació de Sang i Teixits de les Illes Balears dispone del primer Banco de Leche Materna de España, a él se sumó el 17 de diciembre de 2007 el Banco de Leche Humana del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Objetivos:

Con objeto del próximo congreso de lactancia que se celebrará en Murcia, queremos promocionar los Bancos de Leche Materna en España, sensibilizar a profesionales y madres que acudan al congreso, así como dar a conocer en qué consiste ser donante, los beneficios de dicho acto altruista y cómo se realiza la selección y recogida de la leche.

Resumen:

¿Qué es un Banco de Leche Humana?

Es un centro especializado donde la leche donada por algunas madres se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye según indicación médica, a niños que no pueden recibirla de sus propias madres.

¿Quién puede ser donante?

Las madres sanas y con un estilo de vida saludable, que estén amamantando a su hijo y quieran donar parte de su leche de forma voluntaria y altruista.

P017

¿Conservar en Plástico o Vidrio? Esto Huele a Leche

Juan Antonio Ortega García; María Trinidad López Fernández; Encarna Pastor Torres; Mónica Esquerdo Laib; Miguel Felipe Sánchez Saucó; María Espín Olmo; Sofia Ardanaz Jorroto; Juan José Quesada López.

Antecedentes:

En la comunidad científica existe una creciente preocupación sobre los efectos especialmente reproductivos de algunos compuestos relacionados con el almacenamiento de alimentos en plásticos (por ejemplo ftalatos y el bisfenol A). Muchas madres almacenan la leche extraída en contenedores de plástico. Uno de los más comunes incluso en hospitales son los envases para recogidas de muestras (duquesitas).

La seguridad alimentaria considera no solo los aspectos de seguridad química, sino que también incorpora aspectos de calidad relacionados con la conservación de las características organolépticas en las que el olor de los alimentos es fundamental.

Objetivo

Estudiar la respuesta de las madres y recién nacidos sobre el olor y sabor de la leche materna almacenada en vidrio y plástico.

Método

Ensayo clínico a triple ciego en 20 parejas madre lactante-recién nacido. Recogida de una muestra de leche en madres lactantes almacenada en dos contenedores distintos durante 3 días en frigorífico.

Estudio de identificación de contenedores en la madre con presentación neutra sobre cucharilla. Respuesta del lactante al estímulo olfatorio (gasa esteril) y gustativo (cucharilla).

Resultados

Todas las madres referían la almacenada en vidrio como la de mejor olor (esto huele a leche fue el comentario del 80% de las madres), además identificaban el recipiente de conservación (vidrio y el de plástico). En el niño están en fase de análisis en el momento de envío de la comunicación.

Conclusiones

Parece que la leche almacenada en vidrio mantiene mejor las características organolépticas de la leche. La leche materna debería ser conservada en recipientes de vidrio.

P018

Políticas y Estrategias en la Última Década para el Apoyo de la Lactancia Materna

Estefanía Jurado García; Francisca Baena Antequera.

En nuestro programa de formación como enfermeras residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología hemos tomado conciencia de la gran importancia de la práctica de la lactancia materna y de nuestro papel en favorecerla.

Pero una promoción de la salud tan claramente beneficiosa se tiene que valer necesariamente de un gran apoyo institucional que ayude a la labor de los profesionales a modificar los hábitos de salud y estilos de vida. Ha sido al indagar sobre dicho apoyo cuando hemos comprobado la larga trayectoria que en este campo existe, pudiendo diferenciar políticas desarrolladas a nivel mundial, europeo, nacional y el más cercano a nuestro quehacer diario.

Realizamos una búsqueda en la red informática analizando los distintos ámbitos y recopilando las propuestas e intervenciones llevadas a cabo en la última década. También hemos consultado bibliografía en diferentes formatos como son libros y folletos.

Al recapitular dichas estrategias en nuestra comunicación de forma de poster no sólo queremos darlas a conocer sino que también reflexionemos y nos preguntemos acerca de la utilidad y antigüedad de estas políticas para vislumbrar la directriz de las mismas en un futuro.

Tenemos la intuición de que este reto asumido a todos los niveles anteriormente citados es ampliamente desconocido para la mayoría de los profesionales y usuarios. Por eso hemos propuesto un eslogan especialmente dirigido a estos últimos que refleja la universalidad del apoyo a la lactancia materna: “¿No le darías lo mejor del mundo a tu hijo?”.

P019

Diseño de Estrategia de Implantación de Programa de Calidad sobre Lactancia Materna. Utilidad del Análisis de Campos de Fuerza

Teodoro José Martínez Arán; Lidia Florencia Robles Rodríguez; Rosario López-Sánchez Sánchez; Juana Encarna Olmo Navarro.

Antecedentes y objetivos:

Nuestra área de Salud se planteó la necesidad de diseñar un programa de calidad sobre lactancia materna. Previo a su diseño y desarrollo, se realizó un estudio para valorar los factores que podrían favorecer la implantación de la innovación, y aquellos que se opondrían a los cambios propuestos.

Material y métodos:

Se escogieron profesionales de todas las categorías, implicados en cada uno de los momentos de interacción de la madre gestante, y posterior binomio madre-lactante, con el sistema sanitario, en los distintos niveles asistenciales (atención primaria y especializada). Mediante la metodología del Análisis de Campos de Fuerza, se identificaron los principales factores que apoyarían el plan de mejora de calidad en lactancia, y los factores que dificultarían la implantación del citado plan. Posteriormente, se eligieron los principales factores modificables para diseñar la estrategia de implantación.

Resultados:

Los factores favorecedores del plan de calidad elegidos para nuestra área fueron la motivación de los profesionales, y la concienciación social creciente de la población sobre la bondad de la lactancia natural. Los principales factores en contra fueron los mensajes contradictorios que los usuarios recibían de distintos profesionales, y el desánimo que los profesionales con buena praxis sufren, al no apreciar la rentabilidad de sus esfuerzos. La estrategia de implantación elegida, basada en estos factores, fue aprovechar la guía de la IHAN, comenzando por la formación de los profesionales para evitar los malos consejos. Además, se diseñó un sistema de vigilancia epidemiológica sobre lactancia permanente, con publicidad periódica de resultados. Por último, se potenciará la participación de los profesionales en eventos relacionados con la lactancia materna, para fomentar el intercambio de experiencias y la proyección profesional.

Conclusiones:

La metodología de la gestión de la calidad sanitaria puede ayudar a adaptar las recomendaciones genéricas de la IHAN a las necesidades concretas temporales de cada área aspirante al galardón, favoreciendo la adhesión de los profesionales a la misma y previendo algunas de las dificultades que podrían encontrarse en el camino.

P020

Talleres de Habilidades. Clave para el Fomento de la Lactancia Materna

María del Socorro Arnedillo Sánchez; María José Romero Pineda.

Antecedentes

En España en general y en nuestra Área en particular, aunque se mantienen tasas de inicio de LM elevadas aún no se han alcanzado los niveles de inicio de LM, de prevalencia de LM completa, y de continuación a los tres y seis meses recomendados por la OMS.

Objetivo

Aumentar la prevalencia de la lactancia materna

Hipótesis General

“La educación sanitaria en el embarazo y puerperio encaminada a desarrollar habilidades para capacitar a las madres a amamantar constituyen un método efectivo de fomento de la LM”

Diseño Metodológico

Estudio experimental, intergrupo, multivariado, longitudinal y prospectivo. Se trabajará con dos grupos de primigestas incluidas en el programa de embarazo de su centro de salud elegidas por muestreo aleatorio sistemático. En el grupo control se llevaron a cabo los cuidados habituales del programa. El grupo experimental recibirá el programa de Intervención para fomento de la LM-Talleres.

Variables Metodológicas

Variables independientes

- Programa de fomento mediante talleres de LM previa al parto y en el puerperio.

Variables dependientes:

- Prevalencia de Lactancia Materna de inicio.
- Prevalencia de Lactancia Materna a las 24 horas.
- Prevalencia de Lactancia Materna Completa a los 3 y 6 meses.
- Duración de la Lactancia Materna Complementaria.

Definición y Operativización de las variables:

Variables independientes

→programa de fomento de la LM talleres Talleres en atención primaria impartidos por matronas desde el 8 mes de embarazo a los 15 días de vida del RN. Que consistirá en 4 talleres teórico-prácticos centrados en capacitar a la mujer para amamantar mediante la adquisición de habilidades y actitudes.

Taller 1.Yo también podré

Taller 2 Dar de mamar

Taller 3 Cuidados de la mama

Taller 4: Tu salud y la de tu bebé.

Población de estudio:

Primigestas, incluidas en el programa de embarazo a partir de las 35 semanas de gestación; con teléfono de contacto.

Recogida de datos

Se realizará mediante entrevista y registro en un cuestionario/ hoja de registro durante el taller en el puerperio y mediante llamadas telefónicas al mes, tres, y seis meses del parto.

P021

Estrategia Educativa con Métodos Activos para Fomentar la Lactancia Materna en Embarazadas

Isaimis Serrano Roque.

Antecedentes.

En los últimos años la leche materna ha sido ampliamente desplazada en todo el mundo por productos suplementarios. Esto tuvo como consecuencias que los niños no amamantados lo suficiente, se enferman con más frecuencia y mayor gravedad. La superioridad de la lactancia materna respecto a otros métodos de alimentación es bien conocida por sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas.

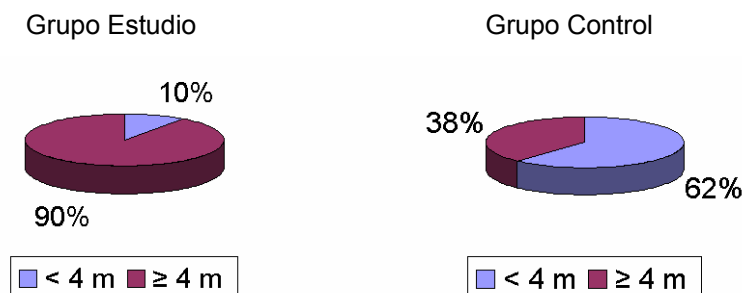
Objetivos.

El presente trabajo está orientado a diseñar un Programa Educativo sobre lactancia materna para ser aplicado a las embarazadas pertenecientes a un grupo básico de trabajo, mediante la utilización de técnicas novedosas de participación para fomentar la lactancia materna con el fin de incrementarla de forma exclusiva en los primeros 4 meses de vida del lactante.

Métodos

Se abordó un estudio de intervención donde el universo estuvo conformado por 150 gestantes y se desarrolló durante un período de 10 meses entre finales del año 2007 y principios del año 2008. Consistió en la instrucción de las gestantes sobre las ventajas y beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) a través de métodos activos. Participaron en las actividades educativas, integrando el Grupo Estudio, 50 embarazadas; y formaron parte del Grupo Control 100 embarazadas, las cuales no participaron en dichas actividades. Se confeccionó un Plan Educativo y un modelo de encuesta, que se aplicó a las madres.

Resultados



LME según estrategia educativa y tiempo de duración en meses.

Las técnicas novedosas aplicadas a las embarazadas pertenecientes al Grupo Estudio favorecieron la LME durante 4 meses o más, no observándose así en el Grupo Control.

Predominó la LME en las madres que recibieron las técnicas participativas y que pertenecieron al grupo de edades comprendido entre 20 y 24 años.

Conclusiones

El Programa Educativo diseñado en aras de fomentar la LME produjo resultados alentadores dentro del grupo de gestantes donde fue implementado. La educación y la instrucción en este sentido dirigida a las gestantes jóvenes en particular, ha mostrado lo oportuno y necesario de este esfuerzo.

P022

Promoción Hospitalaria de la Lactancia Materna

Cirila Cediél Altares; Mar Baz Paniagua; Sara Del Dujo Pérez.

La política hospitalaria con respecto a la lactancia materna (LM) y la actitud de los profesionales de los servicios de maternidad y neonatología de los hospitales son fundamentales tanto para el inicio de dicha alimentación como para el mantenimiento de la misma, ya que una primera experiencia de lactancia satisfactoria para las mujeres tiene un impacto crucial para la continuidad de la lactancia

Se ha podido constatar un aumento en los índices de lactancia de distintos hospitales que siguen como referencia la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños" (IHAN), existiendo evidencia científica de las ventajas que suponen estas recomendaciones para el éxito de la LM

Con el objetivo de promover prácticas hospitalarias que favorezcan y apoyen el inicio y mantenimiento de la LM y evitar aquellas que interfieran con la misma se fundó, en el año 2004, la comisión de LM en nuestro hospital, de carácter multidisciplinar.

Las actividades propuestas por parte de la comisión para la promoción de la LM han sido:

1. Elaboración del protocolo de LM del hospital
2. Retirada de propaganda/carteles relacionados con la lactancia artificial
3. Coordinación y realización de un curso anual sobre LM.
4. Concurso fotográfico en el año 2006
5. Instauración de Contacto Piel-Piel ininterrumpido en embarazos y partos de bajo riesgo posponiéndose hasta pasado el periodo sensitivo la realización de prácticas necesarias pero no urgentes
6. No separación madre-hijo en casos de patología neonatal que no requiera ingreso urgente.
7. Ampliación del horario en la Unidad de neonatología.
8. Restricción en el empleo de chupetes y sucedáneos, y administración de los mismos mediante métodos que no interfieren con el mecanismo de succión.
9. Celebración de la semana mundial de la LM, año 2008.
10. Creación de grupo de apoyo de madres lactantes en coordinación con primaria.

Conclusiones

Desde el funcionamiento de la comisión de LM, se ha observado un ligero incremento en las tasas de lactancia materna en nuestro área de influencia, de manera que para en el año 2004 la tasa de Lactancia materna exclusiva(LME) al alta rondaba el 63, 8% y para el año 2007 73,4%

P023

La Lactancia Materna en Diez Pasos

María Mercedes Ortiz Otero; Olga Marinero Rojas; Pablo Serrano Balazote; María José Rivero Martín.

Introducción.

Existen importantes bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo. Por ello, nuestro hospital realizó una serie de cambios y mejoras necesarias en la maternidad para lograr un ambiente propicio para la lactancia materna, siguiendo las instrucciones y recomendaciones del Comité conjunto OMS-UNICEF, acerca de la Lactancia Materna.

Objetivos.

Unificar la información que reciben las madres y embarazadas, sobre las bondades de la lactancia materna y su importancia en la salud del niño.

Capacitar y formar al personal sanitario relacionado con la maternidad, en todos los aspectos relacionados con el fomento y resolución de posibles problemas de la lactancia materna.

Apoyo específico, a las madres que presentan especiales dificultades para la lactancia, como el niño hospitalizado.

La obtención de la Acreditación "Hospital Amigo de los Niños" de UNICEF, como un medio para poder lograr los objetivos anteriores, como un control de calidad de las actuaciones que se realizan y para aumentar en lo posible la tasa y duración de la Lactancia Materna.

Metodología.

El proyecto fue llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, compuesto por profesionales sanitarios del hospital y de Atención Primaria (AP), la Dirección del hospital, se implicó totalmente en el proyecto. Se contactó con la organización UNICEF, para iniciar la acreditación del prestigioso galardón "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños".

Resultados

Se solicitó formalmente la acreditación a "INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS" (IAHN) de UNICEF, teniendo lugar una 1ª evaluación en enero de 2006, quedándonos pendientes de mejora, en los pasos 3 y 10. Se trabajó para superar estos pasos, protocolizando la información a la embarazada y puerperio y estableciendo grupos de apoyo para el inicio de actividades. En mayo de 2006, solicitamos nuevamente la segunda evaluación, siendo en esta ocasión CONSEGUIDA LA ACREDITACIÓN.

Conclusiones.

1. La acreditación IHAN, es un modo de promover la Lactancia Materna.
2. Es imprescindible un equipo multidisciplinar, comprometido y convencido para que trabaje apoyando a la lactancia materna.

3. La implicación y apoyo de la Dirección del hospital, es imprescindible para poder obtener los logros.
4. Es necesaria una estrecha colaboración entre el hospital y AP.
5. La experiencia puede ser muy útil para otros centros hospitalarios que deseen iniciar este camino.

P024

Humanización de las Cesáreas. Situación en un Hospital

Paula Lalaguna Mallada; Matilde Bustillo Alonso; María José Calvo Aguilar; Sara Defior Santamaría; Concepción Lumbierres Subías; Julia Minguez Sorio.

El contacto piel con piel (CPP) tras el parto y el amamantamiento precoz favorecen el establecimiento y la duración de la lactancia. En las cesáreas, existen dificultades añadidas porque la separación madre-recién nacido es lo habitual. En nuestro hospital se está modificando esta práctica aplicando el CPP en quirófano, evitando la separación y facilitando la participación de los padres.

Objetivo:

Revisar nuestro trabajo. Valorar el grado de satisfacción de las madres y padres, así como proponer puntos de mejora.

Material y métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo mediante encuesta telefónica a las mujeres de las cesáreas realizadas entre junio y noviembre 2008. Se recogieron datos sobre cómo se realizó CPP, el tiempo hasta la primera toma y el tipo de lactancia al alta. También una valoración de la experiencia por parte de las madres y sugerencias de mejora.

Resultados:

Durante el periodo de estudio hubo 317 partos, de los cuales 69 (21.7%) fueron cesáreas. Se han incluido 63 casos. El tipo de anestesia fue general o epidural con sedación en 13 (21%) y epidural en 50 (79%), de éstas, en 39 (78%) se hizo CPP en quirófano (tiempo medio de 15±10 min). Estuvieron en la sala de reanimación con la madre 13 de los 63 recién nacidos (20.6%). El padre tuvo al niño en CPP en 38 casos (76%). No se separaron de la madre 9 niños (1,3%) y 12 se ingresaron por diversas causas. El tiempo medio hasta la primera toma fue 138±65 min. La lactancia al alta fue materna exclusiva en 44 (69.84%), en 7 artificial (11,11%) y 12 tomaron algún suplemento de LA (19%). Todas las madres que realizaron CPP lo valoraron como una experiencia muy positiva, así como los padres que expresaron su satisfacción por sentirse partícipes. Nota media de 4,5 sobre 5.

Conclusiones:

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar contacto piel con piel en quirófano. Es necesaria la formación y motivación de todos los servicios. En nuestro hospital se ha llevado a cabo un gran cambio en la atención a las madres y recién nacidos disminuyendo el ingreso de los niños en la unidad neonatal.

El inicio de la lactancia sigue siendo tardío por lo que debemos poner los medios para acortar este tiempo.

P025

Implantación del Contacto Precoz en los Nacimientos por Cesárea

Rosa María Piñeiro Albero; Pedro Villa Maldonado; José María Olivares Morales; Agueda Ferrando Menor; Luisa María Muñoz Mendieta; Martín Palao Carpena; Gema Rubio Postigo; María Carrion Huesca; Javier Egea García; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivo.

El contacto precoz durante las cesáreas es un criterio de calidad tanto de la IHAN como de la estrategia del parto normal (EPN). Sin embargo este criterio es el que mayor número de incumplimientos observamos a pesar del compromiso de nuestro hospital con la IHAN y la estrategia del parto normal. El objetivo de este trabajo es describir el proceso de diseño de este proceso.

Material y métodos. Estudio de diseño metodológico.

Búsqueda bibliográfica y consulta de documentos clave relacionados con la IHAN y la EPN, como guía para diseñar el proceso y establecer los indicadores de proceso y resultado.

Técnicas para estructurar la información en formato: QUÉ, QUIEN, DONDE, COMO Y CUANDO y de graficación como flujogramas.

Grupos de discusión y consenso con el equipo directivo y responsables de los diferentes servicios implicados.

Diseño concurrente del sistema de información adaptado para monitorizar los indicadores de proceso y resultado de esta actividad.

Resultados.

Documento consensado donde se reflejan todas las actividades y procedimientos necesarios para implantar el proceso. Flujograma para obtener una visión global del proceso. Fig 1.

Se ha logrado el consenso de todos los servicios implicados, estableciendo una serie de indicadores que nos permitirán evaluar el grado de implantación: % de contactos piel-piel en cesáreas no generales, % de no contactos no sujetos a protocolo, % de no contacto por decisión materna, % de inicio de la primera toma en la primera hora, % de madres informadas.

Discusión.

La implantación de este tipo de actividades, que afectan a varias unidades y servicios, requieren una activa implicación de todos los responsables de las unidades clínicas, así como un claro posicionamiento del equipo directivo.

El diseño concurrente con el sistema de información junto con la utilización de diferentes técnicas de graficación facilitan la puesta en marcha de estas actividades y su control.

P026

Cesárea Programada en Alojamiento Conjunto. Promoción de la Lactancia Materna

Rosario Rodríguez Román; Carmen Alfaya Sanchez; Carmen Barbero Martín; Josefa Rasero Barragán; Emilia Fernandez Jimenez; Amparo Urbina Arrospide.

Introducción

El Plan de Calidad del Servicio Nacional de Salud-Ministerio de Sanidad y Consumo recomienda contacto precoz y permanente madre-hijo como mejores prácticas de atención al parto normalizado.

Iniciamos un proyecto para que este proceso sea extensivo en cesáreas programadas, evitando la separación madre/hijo, mejorando la calidad asistencial ofrecida y facilitando acceso a la persona acompañante.

Objetivos

Proteger derechos fundamentales madre-hijo.

Adaptar las prácticas asistenciales que garanticen el desarrollo óptimo del recién nacido (RN) y su estabilidad.

Fomentar el vínculo.

Favorecer el inicio de la LM.

Desarrollo de la actividad en reanimación obstétrica

Cesáreas programadas seleccionadas por el ginecólogo, basado en la inexistencia de riesgos y complicaciones para el binomio madre-hijo.

Se explica a los padres cómo acceder a este programa y se pide consentimiento informado.

Se informa a los profesionales (quirófano, reanimación, neonatos). en reanimación se prepara un box donde los padres puedan estar con su bebé en todo momento.

La paciente llega a reanimación acompañada de su hijo (en el traslado va en brazos del padre o en la cama con la madre).

Se eleva ligeramente la cama y los electrodos de la monitorización poniéndose lo más alejados posibles de la región torácica, poniendo a continuación al niño en contacto con la madre piel con piel y tratando de mantenerles los mayores tiempos juntos.

Se coloca a la madre en una postura lo más confortable posible al estar todavía bajo los efectos de la anestesia regional.

Este procedimiento está supervisado, a veces, por una enfermera consultora de lactancia.

La profilaxis del recién nacido se retrasa pasadas las dos primeras horas, coincidiendo con la vigilancia del útero y la realización de analítica de control a la madre. el padre trasladará al niño al neonatología (área de transición) para la profilaxis del recién nacido.

Si existiera algún problema relacionado con el RN, el personal de reanimación llamará a neonatología para evaluar la situación.

Conclusión

Iniciamos una transformación imparable que mejorará la calidad asistencial ofrecida a madres con cesárea ingresadas en reanimación obstétrica.

Es importante la concienciación y formación de los profesionales implicados así como el apoyo institucional

P027

Quiero Seguir con mi Mamá. Lactancia Materna tras una Cesárea.

María Salomé Andújar Bellón; José Valero Roncero; Carolina Barriga González; Raquel Ramos Sánchez-Miranda; Purificación Aguilera Musso; Encarnación Sánchez Alarcón.

Antecedentes y objetivos:

La lactancia materna se puede iniciar durante la primera hora de vida del recién nacido, incluso si éste ha nacido por cesárea. No existe ningún motivo médico que justifique el que a los bebés se les mantenga en observación, alejados de sus padres, durante las primeras horas post-cesárea, como se realiza rutinariamente en numerosos hospitales españoles.

Material y métodos:

Para llevar a cabo nuestro objetivo los esfuerzos han ido encaminados a establecer una estrecha comunicación con atención primaria y con los equipos de obstetricia, pediatría, anestesia y reanimación de nuestro hospital, acerca de la necesidad de que madre e hijo sigan juntos tras la cesárea. Tras la valoración del pediatra, el recién nacido se queda con su madre en la sala de reanimación, donde la matrona y otros profesionales fomentan el vínculo madre-hijo y la lactancia materna.

Resultados:

Desde hace ya varios meses, numerosos padres han podido disfrutar al permanecer junto a su bebé a pesar de haber nacido mediante cesárea. En la sala de reanimación el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna, no sólo ayuda a la recuperación del útero o a la protección del niño frente a infecciones, sino que permite a muchas madres recuperar la confianza en su cuerpo y la autoestima. El cansancio, la fatiga o la postura pueden dificultar el amamantamiento después de la cesárea, pero la presencia del padre como apoyo, y la ayuda de unos profesionales comprometidos hace que los resultados hayan sido los esperados.

Conclusiones:

Se puede lograr que la cesárea sea respetuosa con la madre y el recién nacido, permitiendo la presencia del padre u otro acompañante, utilizando anestesia epidural, tratando a la mujer con cariño y explicándole todo lo que sucede a su alrededor. En la mayoría de las cesáreas la lactancia se puede iniciar durante la primera hora tras la intervención, y madre e hijo no deben ser separados por sistema.

P028

Camino Hacia un Sueño. Implementación del Contacto Piel con Piel

Laura Moreno Mira; Cristóbal Rengel Díaz; María Antonia Blanca Morgado; Francisco Morales Bedoya; Carmen Mallorga Jiménez; Rafael Ruiz Serrato.

Introducción

Hace alrededor de tres años, se tomó la firme decisión de instaurar la Lactancia materna precoz, en la sala de partos de nuestro hospital. Iniciativa que hoy por hoy, se encuentra ampliada al contacto piel con piel tras el nacimiento.

Objetivo inicial

Lactancia Materna Precoz en RN a término que presenten un apgar de 9/10, rpm de menos de 24 horas, EGB (-), peso de 2.500gr, a 4000gr. gestación controlada

Objetivo actual

Contacto Piel con Piel en RN en los casos ya mencionados en el objetivo inicial y en todos aquellos casos que saliendo de los parámetros mencionados, contáramos con la autorización del neonatólogo de guardia tras revisión del RN (incluyendo tocurgia obstétrica y cesárea y lactancias artificiales).

Actividades

Reuniones de equipo para informar al personal de sala de partos, nidos y planta de puérperas.

Talleres para la formación y reciclaje del personal de la sala de partos, nidos y planta de puérperas.

Asistencia a congresos, cursos y encuentros de lactancia materna por parte del personal.

Rotaciones en hospitales galardonados por la IHAN.

Justificación

Este proyecto no sólo surge como un paso más, dentro de los planes de humanización del parto en nuestros hospitales, por parte de las autoridades sanitarias, sino de la necesidad acuciante de recuperar una tradición ancestral perdida.

P030

Impacto de la Educación Sanitaria en el Hospital Comarcal del Noroeste: Posibles Obstáculos

Juana Encarna Olmo Navarro; Rosario López-Sánchez Sánchez; Dolores Lozan Martínez.

Antecedentes y objetivos:

De la encuesta realizada por la EMCA en el primer semestre de 2008, obtenemos una serie de datos referidos a la información que reciben las mujeres durante su estancia hospitalaria y el sentir de éstas ante la presencia a cualquier hora de las visitas, puesto que es un hospital de "puertas abiertas". Queremos conocer cómo pueden influir estos factores en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Material y método:

Estudio descriptivo transversal. La población estudiada son las mujeres que dieron a luz en el primer semestre de 2008 en nuestro hospital. Se realiza encuesta telefónica que incluye las variables: información sobre la alimentación del recién nacido en paritorio, la planta de maternidad y al alta; información sobre los cuidados de la madre referidos a la lactancia y la posible influencia de la visitas en la lactancia materna.

Resultados:

En la encuesta realizada por la EMCA refleja como datos más relevantes que el 58,1% reciben una explicación clara sobre los cuidados y alimentación del recién nacido al llegar a la planta, al 76,7 % le explicaron con claridad los cuidados de la madre al alta y al 86,7% los del recién nacido; en cuanto a las visitas a un 70% no le resultaban molestas. Los resultados obtenidos referidos a la influencia sobre la lactancia materna están en periodo de análisis (analizados para finales de enero).

Conclusiones:

La información precisa en cuanto a la alimentación del recién nacido mejora las tasas y la duración de lactancia materna y creemos que las visitas durante los primeros días de puerperio pueden influir negativamente en ésta.

P031

Estrategias para Fomentar la Lactancia Materna en la Unidad de Puerperio

María Rosa González Lorca; Rubén Jimenez González; María del Carmen Martín Rojano; Paloma Trillo López; María Subires López; Antonia Nuñez Díaz.

Introducción

El personal de enfermería constituye el principal vehículo de motivación y apoyo en el comienzo e instauración de una LM eficaz dentro del proceso perinatal además de hacer partícipes a los padres para su continuidad en el domicilio

Objetivos

- 1) Unificar los criterios profesionales y disminuir la variabilidad de la práctica enfermera en la LM en nuestra unidad: Actualización profesional y homogeneización de nuestros cuidados.
- 2) Promoción de la LM eficaz: Educación y accesibilidad.
- 3) Inicio precoz del amamantamiento
- 4) Prolongar la lactancia materna en el tiempo idóneo aconsejado por la OMS: No inferior a 6 meses.
- 5) Favorecer la lactancia materna de madres con RN ingresados.
- 6) Continuidad de cuidados: Realización y envío de ICCA (Informe de continuidad de cuidados al alta) a AP. Comunicación Interniveles.

Metodología

Ponemos en marcha distintas líneas de actuación para mejorar y prolongar la lactancia materna.

Formación de los profesionales del puerperio mediante cursos (participación en talleres de lactancia materna, jornadas perinatales, celebración de mesa redonda sobre LM...)

- Coordinación entre AP y AE: Organizamos dos reuniones anuales con personal de centro de salud con el fin de unificar criterios.
- La DUE referente valora las necesidades y establece diagnósticos, NIC y NOC al ingreso de la madre y RN, así como al alta.
- Acciones info-formativas a la acogida del RN en la unidad y puesta precoz al pecho: Enseñanza de posturas, horarios, corrección de falsos mitos, etc. Entregamos documentación: Trípticos de recomendaciones del puerperio, documento salud infantil.
- Implicar a la madre y cuidadores en la LM: Formación a través de talleres individuales para favorecer un proceso más humano y natural previniendo complicaciones (grietas, abandono...)
- Realización ICCA y envío a AP para mantener la continuidad de los cuidados en su domicilio.
- Creación de un lactario en cada planta puerperal para extracción mecánica de leche materna favoreciendo la lactancia natural en RN ingresados en los cuales no es posible el amamantamiento.

- Algunos profesionales están realizando trabajos de investigación sobre este proceso: Práctica enfermera basada en la evidencia,
- Tenemos previstas reuniones con las madres para una puesta en común de sus impresiones en el servicio con el fin de mejorar nuestra actuación.

Resultados

Tras la puesta en marcha de estas estrategias en nuestra práctica enfermera observamos:

- El aumento de conocimientos, un mayor interés e implicación de los profesionales en la LM.
- La educación de los padres y cuidadores se transforma en una disminución de la ansiedad, ya que amamantan a su RN con más confianza que cuando ingresaron.
- Tras la coordinación con AP detectamos una mayor duración y mejora del periodo de lactancia materna en aquellas mujeres que han sido objetivo de nuestras líneas de actuación.

Conclusiones

- 1- Una adecuada formación y reciclaje del personal sanitario se ve reflejada en una mejora de la práctica enfermera y una mayor satisfacción de púerperas y cuidadores.
- 2- En nuestra unidad conseguimos que los padres se responsabilicen de la LM, disminuyendo la lactancia mixta y minimizando la inhibición de LM.
- 3- El trabajo multidisciplinar de educación sobre LM en el puerperio favorece su prolongación y mejora.
- 4- En este proceso nos encontramos con dificultades como la sobrecarga laboral, la resistencia al cambio de algunos profesionales, falta de apoyo familiar a las madres, anteposición de la estética a la lactancia.

P032

Estancia de las Puérperas en un Hospital Universitario

Cristina Romero Lirio; Elisa Sánchez Torres; Sonia Sevane Vega; Crescencia Tevar López; Dolores Vargas Crespo; Trinidad España Moscoso.

Resumen:

Es indiscutible la importancia de fomentar el vínculo materno-infantil desde el momento del nacimiento. El ingreso conjunto, el contacto piel con piel, el método canguro y el apoyo del personal multidisciplinar especializado hacen que se puedan llevar a cabo.

Nuestro hospital tiene una política por escrito que lo promueve.

Antecedentes:

La sociedad industrializada y la creación de maternidades han provocado una serie de conductas y creencias erróneas como:

- Separación madre-hijo tras el parto.
- Exclusión de la participación del padre en los cuidados materno-infantiles.
- Inmovilidad de la madre.
- Aplicación de cuidados a recién nacidos por terceras personas en el Nido.
- Administración de biberones y sueros glucosados.
- Horarios estrictos.
- Falta de información y formación por parte de los profesionales.

Gracias a la política establecida por la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, se han puesto en marcha medidas para cambiar estos datos tan arraigados.

Metodología:

En nuestra Maternidad, en ningún momento se produce la separación del núcleo familiar.

Durante las 48 horas que dura el ingreso permanecen juntos en la habitación, realizando en ellas las actividades de enfermería como:

- Explicación a los padres de los distintos cuidados básicos del recién nacido.
- Actuación ante dificultades que puede presentar el bebé (atragantamiento, flemas, etc.).
- Apoyar y fomentar la lactancia materna.
- Aplicación de cuidados básicos de la puérpera.
- Fomentar la deambulacion precoz y los autocuidados.
- Implicación del padre en los cuidados materno-infantiles.
- Apoyar en los momentos de labilidad emocional.
- Informar mediante el Informe de Enfermería al Alta de cuidados a seguir.

Conclusiones:

Los humanos somos los únicos mamíferos que consentimos que nos separen de nuestras crías a consecuencia de la aplicación de normas establecidas erróneamente.

No podemos consentir que en el siglo XXI estas conductas sigan adelante, pretendemos facilitar el vínculo materno-infantil, no separando al bebé de sus padres.

P033

Información Puerperal como Herramienta de Ayuda

Sonsoles Martín Rubio; Elena Suárez Muñoz; María Concepción Martín Rubio; Virginia Basarte López; Rosa Palomo Redondo; María Esther Rollón Martín.

Antecedentes y Objetivos:

En ocasiones, la información que transmitimos a las puérperas cuando ingresan en la Unidad de Maternidad no es captada correctamente por ellas debido a diversos factores: sobrecarga emocional, cambio de rol, estrés, excesiva información al ingreso y, además, muchas de ellas no hablan castellano por lo que la comunicación se hace más dificultosa.

La comunicación es un componente clave en la relación con el paciente y, sin ella, es imposible expresarle nuestra intención de ayudarle ni explicarle el tipo de cuidados que vamos a realizar.

En cuanto a los Objetivos que nos hemos planteado para mejorar este tema han sido los siguientes:

Proporcionar información general al ingreso de todas las puérperas en la Unidad, sobre los cuidados que van a recibir durante su estancia, mediante un registro informativo impreso.

Intentar mejorar la comunicación entre el personal de enfermería y pacientes.

Disminuir la ansiedad inicial que pueden presentar las pacientes que no hablan castellano.

Material y Métodos:

Un grupo de enfermeras de la Unidad nos planteamos recoger los puntos principales que debemos transmitir a las pacientes con respecto al puerperio inmediato, incidiendo sobre aspectos tan importantes como la lactancia materna, cuidados del R.N., cuidados higiénicos, etc.

Todo ello plasmarlo en un registro atractivo para la paciente para, así, facilitar su lectura y, por último, traducirlo al idioma extranjero más frecuente o necesario.

Resultados:

El registro que hemos elaborado contempla los siguientes apartados con información esquematizada sobre cada uno de ellos: horarios de comidas, movilización, cuidados higiénicos, lactancia materna, visita médica, cuidados del R.N., visitas/habitación, y por último, el alta médica.

Conclusiones:

Pretendemos que esta guía informativa sirva para:

- Reforzar la información que transmitimos verbalmente al ingreso de las pacientes en Maternidad.
- Servir de guía y aclarar dudas a las puérperas durante su estancia en el hospital.
- Asegurarnos que las pacientes que no hablan castellano, reciben la información general a través de este registro traducido.

Todo ello encaminado a mejorar el bienestar de las pacientes.

P034

Intervención de Educación para la Salud en Plantas de Obstetricia: Talleres Sobre Lactancia Materna para Púerperas Ingresadas y sus Familias

Juana María Aguilar Ortega; Juan Granado Cáceres; María Eugenia Laguía Escudero; María Rosario Tranado Dean; Eva Álvarez Barrientos; María Isabel Abascal Tudanca; Concepción Santamaría Cáceres; Carmen Martín Pozuelo; Concepción Mesa Leiva; Yolanda Blasco.

Introducción

OMS y UNICEF recomiendan proveer a las madres de consejería personal por personal sanitario, consejeras y grupos de ayuda madre a madre. La combinación de apoyo prenatal, hospitalario y postnatal son meta del Comité de LM de nuestra Área Sanitaria.

Estos talleres nacen con vocación de diversificar la oferta de apoyo postnatal a la LM. Combinar intervenciones parece ser más eficaz y actúa de forma sinérgica sobre el inicio, duración y exclusividad de la LM.

Objetivo general

Apoyar y fomentar la LM durante el puerperio inmediato.

Objetivos específicos

1. Reforzar la labor de educación para la salud en lactancia del personal sanitario que trabaja en plantas obstétricas.
2. Ofrecer información útil y práctica sobre LM por profesionales capacitados a púerperas.

Recursos humanos

Coordinador: organiza, difusión, horarios, espacios, colaboradores contenidos, material y evaluación.

Colaboradores: participan como docentes o en formación.

Desarrollo de la actividad

Inicialmente se programa una sesión semanal de 45 minutos en sala próxima al lugar de ingreso obstétrico.

Difusión: carteles divulgativos y ofrecimiento individual a madres ingresadas en obstetricia. Acceso libre y voluntario. El coordinador interacciona con madres y profesionales asistentes y dinamiza el grupo. Anima a la participación para que las madres que lo deseen, compartan experiencias y expresen ideas y sentimientos. Elogia la decisión de amamantar y refuerza la autoconfianza de las madres. Destaca la superioridad y ventajas de la lactancia natural. Identifica recursos locales e informa sobre enlaces y grupos de ayuda comunitarios. Orienta los contenidos en función de la demanda del grupo. Ofrece ayudas prácticas y opciones para resolver dificultades. Detecta situaciones de riesgo para la LM. Evalúa la actividad: asistencia de púerperas y profesionales, satisfacción de las madres y del personal sanitario implicado.

Conclusión

Los talleres pretenden reforzar la labor de apoyo a la lactancia natural del personal sanitario que trabaja con madres e hijos en las plantas de obstetricia y ser lugar de encuentro para ellas y sus familias, donde poder compartir experiencias, sentimientos y aclarar dudas. Son acogidos con satisfacción por los participantes. En proyecto la ampliación de la oferta en número talleres y a otros servicios del hospital materno-infantil.

P035

Guía sobre Lactancia Materna para las Familias de Neonatos Ingresados en una Unidad Neonatal

Marta Ávila; Leticia Bazo Hernandez; María Purificación Casanova Angulo; Purificación Céspedes; Estrella Gargallo Monforte; Maira Nieto.

Introducción:

Para conseguir una alimentación de los neonatos ingresados eficaz, es muy importante que las familias conozcan bien los beneficios de la leche materna como forma de alimentación para su hijo, así como el procedimiento de extracción, almacenaje y transporte de la leche. Al ingreso en la unidad, reciben mucha información de forma verbal en una situación emocionalmente crítica, es normal que no procesen ni el 50% de la información que les damos. Resultará más eficaz entregar un documento escrito, el cual podrán consultar en cualquier otro momento.

Objetivo:

Facilitar y reforzar la información sobre lactancia materna a prematuros, mediante un documento escrito, a las familias de los neonatos ingresados en nuestra unidad.

Material y métodos:

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos. Sesiones de debate y consenso con el comité de lactancia materna de nuestro hospital, profesionales de la Liga de la Leche y de grupos de apoyo a la lactancia materna, madres de la unidad, así como profesionales expertos de nuestra unidad (UCINN). Posteriormente elaboración e implantación de la guía en la unidad. Constará de 5-10 páginas con texto e ilustraciones. Creación de una encuesta sobre los conocimientos de las familias que se pasará antes de la implantación de la guía y a los tres meses de dicha implantación, para evaluar su eficacia. La guía se entregará a las familias al ingreso del neonato en la unidad junto con el resto de la documentación habitual.

Resultados:

Elaboración e implantación de la guía de lactancia materna y estudio de evaluación del grado de conocimientos de las familias antes y después de dicha implantación.

Conclusión:

El poder disponer de esta guía de consulta escrita, donde se muestra la información de forma clara y adaptada a un lenguaje coloquial, facilitará y ayudará a las familias a realizar de forma correcta todo el procedimiento necesario para la alimentación de su bebé. A la vez, esto ayudará a unificar criterios en el personal de la unidad y mejorar la calidad asistencial.

P036

Salvando las Barreras Lingüísticas y Culturales en Pro de la Lactancia Materna

Isabel María De la Torre Gálvez; Trinidad Ramos Rodríguez; Leonor García Pérez; Concepción Agulló Velasco; Ana María Sinoga de la Torre; Leticia López López; Verónica García Guerrero; Inmaculada Martín Palos; Lucía García Gutierrez; Belén Pérez López.

Introducción.

La realidad sanitaria se ve inmersa en un constante cambio provocado por las nuevas expectativas y características de los usuarios que solicitan sus servicios. La multiculturalidad ya es un hecho dentro de nuestro sistema sanitario. Esto provoca la necesidad de adecuar los cuidados ofertados a esta población para cubrir sus necesidades y expectativas. La lactancia materna no escapa a esta premisa

Objetivos.

Describir los idiomas y culturas más prevalentes en nuestra realidad asistencial.

Traducir la guía informativa sobre lactancia materna del hospital a distintos idiomas adecuándolas a las diversas culturas.

Medir el nivel de satisfacción y calidad percibida de las usuarias.

Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo de la nacionalidad de las mujeres gestantes que acuden a nuestro hospital, determinando los idiomas y culturas más prevalentes.

Se tomó como base la guía de información de nuestro hospital sobre las ventajas de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento, mantenimiento de la leche, etc. Con la ayuda del servicio de traducción, se realizó una adecuación de dicha guía, teniendo en cuenta las aportaciones del conocimiento que tienen de las connotaciones culturales sobre maternidad y lactancia de la población diana.

Se diseñó y validó una encuesta autocumplimentable sobre la satisfacción y calidad percibida del proceso de actuación realizado.

Resultados.

Como resultado se han obtenido cinco guías informativas sobre lactancia materna para usuarias de cultura anglosajona, árabe, de Europa del Este, alemana y en francés para usuarias de Guinea Ecuatorial.

La calidad percibida de las personas tratadas ha sido satisfactoria, observándose manifestaciones de aumento de su conocimiento sobre la información recibida y de agradecimiento hacia el personal implicado.

Conclusiones.

En la difusión y promoción de la lactancia materna se debe tener en cuenta los problemas que se pueden presentar en la comunicación con el usuario como son las barreras lingüísticas. Debemos, además, tener conocimiento sobre los sentimientos que estas personas, de diferentes culturas, tienen sobre el fenómeno del amamantamiento y evitar las posibles inferencias personales en un intento de empatizar con las usuarias en su decisión de instaurar la lactancia materna.

P037

Actuación ante las Dificultades en la Lactancia Materna en un Hospital Amigo de los Niños

Trinidad España Moscoso; Cristina Romero Lirio; Elisa Sánchez Torres; Sonia Sevane Vega; Crescencia Tevar López; Dolores Vargas Crespo.

Resumen:

Como consecuencia de la influencia de las conductas propias de la cultura del biberón y leches artificiales, se esta perdiendo el hábito del amamantamiento.

Dada las ventajas sobradamente reconocidas de la lactancia materna, existen organismos internacionales como la OMS y UNICEF, que promueven estrategias para fomentar la lactancia y superar las dificultades que puedan surgir.

Nuestro hospital se caracteriza por llevar a cabo actividades de apoyo a la lactancia materna.

Antecedentes:

Existen dificultades tanto a nivel morfofisiológico de la madre (pezón plano e invertido, tamaño de las mamas, aparición de dolor y grietas, etc.) como del recién nacido (fisura palatina, pretérmino, bajo peso, etc.), así como de la organización institucional (existencia de nido, horarios restringidos en la unidad neonatal, etc.) que impiden el enganche del recién nacido al pecho y complican la instauración de la lactancia materna.

Metodología:

Para solventar todas las dificultades nuestro hospital realiza actividades como:

- Fomentar el vínculo materno y puesta al pecho en las primeras horas de vida, así como el asesoramiento por parte del personal especializado y grupo de lactancia materna tras el alta hospitalaria.
- Valoración de la mama y puesta al pecho con la técnica adecuada.
- En casos en los que no se consigue el enganche, podemos utilizar: pezoneras y sacaleches; extracción manual de leche y administración de esta con jeringa, vasito, cucharilla o suplementador; técnica de la sonda.
- Disponemos de una política por escrito y un personal formado y capacitado para el fomento de la lactancia.

Conclusiones:

Gracias a la política de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) se está consiguiendo que el 84% de las madres al alta disfruten de una lactancia satisfactoria, con las indiscutibles ventajas que esto aporta tanto a la madre como a su hijo.

P038

Mejoría de los Conocimientos en Lactancia Materna del Personal Sanitario Mediante Cursos de Capacitación

Elena Crehuá Gaudiza; Elisa Berga Muñoz; María Paz García-Peñuela Pons; Esperanza Soler Montagud; María del Carmen Tordera Martí; Adela Concepción Junquero Gómez.

Antecedentes y objetivos:

El personal sanitario tenemos un papel clave en el soporte de la lactancia materna. Una adecuada información, educación y comunicación es crucial para el restablecimiento de una cultura de la lactancia en países donde la alimentación artificial ha sido considerada la norma durante varios años o generaciones. En diversos estudios se ha observado que la formación del personal sanitario en promoción y protección de la lactancia conduce a un incremento en las tasas y duración de la misma.

En nuestro departamento de salud se organizó un curso formativo de 15 horas sobre lactancia materna, dirigido al personal sanitario de nuestra área. Nuestro objetivo en este estudio es valorar la mejoría de los conocimientos sobre lactancia en los alumnos asistentes.

Material y métodos:

Al inicio del curso se realizó a los alumnos un Pre test de 12 preguntas sobre conocimientos básicos de lactancia. La encuesta es anónima, y en el encabezado se solicita fecha, lugar y profesión de cada participante. El mismo test (Post test) se repitió luego de la capacitación a fin de evaluar el impacto de las actividades docentes desarrolladas. Los resultados fueron analizados con el programa Epiinfo. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados pre y post-test globales y por profesiones y se compararon las diferencias en las respuestas pre y post-test globales mediante un test de Chi².

Resultados:

Se analizaron un total de 124 test (66 Pre test y 58 Post test). Las profesiones de los alumnos participantes fueron: 48'4% enfermería, 22'6% auxiliares clínicos, 8'9% pediatras, 8'1% matronas, 1'6% médicos y 10'5% no especificaron la profesión.

Globalmente, el porcentaje de respuestas correctas después del curso fue mayor (84'5% vs 75%), aunque la diferencia no fue significativa, probablemente por lo reducido de la muestra. La distribución del porcentaje de aciertos según la profesión se puede observar en la siguiente tabla:

	PRE TEST: % respuestas correctas	N	POST TEST: % respuestas correctas	N
Auxiliares clínicos	70	16	81	12
Enfermería	73'8	33	86'5	27
Matronas	80'3	6	93'2	4
Pediatras	78'8	6	83'6	5
Médicos	54'5	1	81'8	1
No consta profesión	72'7	4	81'8	9
TOTAL	75	66	84'5	58

Conclusión:

Dado que la formación específica mejora los conocimientos, pensamos que es indispensable realizar de forma periódica cursos de capacitación para el personal sanitario en contacto con madres lactantes. Ello conducirá a un mejor apoyo a dichas madres y el consiguiente incremento del éxito del amamantamiento.

P039

Formación y Sensibilización de los Profesionales de Enfermería como Estrategia para Promover la Lactancia Materna

Ana García Ramos; José Carlos Habas Pérez; María del Carmen Blanca Torres; María Jesús Albar Marín; María José Guerrero García; María del Carmen Luque Fernández; Isabel Maestre Ramos; Rosa Oliva Palacios; Caridad Pedrote Ramírez; Amparo Velázquez López.

Antecedentes y objetivos:

Actualmente, la práctica del personal de enfermería en las unidades de hospitalización maternal se caracteriza por su variabilidad y falta de sensibilización respecto a las prácticas favorecedoras de la lactancia materna (LM). Diversos autores insisten en la formación de los profesionales para eliminar las prácticas inadecuadas. Como respuesta a esta situación se presenta la 1ª fase de un proyecto dirigido a fomentar la LM desde el postparto inmediato hasta los 6 meses del infante. En esta fase, con el objetivo de satisfacer las necesidades de sensibilización y formación respecto al fomento de la LM, se realizaron talleres en el área hospitalaria de la que nace esta propuesta.

Material y métodos:

Los talleres siguieron una metodología participativa y práctica y fueron impartidos por profesionales de distintas categorías y hospitales de la ciudad. Los contenidos se dividieron en 4 ejes: a) Fisiología de la LM; b) Antecedentes de investigación sobre LM; c) La práctica de la LM y; d) LM y mundo laboral. Los objetivos de los talleres eran: a) aumentar los conocimientos sobre las prácticas profesionales más adecuadas para fomentar la LM durante el postparto y los 6 meses del infante y, b) sensibilizar sobre la importancia de que todos los profesionales actúen coherentemente para favorecerla. Para evaluar el impacto de los talleres, se llevó a cabo un diseño pretest-postest mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado que incluía preguntas sobre las percepciones y conocimientos de los profesionales acerca de las prácticas profesionales relacionados con la LM más habituales durante el posparto. Para analizar los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS 12.0

Resultados y conclusiones:

En total se realizaron 5 talleres, de 8 hrs. cada uno y se formó a 110 profesionales. Se recogieron 78 cuestionarios pretest y 79 postest. Los resultados muestran un incremento en los conocimientos de los y las participantes. Sin embargo, también hay que destacar la necesidad de modificar aspectos relacionados con la duración de las sesiones, el diseño del cuestionario y su administración, y con la pertinencia de las asistencia a los talleres de otros grupos profesionales.

P040

Punto y Seguido. Mas Allá de la Acreditación

José Miguel Rodríguez Ródenas; Ricardo García de León Gonzalez.

Antecedentes y Objetivos

Los estudios que evalúan los conocimientos de los profesionales de la salud sobre LM ponen de manifiesto que son bastante pobres. En el año 2004 tras tres cursos de LM y formar a más del 80% se consiguió la acreditación IHAN. En los dos años siguientes, coincidiendo con los traslados y la apertura de un hospital en una localidad próxima, bajamos los porcentajes de personal sanitario formado hasta el 51 %.

Los objetivos eran restablecer los niveles de formación por encima del 80%, implicar en la formación a los profesionales de Atención Primaria y realizar acciones formativas de LM avanzada que aumenten las tasas de restauración de la LM,

Material y métodos

Se realizó una evaluación de todo el personal sanitario del área materno-infantil tanto del hospital como de atención primaria

Se realizaron dos ediciones de LM Básica, para aquellas personas de reciente incorporación y varios de LM Avanzada /Un curso de Técnicas de Comunicación, otro de Educación para la Salud, otro de metodología de evaluación y mejora de calidad y otro de investigación, todos ellos aplicados a la LM)

Resultados

La formación del personal sanitario del área en lactancia materna básica, paso globalmente del 51% al 84%

Por grupos profesionales solamente matronas y pediatras de Atención Primaria no alcanzan el 80%

En formación en técnicas de comunicación y metodología de mejora de calidad pasamos al 38% y 46% respectivamente.

Se han creado varios equipos de trabajo en el área para desarrollar ciclos de mejora sobre problemas de LM.

Conclusiones

Para sensibilizar a la población desde el ámbito sanitario, es imprescindible que los profesionales de la salud adquieran los conocimientos necesarios y mantengan al día la formación sobre LM. Por lo que es preciso establecer la LM como línea estratégica en los planes de formación.

La asistencia a los cursos ha sido masiva por parte de enfermería, buena por parte de los pediatras y escasa por parte de obstetricia

La formación y el entusiasmo de los profesionales sanitarios a permitido no solo un aumento en las tasas de LM sino un cambio en las rutinas de trabajo.

P041

Promoción de la Lactancia Materna mediante la Protocolización de la Práctica Enfermera. Una Buena Práctica Basada en la Evidencia

José Carlos Habas Pérez; María Fajardo la Fuente; Enrique Lozano Torres; María Jesús Albar Marín; Violeta Luque Ribelles; María Isabel Masera Gutiérrez; Inmaculada Méndez Martín; José María Morales Prieto; Matilde Osuna Corredera.

Antecedentes y objetivos:

La práctica enfermera durante el proceso perinatal y los meses posteriores al parto es uno de los factores influyentes en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (LM). Actualmente, la actuación de los profesionales de enfermería en el hospital del que nace esta propuesta, en lo referente a la LM, se caracteriza por su variabilidad y falta de coordinación con otros grupos profesionales. Para afrontar esta situación se propone realizar un protocolo que incluya una estrategia de continuidad de cuidados a través del seguimiento en atención primaria (AP).

Uno de los principales desafíos de la elaboración del protocolo es que sea asumido por los profesionales y responda a sus necesidades y a las de los usuarios. Por ello, en este trabajo se adopta la perspectiva teórica de la investigación-acción participativa que permite incluir a profesionales y usuarios en la definición de la práctica profesional y dotar al protocolo de sensibilidad cultural.

Material y método:

A nivel metodológico, la constitución de una coalición entre personal de enfermería, matronas, médicos, un grupo de apoyo a la LM y asociaciones de inmigrantes, ha posibilitado el trabajo colaborativo para el desarrollo del protocolo. El proceso de construcción conjunta de conocimientos ha seguido 3 etapas: 1) análisis crítico de la evidencia científica, 2) identificación de la práctica actual, evaluación de su influencia en la adhesión a la LM e identificación de información contradictoria proporcionada por diferentes grupos profesionales y, 3) definición de actuaciones específicas a incorporar en el protocolo e identificación de las competencias necesarias para aplicarlas.

Resultado y conclusiones:

Como resultado se ha obtenido un protocolo para el fomento de la LM dividido en 4 momentos (i.e., parto, postparto inmediato, hospitalización y AP). En cada uno se contemplan las actuaciones a realizar por los profesionales, los recursos necesarios para ponerlos en marcha y una serie de instrumentos que proporcionan una descripción detallada del tipo de información y comportamiento a realizar en cada situación.

P042

Implantación de un Programa Educativo de Promoción de la Lactancia Materna. Fase Descriptiva

Gloria Alcaide Gil; María del Carmen Calvo García; Francisca Pozo Pérez; María De Prado Amián; José María Macías Bedoya; Rafael Garzón Moreno.

Antecedentes:

Conocidos los beneficios de la LM y debido a su baja prevalencia actual hemos elaborado este estudio, para conocer la prevalencia de lactancia en nuestro distrito sanitario, describir el perfil de la mujer que da LM e identificar las causas que condicionan el inicio y mantenimiento de la misma

Material y método:

Se ha realizado un estudio descriptivo, utilizándose un formulario para la recogida de variables, entrevista de matrona (incluye escala likert para medir actitud) y llamada a los 6 meses. El tamaño muestral fue de 138 mujeres con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3% Se calculó frecuencia y porcentajes en función de variables cualitativas y cuantitativas y prueba de chi-cuadrado para verificar diferencias significativas.

Resultados:

- Sólo un 18.20% de las puérperas con cesárea lactan 5 meses o más (la media general 28.5%).
- Lactan más tiempo las mujeres que tuvieron una experiencia previa satisfactoria
- Si comprobamos la duración de la lactancia con el ofrecer chupete desde el primer día encontramos que existen diferencias significativas. El 52.5% de las que da chupete desde el principio lacta menos de dos meses.
- En las mujeres que realizaron primer contacto piel con piel, el abandono de la lactancia materna durante el primer mes se reduce.
- Sí existen diferencias significativas al estudiar el tiempo de lactancia en comparación con el momento en que se da el primer biberón. Cuanto más tarde se ofrece, más dura la lactancia.

Conclusión:

Las tasas inicio de LM en nuestro distrito son superiores a las de otros estudios similares, observándose factores favorecedores como la existencia de poblaciones pequeñas y su pertenencia a un hospital que trabaja para formar parte de la IHAN.

Las principales causas de abandono son la hipogalactia subjetiva y los problemas en pezón.

P043

Implantación de un Programa Educativo de Promoción de la Lactancia Materna. Fase de Intervención

Gloria Alcaide Gil; María del Carmen Calvo García; María De Prado Amián; Francisca Pozo Pérez; Rafael Garzón Moreno; José María Macías Bedoya.

Antecedentes:

Conocidos los beneficios de la LM y debido a la baja prevalencia que existe actualmente, sobre todo en los países desarrollados, hemos elaborado este estudio, centrándonos en la población de nuestro distrito sanitario.

Objetivos:

Conocer el impacto de un programa de fomento para la LM en el inicio y mantenimiento de la misma.

Describir el perfil de la mujer que da LM.

Identificar las causas que condicionan o limitan el inicio y mantenimiento de la LM en nuestra zona.

Material y método:

Se ha realizado un estudio de casos y control, a través de un formulario para la recogida de datos, amplia información sobre LM, contactos telefónicos durante los primeros 6 meses postparto y una visita puerperal en atención primaria, tomándose como variable independiente la participación en el programa educativo.

Resultados:

Se observaron diferencias de interés, pero no significativas entre ambos grupos en cuanto a motivación (mayor en el grupo casos), y al ofrecimiento de biberón durante la hospitalización (mayor en el control).

Se observó que el mantenimiento de una LM de más de 5 meses fue significativamente superior en el grupo casos, en el cual hubo además menor número de abandonos por estrés o déficit de leche.

Dentro del grupo casos, ni el nivel de estudios, ni la motivación ejercieron diferencias significativas en el resultado. Sí los problemas con los pezones los primeros días.

Conclusión:

La intervención educativa se refleja principalmente en un aumento en la duración de la LM.

La resolución de dudas y problemas por teléfono demostró la necesidad de la matrona (profesional especializado) en atención primaria.

La experiencia previa aumenta el tiempo de duración de la LM, y la introducción temprana del chupete la disminuye.

Finalmente se destacó que un correcto apoyo profesional antes del alta y un seguimiento cercano en atención primaria, tienen como consecuencia un aumento importante en la duración de la LM.

P044

La Consulta de Lactancia Materna en Atención Primaria

Mónica Ruiz Hernández; Ángela Casquet Barceló; Fuensanta Costa; María Dolores Montoya; Inmaculada Rodríguez; Ana María Ruipérez; Catalina Conesa.

La OMS y UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y, que junto con la alimentación complementaria, se mantenga la lactancia materna hasta los 2 años de vida y posteriormente si la madre y el bebé así lo desean.

Por ello, la información a los padres sobre los beneficios de la lactancia materna es fundamental para ayudarles en su toma de decisiones. Con unanimidad de criterios y pautas de actuación similares entre profesionales podemos conseguir aumentar y mantener las cifras de lactancia materna.

Éstas son las razones que han llevado a elaborar una consulta de lactancia materna en el ámbito de Atención Primaria.

Los objetivos planteados en la consulta de lactancia materna son:

- informar a los padres,
- unificar criterios entre los profesionales del Centro y
- crear un entorno favorecedor donde poder dirigirse la madre.

La población a la que se oferta esta consulta de lactancia materna es: todas las gestantes y púerperas de la zona básica de salud.

La consulta está coordinada por la matrona, pediatra y enfermera de pediatría del Centro, contando con la colaboración del resto del Equipo de Atención Primaria y bajo la supervisión de la Dirección de Atención Primaria.

Las actividades realizadas en la consulta son:

- fomento de la lactancia materna en la consulta observando la toma, dando recomendaciones, aclarando dudas, reasignando nuevas citas de control, etc.,
- sesiones y talleres,
- información sobre redes de apoyo a la lactancia,
- formación continuada para los profesionales y
- divulgación de imágenes por el Centro sobre lactancia materna.

P045

Experiencia en el Taller de Lactancia Materna de un Centro de Salud

María del Mar Tárrega Rico; Juan Grau Martín; María Paz García-Peñuela Pons.

Nuestro objetivo con esta comunicación tipo póster es detallar, mediante estudio descriptivo, la experiencia del taller de lactancia materna de nuestro Centro de Salud, que atiende una población de 30.177 habitantes (INE 2007) con un total de 400 partos en 2007.

Las sesiones del taller comienzan en febrero de 2007 por parte de las matronas del Centro 1 vez a la semana y en el mismo Centro de Salud.

Nuestro objetivo al realizar este taller es aumentar la duración de la lactancia materna y que ésta sea exitosa. Para ello realizamos actividades de promoción y protección-apoyo de la lactancia, bajo la idea de grupo de apoyo.

La dinámica del grupo es la siguiente:

- Captación de las participantes en consulta de matronas y pediatría y mediante el cartel anunciador del Centro.
- A las sesiones acuden madres y bebés lactantes, así como mujeres gestantes.
- Durante las sesiones se comparten experiencias vividas y se intentan solucionar los problemas derivados de la lactancia entre las propias madres, siendo el papel de la matrona el de moderadora.
- Realizar diversas actividades fuera del Centro de Salud: asistencia al IV encuentro de talleres de lactancia materna, celebración de la V fiesta de la lactancia materna y otros encuentros con asociaciones de crianza.
- Contacto con dos grupos de apoyo a la lactancia materna.

Durante todo este tiempo hemos hecho un total de 80 sesiones. En total han acudido 728 mujeres con una media de 9.1 mujeres por sesión. Este número ha ido en aumento, en la actualidad asisten a cada sesión entre 16 y 20 mujeres.

Hemos realizado una encuesta anónima a las mujeres que vienen a las sesiones durante el mes de noviembre de 2008 con un total de 8 preguntas y el número de participantes de 25. Como ejemplo exponemos los datos más significativos:

- Al 100% de las participantes les parece útil este taller
- Antes de participar en el taller un 18% de las participantes tenía pensado dar lactancia más de 1 año. Tras haber participado el porcentaje se eleva al 75%.
- -El grado de satisfacción alcanzado se eleva a una media de 9.6 en una escala en la que 0 es el mínimo grado de satisfacción y el 10 el máximo.

Pretendemos así demostrar la eficacia de estos grupos de apoyo para aumentar el número de madres que quieren dar lactancia materna y que ésta sea una experiencia satisfactoria para las madres y para los bebés, contribuyendo así a la promoción de la salud de la comunidad.

P046

Mejora de la Formación sobre la Lactancia Materna de los Profesionales Sanitarios en un Centro de Atención Primaria

Jordi Rico de las Heras; Bibiana Gaya Barrau.

Antecedentes y objetivos:

A menudo, la formación sobre lactancia materna (LM) de los profesionales sanitarios es bastante deficitaria o poco actualizada. Ello es debido a diversos factores. Pero uno de ellos es el escaso tiempo que se dedica a la formación sobre dicho tema durante los estudios reglados de medicina y enfermería. Esto supone que, en muchas ocasiones, dichos profesionales no están mínimamente capacitados para ayudar y asesorar a las madres lactantes.

Este fue el motivo por el cual decidimos realizar un curso básico sobre LM dirigido a los profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras y enfermeras/os) de nuestro centro con el objetivo de conocer y mejorar sus conocimientos sobre dicho tema.

Material y métodos:

Se realizó un curso de 10 horas de duración dividido en 5 sesiones sobre aspectos básicos de LM, en el que participaron un total de 13 personas (entre médicos de familia, pediatras y enfermeras/os).

El curso fue impartido por 2 enfermeros del centro expertos en LM. Al inicio y al final del curso se pasó un cuestionario anónimo de 33 preguntas con el fin de poder valorar el aumento de los conocimientos entre los participantes en el curso.

Resultados:

La comparación de los resultados del cuestionario realizado al inicio y al final del curso pusieron de relieve un claro aumento de los conocimientos sobre LM entre los participantes. La puntuación media del cuestionario antes del inicio del curso fue de 6,6 puntos sobre diez. Mientras que la puntuación media al final del mismo fue de 9,2 puntos sobre diez.

Conclusiones:

La realización de cursos de formación sobre LM dirigidos a los profesionales sanitarios por parte de profesionales adecuadamente formados en el tema, permite mejorar y actualizar, en gran medida, los conocimientos de los profesionales participantes. Esto supone la posibilidad de ofrecer una mejor atención a las madres lactantes cuando plantean algún problema o duda sobre LM.

P047

Aumento en la Duración de la Lactancia Materna en una Población Rural tras Intervención

Rosa Ramírez López; Encarnación Sobrino Magán; Prado Sánchez-Molero Martín; Ana Morales Romero; Ana María Romero Quevedo; Amparo Cejudo Lozano.

Introducción y objetivo:

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y su prolongación, acompañada de otros alimentos, hasta más allá del 2º año es la alimentación más adecuada para los niños (OMS y UNICEF). Realizamos un estudio de prevalencia de LM en una población rural en el año 2004 donde no nos consta ninguna actividad de fomento y promoción, comparándola con la prevalencia en el año 2006, tras realizar diversas intervenciones de promoción.

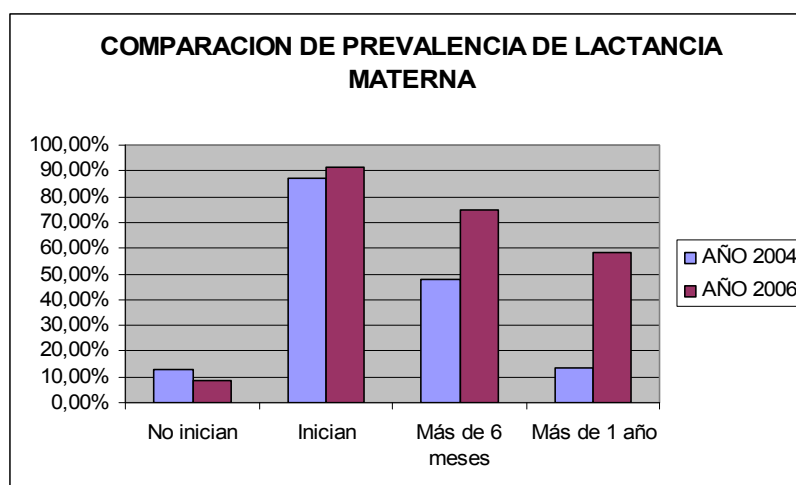
Material y métodos:

El método utilizado para la recogida de datos de la historia clínica, las variables que se incluyeron son: tipo de lactancia al alta hospitalaria y duración de la lactancia en meses.

La población de estudio son los recién nacidos (RN) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004 (RN 23) y los RN durante el año 2006 (RN 12) Las intervenciones consisten en trabajar primero con las embarazadas de forma individual en consulta y posteriormente en grupos de educación maternal donde se fomenta y educa sobre LM. Después del parto, en las revisiones de salud del niño sano, la enfermera de pediatría sigue apoyando y reforzando de forma individual y en los talleres de lactancia que realizamos mensualmente.

Resultados:

Se aprecia un incremento del inicio de LM del 87% en el año 2004 al 92% en el año 2006, y un aumento en el mantenimiento a partir de los 6 meses pasando del 48 % en 2004 al 75% en 2006. Siguen manteniendo después de los 12 meses un 58%, mientras que en el año 2004 era del 17%



Conclusión:

En la gráfica se muestra la prevalencia de LM en las distintas edades y se pone de manifiesto la efectividad de los programas de apoyo. Preparando a las futuras madres y después ayudando en la correcta posición y colocación al pecho, proporcionando apoyo continuado, aumentando la confianza en la madre y su capacidad, sensibilidad, empatía y disponibilidad, acciones todas ellas realizadas desde Atención Primaria fomentan el aumento de la prevalencia a corto, medio y largo.

P048

Evaluación del Plan de Mejora en la Atención a la Mujer Lactante en un Centro de Atención Primaria de Salud

Lidia Giménez Sanchis; Diana Iglesias Saenz; María del Puig Deulofeu Monrabà; Anna Fernández García; Anna Soriano Badia; Milagros Herrero Illera.

Antecedentes

Durante el año 2007 hemos realizado un plan de mejora a la mujer lactante para poder aumentar el índice de lactancia materna de nuestra área de influencia. El plan de mejora se ha centrado en la formación de los profesionales, revisión de los materiales que se les ofrecen a las madres y de la publicidad de las consultas, así como refuerzo de la relación con el GAM (Grupo de Ayuda Mutua) de referencia.

Objetivo:

Valorar la eficacia del plan de mejora para aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y/o complementada a los lactantes de 3, 6 y 12 meses de edad

Material y método

Se han analizado un total de 647 lactantes. 324 lactantes nacidos en el año 2006 y 323 lactantes en el 2007.

Para valorar la lactancia se ha utilizado el registro en el historial informatizado de cada individuo. Han sido excluidos los individuos no visitados en el centro.

Resultados

El tiempo medio de duración de lactancia materna en el año 2006 fue de 7,4 meses y en el 2007 de 6,3 meses.

Al llegar al 3r mes de vida los lactantes nacidos el 2006 un 57,1% toman lactancia materna exclusiva y un 13,6% complementada. En el año 2007 los porcentajes pasan a ser de 42,1% y 23,8% respectivamente. Al sexto mes los nacidos en el 2006 lactan de manera exclusiva en un 30,6% y complementada en un 18,8%, en el 2007 27,2% y 19,2% respectivamente. Si valoramos los resultados al llegar al año de vida son: 2006 complementada en un 23,8% y en el 2007 un 17,6%.

Conclusiones

El plan de mejora no ha servido para aumentar los índices de lactancia materna en la población atendida. La lactancia ha empeorado en el 2007 comparado con el 2006.

Esto nos ha hecho avanzar más en nuestra discusión sobre la lactancia, los factores extrínsecos al servicio que afectan en ella (hospital, soporte familiar) y también los intrínsecos (cambio de profesionales, plan poco ambicioso, evaluación temprana, resistencia al cambio...). Todo ello nos confirma que es necesario seguir trabajando para la mejora de la atención de la mujer lactante.

P049

Promoción de la Lactancia Materna en un Área de Salud Mediante la Creación de una Comisión de Lactancia

Elena Crehuá Gaudiza; Esperanza Soler Montagud; Elisa Berga Muñoz; María Paz García-Peñuela Pons; María del Carmen Tordera Martí; Adela Concepción Junquero Gómez; Lucrecia Gómez Pastor; María García Valls.

Introducción

La leche materna es el alimento natural e idóneo de los recién nacidos y lactantes. Sin embargo, en las últimas tres décadas las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna se han reconocido como un problema de salud pública. Por todo ello, la protección, promoción y soporte de la lactancia materna se ha convertido en una prioridad.

Material y métodos

En nuestro departamento de salud se ha creado una comisión de lactancia materna multidisciplinar, que surge como respuesta a la necesidad de fomentar medidas de apoyo y soporte a la lactancia materna en nuestra área.

Se han realizado diversas actividades de promoción de la lactancia durante el período de 2007 y 2008. Para valorar el impacto de las mismas, se han recogido los datos de lactancias maternas, mixtas y artificiales al alta de la Maternidad del hospital en los períodos de enero a octubre de 2007 y 2008. Se ha analizado la diferencia de proporciones en ambos períodos, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Las principales actividades que se han llevado a cabo son:

- Redacción de un protocolo de lactancia materna para todo el departamento.
- Organización periódica de cursos formativos sobre lactancia materna para el personal sanitario. Un total de 187 alumnos han realizado dichos cursos.
- Instauración del contacto piel con piel precoz desde el paritorio.
- Eliminación de los carteles y publicidad de chupetes, biberones y sucedáneos de leche.
- Los datos recogidos al alta del hospital son los siguientes:

	Enero-octubre 2007		Enero-octubre 2008	
	N	%	N	%
L. materna	1005	67'5	1295	72'4
L. artificial	448	30'1	464	25'9
L. mixta	35	2'3	30	1'7
Total	1488		1789	

Aunque todavía se trata de cifras bajas, hemos observado de 2007 a 2008 un incremento en el porcentaje de lactancias maternas al alta del hospital de casi 5 puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión

La mejoría observada nos anima a seguir trabajando en la línea de promoción de la lactancia materna. En este sentido, los resultados son lentos y difíciles de valorar, pero pensamos que el esfuerzo realizado vale la pena y estamos en el buen camino. Esperamos con todo ello que poco a poco consigamos una cultura creciente de lactancia materna, con el consiguiente beneficio para las madres y niños.

P050

Estrategia de Implantación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en un Área de Atención Primaria

Alfonso Javier Muñoz Menor; Marta Romero Cano; Montserrat Avilés Peño; Carmen Gómez Ortiz; Julia Martínez Ruiz; Marta Martínez Serano.

Introducción.

A fecha 1 de enero de 2007 viven en el Área 42.297 mujeres en edad fértil siendo el número de nacimientos en ese año de 2.082. Conociendo los grandes beneficios que el amamantamiento tiene para la salud de las madres y sus hijos, se justifica la protección y apoyo de la lactancia materna desde nuestro ámbito de actuación.

En la misma fecha se amplió el ámbito de competencia de la Gerencia existiendo en una de las zonas de salud que el Área asimiló un grupo de promoción de lactancia materna fuertemente consolidado, pretendiéndose con ello exportar a todo el ámbito de responsabilidad de la Gerencia dichos grupos.

Objetivo.

Crear grupos de apoyo a la lactancia, motivando a los profesionales y optimizando los conocimientos.

Material y método.

La estrategia se basó en cinco puntos:

- 1.- Realización de cursos teóricos para profesionales.
- 2.- Desarrollar reciclajes prácticos para profesionales empleando el grupo ya existente.
- 3.- Facilitar la formación de los grupos en los centros y divulgarlos convenientemente.
- 4.- Realizar la misma oferta formativa a los profesionales del ámbito hospitalario.
- 5.- Realización de un estudio de prevalencia de lactancia en el Área.

Resultados.

Se han realizado cinco cursos teóricos de cinco horas cada uno, asistiendo un total de sesenta profesionales, que por categorías son; dos pediatras, seis matronas y cincuenta y dos enfermeras. Por ámbito de actuación, seis pertenecen a atención hospitalaria y cincuenta y cuatro a atención primaria.

Todos ellos han realizado reciclaje práctico a través del grupo ya creado anteriormente.

Se han formado un total de ocho grupos de apoyo nuevos, más el ya existente, desarrollándose la actividad en nueve de las trece zonas básicas de salud del Área, encontrándose el estudio de prevalencia en su segunda fase, posterior a la creación de los grupos de apoyo.

Conclusiones.

La motivación de los profesionales es determinante en lo referente al éxito de la estrategia.

La optimización de conocimientos de los profesionales es clave para el desarrollo de los grupos con un mínimo de garantías.

P051

Influencia de la Instauración de un Plan de Mejora sobre Lactancia Materna en la Prevalencia de Lactancia Materna a Distintas Edades

Teodoro José Martínez Arán; Rosario López-Sánchez Sánchez; Juana Fernández Cuenca; Blas Luis González Pina; Pedro Pozo Martínez; Aurelio Garrido Sánchez-Segui; Alfredo Escolano Escolano; Antonio Cánovas Serrano.

Antecedentes y objetivos:

Nuestra área de Salud ha desarrollado un plan de mejora sobre lactancia materna. Se pretende comparar la prevalencia de lactancia al alta hospitalaria, a los tres meses, cinco meses y siete meses, con la obtenida en el estudio epidemiológico previo al inicio del plan.

Material y métodos:

Estudio transversal. Encuesta telefónica, mediante un cuestionario validado previamente por la Dirección General de Calidad Asistencial de nuestra Comunidad Autónoma. Entrevista realizada a todos los recién nacidos de la región desde Noviembre de 2008.

Resultados:

La prevalencia de lactancia materna en el estudio previo a la implantación del plan de mejora fue de 73,7% al alta hospitalaria, un 31,6% a los 3 meses, 15% a los 5 meses, y 10% a los 7 meses, con un porcentaje de niños no alimentados con lactancia materna del 47,4% a los 3 meses, un 50% a los 5 meses y un 94,7% a los 7 meses. En los resultados parciales obtenidos, pendientes de la parte final del corte, se observa un incremento en la prevalencia de lactancia materna al mes y a los tres meses, con una tasa similar de lactancia exclusiva al alta.

Conclusiones:

La implantación del plan de mejora de lactancia materna ha tenido una influencia positiva en las tasas de lactancia materna en nuestra área de salud, especialmente en las tasas de lactancia posthospitalización.

P052

Impacto del Nuevo Protocolo del Grupo Mútua de Terrasa en la Prevalencia de la Lactancia Materna

Raquel Monfort Gil; Esther De la Fuente Requena; Paula Rodríguez; Maribel Martínez Ruiz; Paola Martín; Laura Hernández Montero.

Objetivo:

Describir la prevalencia de LM en los niños de nuestra área de referencia, tras un plan intervención de promoción de LM a nivel hospitalario y en atención primaria.

Material y métodos:

Estudio de intervención comparativo (antes y después) de los niños nacidos en la zona de influencia. Se recoge una muestra al azar, y se describen dos periodos: periodo 1, 175 niños nacidos entre agosto del 2007 hasta enero del 2008, antes de aplicar las estrategias de promoción de LM, y periodo 2, 206 niños nacidos entre febrero y agosto del 2008.

Recogida de datos de los sujetos mediante entrevista en el centro de atención primaria. Se analiza el tipo de lactancia al inicio en función de diferentes variables: hospital de nacimiento, tipo de parto, edad gestacional, peso al nacer, edad de la madre, experiencia con hijos anteriores. También se analiza la prevalencia de LM al mes, 4 y 6 meses; y el motivo de abandono de ésta.

El análisis estadístico se realiza mediante el programa Epidat Info 3.1.

Resultados:

La tasa de prevalencia global de LM al inicio fue del 87,92 %. Se hallaron diferentes valores según el hospital de nacimiento, tipo de parto, peso al nacer, edad materna y tipo de lactancia en hijos anteriores, sin hallar diferencias estadísticamente significativas. Se observó mayor incidencia de lactancia mixta ($p < 0,05$) en los prematuros.

La prevalencia de LM en las diferentes edades ha sido similar en los dos periodos, aunque se ha observado una introducción más tardía de la lactancia mixta en el segundo periodo.

Los motivos de abandono de LM han sido: hipogalactia antes del mes de vida y motivos laborales después del tercer mes de vida. Ocasionalmente por indicación facultativa.

Conclusiones:

La prevalencia de LM de inicio no ha cambiado de manera significativa desde nuestra intervención.

La muestra del estudio es pequeña y nuestras estrategias de promoción de LM son relativamente recientes.

Existen múltiples factores socioculturales que influyen en la decisión de elegir la lactancia materna al inicio. Una buena información y educación prenatal son claves para conseguir una buena adherencia a la LM el máximo tiempo posible.

P053

Necesidades, Motivaciones, Actitudes y Valores de las Madres de Nuestra Comunidad con Relación a la Lactancia Materna: Un Estudio Cualitativo

María Dolores Martínez Romero; María Teresa Ferreiro Losada; Antonio Rial Boubeta; Eduardo Díaz Isidro; Ana Claveria Fontan; Íñigo María Montesino Semper; Gerardo Atienza Merino; Jesús Varela Mallou.

Objetivos

Este trabajo se contextualiza dentro de un proyecto de investigación encaminado a la Evaluación y Mejora de la Calidad de la Atención al Parto, Puerperio y Lactancia en los hospitales públicos de nuestra región. Su realización ha constituido una oportunidad para profundizar en las necesidades, motivaciones, actitudes y valores de las madres, así como en los condicionantes del éxito o fracaso de la lactancia materna.

Material y Métodos

Se utilizó una metodología cualitativa que consistió en la realización de cuatro grupos focales con mujeres que habían parido durante el año 2007. En total participaron en el estudio 31 madres, de diferentes edades y zonas de la Comunidad Autónoma, tratando con ello de abordar distintas realidades y puntos de vista.

Resultados

La lactancia materna constituye un tema especialmente complejo, desde un punto de vista vivencial para las propias madres. Se ha detectado un importante déficit a nivel de información y de habilidades para superar las dificultades habituales, que tampoco consigue resolver de forma efectiva el personal sanitario. Ante esa situación es frecuente un sentimiento de impotencia progresiva que, junto a la ansiedad, el cansancio, el exceso de responsabilidad y la frustración que se genera, ahogan paulatinamente el éxito de la lactancia.

Se sugieren tres tipos de medidas: (1) *información* (adecuada y suficiente, dirigida tanto a madres como a padres); (2) *sensibilización* (hacer llegar a la población las ventajas de la lactancia materna y, al mismo tiempo, desmitificar y desdramatizar); y, (3) *formación* (el personal debe recibir la formación adecuada tanto sobre los aspectos emocionales vinculados a la lactancia materna, como técnicos y éticos).

Conclusiones

Uno de los ejes que vertebra la Calidad Percibida del servicio de maternidad tiene que ver con la Lactancia Materna. En consecuencia, ésta no sólo se convierte en un elemento clave en términos de salud, sino también en uno de los principales indicadores de la calidad del servicio. La segunda aportación de este trabajo es una mejor caracterización y comprensión de la secuencia de abandono de la Lactancia Materna, lo que se traduce en algunas recomendaciones de interés para los responsables de la Administración Sanitaria.

P054

Evaluación del Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007 en una Comunidad Autónoma

Víctor Canduela Martínez; Asunción Azofra Olave; Laura Crespo Pellón; Conchita Cuervo Cervera; Paz Martínez Solana; Esperanza Del Palacio Laso; María Solís Narváez.

El Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007 se diseñó con los siguientes Objetivos Generales: Sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la LM, Apoyar el inicio precoz de la LM en los Hospitales públicos, Facilitar la adopción de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” y Contribuir al mantenimiento de la LM en los Centros de Atención Primaria. Los Objetivos Específicos se citan a continuación y han sido objeto de evaluación.

Objetivo 1: *Incrementar la Educación en Lactancia Materna de la población general a través de actuaciones dirigidas a los medios de difusión, estamento docente, etc.* Se han realizado entrevistas en la radio, charlas-coloquio, conferencias, participación en cursos de Pediatría, Jornadas de Promoción de la Lactancia materna, artículos en revistas y participación de monitoras de Grupos de Apoyo en los cursos de formación

Objetivo 2: *Informar del PLAN a los profesionales sanitarios implicados en la lactancia.* Se realizó un envío personalizado del Plan a todos los profesionales implicados

Objetivo 3: *stablecer la formación en Lactancia Materna del personal sanitario.* Se realizaron 38 cursos en A. Primaria y 9 cursos en A. Especializada que formaron 1.059 personas

Objetivo 4: *Promover la elaboración y difusión de los materiales de educación sanitaria del PLAN.* Se elaboraron documentos de “ Cuidados de salud para después del parto” , documentos de Lactancia Materna para extranjeros, se modificó el documento de Salud Infantil, se elaboró el documento Amamantar y trabajar fuera de casa, el DVD “Buena leche, lactancia y vida”. Se envió a todos los profesionales el libro “Lactancia Materna: Guía para profesionales”,

Objetivo 5: *Ofrecer a todas las embarazadas de la Comunidad Autónoma, en sus controles prenatales, información oral y escrita de la Lactancia Materna.*

Objetivo 6: *Adecuar las rutinas hospitalarias al Decálogo de la OMS y UNICEF y conseguir que los Hospitales públicos dispongan de una política de actuación aplicada por todo el personal relacionado con la asistencia obstétrica y pediátrica.* Se ha evaluado lo siguiente:•Política escrita. •No ofrecer chupetes-biberones. •Alojamiento continuo-no separación. •Porcentaje LME al alta. •Financiación manutención y estancia a la madre si el bebé ingresa.

Objetivo 7: *Fomentar y asesorar la obtención de la acreditación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) por parte de los Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma con asistencia Obstétrica.* Uno de los hospitales obtuvo el galardón, que recibió el 24 de octubre de 2007.

Objetivo 8: *Obtener en Atención Primaria los siguientes porcentajes de LACTANCIA MATERNA “PREDOMINANTE”: 65%-1 mes; 40%-3 meses; 10%-6 meses y los siguientes porcentajes de LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: 40%-6 meses; 10%-12 meses.* Se han obtenido los siguientes porcentajes: Lactancia materna 1 mes: 66,06%; 3 meses: 47,91%; 6 meses: 26,44%; 12 meses: 8,11%

CONCLUSIONES: Las Cifras de LM en nuestra Comunidad Autónoma eran bajas, han aumentado, pero aún son mejorables Se deben mejorar las rutinas hospitalarias y fomentar y apoyar la LM en Atención Primaria

P055

Modelo de Coordinación para la Lactancia Materna entre Hospital y Asistencia Primaria

Silvia Vallejo Aparicio.

Objetivo:

Dar a conocer nuestro modelo de coordinación de lactancia materna entre el Hospital y los centros de asistencia primaria de nuestra zona. Se forma este grupo debido a la dificultad de instaurar una lactancia materna exitosa con estancias cortas hospitalarias y retrasos en acceder al primer contacto con primaria.

Actuación:

Formación de un grupo de trabajo con implicación de todos los profesionales sanitarios (comadronas, tocólogos, enfermeras pediátricas y peditras) para coordinar esfuerzos. Se definieron distintos niveles de actuación:

- Preparación pre-natal: iniciar en las ventajas de la lactancia a todas las madres que acuden a los cursos de preparación. Proporcionar información y formación.
- Sala de Partos: Contacto precoz piel a piel justo al nacer, ayuda a reptar hacia el pezón y comienza a succionar, aprovechando el período de alerta inicial, estimula el apego, preserva energía.
- Maternidad: internación conjunta 24 hs., lactancia precoz, a demanda, observación de la posición adecuada, no ofrecer otros líquidos. Problemas: altas más precoces, lactancias no instauradas, inseguridad, entornos poco favorecedores, personal sanitario no siempre sensibilizado.
- Unidad de Patología Neonatal: método madre canguro, unidades abiertas 24 hs. Evitar separaciones innecesarias. Técnicas de extracción y conservación de leche materna, informando ventajas inmunológicas a los prematuros que más lo necesitan.
- Asistencia primaria: conocer la prevalencia de lactancia de nuestra población. Utilización curvas OMS-UNICEF. Nuevo patrón de crecimiento. Espacios de acogida en cada CAP donde las madres pueden acceder post-alta, sin cita previa. Protocolos de Lactancia en cada CAP con difusión a todos los sanitarios .
- Pagina WEB. Soporte de lactancia, con área de padres y de sanitarios

Conclusión:

Se forma un grupo de coordinación con reuniones mensuales multidisciplinarias en el Hospital, con los siguientes objetivos: optimizar y universalizar esfuerzos para lograr el éxito de la lactancia en número y duración en el tiempo; promover cursos de formación; diseñar protocolos de actuación; conocer prevalencia e intentar incidir para mejorarla.

P057

10 Años Apoyando la Lactancia Materna en les Illes Balears

Teresa González Cortijo; Carmen Sánchez-Contador Escudero; Joaquín Bellón Martínez; Tolo Mir Payeras; Inmaculada Peláez Duran; Francisca Encarnación Collado García.

En 1998 se inició un Programa de Promoción de Lactancia Materna con las siguientes acciones:

- Teléfono de Ayuda a la LM: se han atendido 3320 llamadas y 585 consultas. Análisis del perfil sociodemográfico y motivos de consulta.
- Edición de una Guía de LM: documento de 22 páginas, bilingüe, que se distribuyó en las maternidades, a todas las madres, y actualmente en la consulta prenatal.
- Edición del Tríptico del Teléfono de Ayuda a la LM: bilingüe, se distribuyó en las maternidades a todos los recién nacidos/as.
 - 10 razones para que amamantes a tu bebé
 - Recomendaciones para una lactancia materna con éxito
 - Postura y agarre correctos
- Actualmente se distribuye el tríptico de un grupo de apoyo LM.
- Proposición no de ley núm. 7296/97 relativa a protección, fomento y soporte a la lactancia materna. (Mesa de 11 de diciembre de 1997).
- Derechos al nacimiento. Ley de Salud de las Illes Balears, 5/2003 de 4 de abril.
- Formación: taller LM para profesionales 2004. Colaboración con grupo de apoyo LM.
- Análisis de los objetivos y las carencias.
- Proyecto 2009:
 - Estrategia de información y formación en centros de salud y hospitales aprovechando la distribución del nuevo "Manual de Lactancia Materna" del Comité de LM de la AEP a profesionales relacionados con LM, tanto del ámbito público (Atención Primaria y especializada) como del privado.
 - Distribución de guías y trípticos de LM en otros idiomas (inglés, francés, árabe y rumano), derechos cedidos por el Gobierno de La Rioja.

P058

La Lactancia Materna de Madre a Madre

Rocío Martín-Gil Parra; Ascensión Gómez López; Esther Martínez Bienvenido; María Elena Sánchez Terrer; José María Herrera Fenández; Esmeralda Moreno Sobrino.

Introducción:

La mayoría de las madres que acuden a un Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna tienen muchas dudas en común. Es frecuente que durante el embarazo acudan a clases de preparación al parto, pero no lo es tanto que adquieran una formación sólida en Lactancia Materna. Por eso, después del parto, si se encuentran con alguna complicación buscan información breve y sencilla, que no siempre es fácil de encontrar.

En nuestro Grupo de Apoyo, disponíamos de material informativo muy breve que distribuíamos a modo de folletos, pero cuando la mamá quería más información le recomendábamos varios libros, con el consiguiente desembolso económico y la posible falta de tiempo para leerlos todos durante el postparto.

Objetivo:

Escribir un libro breve, en lenguaje sencillo, con toda la información que una madre debe conocer para tener éxito en su lactancia desde la perspectiva de otra madre lactante, con ilustraciones demostrativas.

Material y método:

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline y Cochrane. También hemos consultado material bibliográfico especializado en la Lactancia Materna.

Para la edición del libro, contactamos con diversas entidades, que nos proporcionaron el apoyo necesario.

Resultados:

Nuestro GALM ha editado este libro, como resultado del trabajo de un grupo de mamás voluntarias durante más de un año. Lo presentamos durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2008. Ha tenido finalmente una extensión de 132 páginas y casi 50 ilustraciones y tablas, algunas de ellas especialmente útiles sobre cómo usar un suplementador, o las distintas posturas para amamantar.

El libro está disponible en nuestras reuniones por una módica cantidad, que destinaremos a comprar material de lactancia para préstamo y a la elaboración de materiales divulgativos. Hemos donado un ejemplar a cada una de las bibliotecas de la Comunidad Autónoma. También tenemos ejemplares para su préstamo y gratuitamente en Internet en nuestra página web.

Conclusiones:

El libro está teniendo mucho éxito, tal y como demuestran la cantidad de descargas del mismo que se realizan a diario en nuestra página web y el número de libros distribuido entre madres y profesionales.

P059

Lactancia Materna y Educación Para la Salud

María Ángeles Megías Ortiz.

El Proyecto de Promoción de la Lactancia Materna consiste en una exposición de carteles itinerante cuyo objetivo es llevar a centros educativos, bibliotecas y centros socioculturales la Cultura de la Lactancia Materna dentro del proyecto municipal *Escuelas Promotoras de Salud*. Los carteles tienen la siguiente estructura: a partir de un objetivo se muestra una imagen o texto, como motivación; después se proponen varias actividades para culminar con una propuesta de participación en concursos para **promocionar la Lactancia Materna**.

Los objetivos y concursos que hemos diseñado son los siguientes:

- OBJETIVO 1.- Recuperar la Cultura de la Lactancia Materna participando en el **concurso de carteles** para celebrar la SMLM.
- OBJETIVO 2.- Valorar la importancia de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en la promoción de la salud comunitaria, participando en el **concurso de postales navideñas**.
- OBJETIVO 3.- Valorar la influencia de la Lactancia Materna en la salud emocional, al favorecer el vínculo madre-hij@, participando en el **concurso de poesía**.
- OBJETIVO 4.- Valorar la importancia de los alimentos de familia, caseros, sanos y saludables participando en el **concurso de recetas de cocina** con recetas para niñ@s a partir de seis meses de edad.
- OBJETIVO 5.- Reconocer a los seres humanos como animales mamíferos participando en el **concurso fotográfico de animales mamíferos**.
- OBJETIVO 6.- Promocionar la Lactancia Materna en el ámbito educativo participando en el concurso de **propuestas y experiencias didácticas para promocionar la Lactancia Materna**.
- OBJETIVO 7.- Conocer los beneficios de la Lactancia Materna para la salud materno-infantil y valorar los riesgos de la alimentación artificial participando en el **concurso de cuento ilustrado**.
- OBJETIVO 8.- Comprender que amamantar es mucho más que dar leche: es dar compañía, amor, seguridad, calorcito participando en el **concurso de cortometrajes**.
- OBJETIVO 9.- Considerar que el embarazo, el parto y la Lactancia Materna deben formar parte de la educación sexual participando en el **concurso de muñecas de tela que pueden parir y amamantar a sus bebés**.
- OBJETIVO 10.- Valorar la importancia del papel del padre y de otros familiares, así como del personal sanitario y educativo, de las instituciones y del mercado laboral para apoyar a la madre en su decisión de amamantar participando en el **concurso de cómic**.

P061

Mantenimiento de la Lactancia Materna en Guarderías y Centros Infantiles (Protocolo)

María Concepción Real Hernández; María Jesús García Alzás.

La Lactancia materna se mantendrá aunque el bebé empiece a ir a la guardería o a espacios alejados de su madre, si además de que la madre y el hijo/a lo deseen, encontramos políticas de apoyo apropiadas a dicho mantenimiento.

Las políticas de gestión de las guarderías, privadas o públicas, deben apoyar la lactancia materna, por calidad de atención y por salud. Creemos además, que éste puede ser un tanto a su favor, como atractivo para que los padres elijan una u otra guardería para sus hijos, en los casos de las privadas. En los casos de las guarderías públicas, las autoridades sanitarias deben velar por la salud de los pequeños, en la lactancia materna también. Por eso pensamos que si no lo están haciendo con las políticas apropiadas, por las razones que sean (desconocimiento, desvalorización de la leche materna, o lo hacen sin una línea concreta y clara) nosotras, con esta propuesta de protocolo, les ofrecemos una herramienta sencilla, para aplicar en todas las Comunidades.

Este protocolo consta de diversos contenidos:

- El protocolo propiamente dicho
- Hoja resumen
- Cartel informativo

Protocolo:

- Introducción
- Objetivos
- Composición y cualidades de la leche materna
- Recomendaciones OMS para la alimentación infantil
- Manipulación de la leche materna (congelación y descongelación)
- Aplicación práctica en las guarderías o centros infantiles
- Información y promoción

Hoja resumen:

Se trata de una especie de algoritmo para facilitar visualmente a los/ las trabajadoras de guarderías o centros infantiles la aplicación de este protocolo.

Cartel:

Un sencillo cartel informativo en letras grandes y llamativas que informaría del respeto a la lactancia materna en ese centro. Es informativo y promociona la LM.

P062

Propuestas de Adaptación del Medio Laboral a la Lactancia Materna

Alejandra Andreu Mula; Aránzazu Gracia Barambio; Lucía del Carmen Galindo Arjona; Esther Brotons Cantó; Rosario Cantó García; Ana Belén Moreo Hernández.

Introducción:

Las mujeres que vuelven a trabajar después del permiso por maternidad deberían poder continuar con la lactancia materna sin que el lugar de trabajo resulte un inconveniente para ello. El amamantamiento prolongado más allá de los 4 meses supone grandes beneficios tanto para la madre como para el lactante, por ello, sería conveniente que todos los ámbitos laborales se adaptaran para tal cometido.

Objetivo:

Proponer mejoras en el medio laboral para facilitar la continuidad de la lactancia materna.

Material y método:

Revisión de la legislación actual así como de los estudios publicados en diferentes bases de datos acerca de este tema.

Resultados:

Las adaptaciones sociales, físicas y legislativas en el entorno laboral facilitan la conciliación de la vida laboral y la crianza natural. Esto supone ventajas sociales y para la empresa. Existen diversos tipos de estrategias en el lugar de trabajo para apoyar la promoción de la lactancia materna entre las que se encuentran permisos de maternidad; actividades de trabajo flexibles; recesos para la lactancia; e instalaciones físicas como habitaciones privadas y acceso a refrigeradores que favorecen la extracción y conservación de la leche materna. La legislación española regula permisos de lactancia, excedencias y reconoce los factores de riesgo relacionados con la lactancia natural.

Conclusiones:

Las adaptaciones físicas de los locales de trabajo distan mucho de lo que se consideraría "ideal". Son muchas las propuestas factibles que se pueden llevar a cabo en las empresas para promocionar la lactancia materna después de la reinserción laboral, pero requieren una mayor conciencia social y una legislación apropiada junto con la implicación de los directivos responsables de los puestos de trabajo. La legislación actual es insuficiente para cubrir todas las necesidades reales de la lactancia materna y no recoge información básica relacionada con las adaptaciones arquitectónicas y tecnológicas en el ámbito de trabajo y flexibilidad de horarios.

P063

Aplicación de Nuevos Recursos en la Promoción de la Lactancia Materna

Elisa Berga Muñoz; Esperanza Soler Montagud; María Paz García-Peñuela Pons; Adela Concepción Junquero Gómez; María del Carmen Tordera Martí; Elena Crehuá Gaudiza.

Introducción

Además de las formas tradicionales de promoción de la lactancia materna (carteles, vídeos, charlas,...), actualmente contamos con nuevas tecnologías y recursos que podemos utilizar. Existen grupos de madres muy motivadas, de los que están surgiendo iniciativas en este sentido.

Material y métodos

Nuestra experiencia en los centros de salud en cuanto a la promoción de la lactancia materna es utilizar los recursos informáticos y asociacionismos creados en los grupos de los centros, como soporte de salud para las madres e hijos en crianza.

Definiciones de los recursos utilizados:

- Blog: Es un sitio web periódicamente actualizado que recopila cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores, apareciendo primero el más reciente, y donde el autor tiene siempre la libertad de dejar publicado lo que crea pertinente.
- Foro: Aplicación o sitio web que da soporte a discusiones u opiniones en línea.

Resultados

En nuestra comunidad contamos con asociaciones que han sido pioneras en la promoción de la lactancia. Algunas de ellas cuentan con una larga trayectoria en el área, y han estimulado y apoyado en la crianza de sus hijos a muchas madres.

Siguiendo estas pautas, dentro del ámbito de los talleres de atención primaria, más recientemente han surgido asociaciones y grupos de madres que han creado sus propios recursos referentes a lactancia en forma de blogs y foros. Estos medios suponen un modo de intercambio de opiniones y contacto entre madres, aportando información y resolviendo dudas. Esto cobra especial importancia en madres procedentes de otros países, culturas, razas, etc., y que disponen de escaso apoyo familiar en muchas ocasiones.

Conclusiones

Desde los talleres de lactancia de atención primaria están surgiendo iniciativas en los grupos de madres mediante la utilización de nuevos recursos. De este modo, se favorece el acceso a la información y la integración, especialmente importante en los casos de falta de apoyo familiar. Las características de este tipo de recursos, la comodidad en la consulta, la rapidez de respuesta, el anonimato y la gratuidad lo convierten en un recurso útil para madres, padres y profesionales.

P065

Beneficios de la Lactancia Materna a Largo Plazo: Una Revisión Crítica de los Sesgos Metodológicos en los Estudios Meta-Analíticos

Rosa María Bermejo Alegría; Juan Antonio García Méndez; Fulgencio Marín Martínez; Karima Valverde Montealegre; Ángeles García Gómez; Ana María Hernández Iniesta.

En cualquier tipo de estudio se deben tener en cuenta los errores aleatorios y sesgos (o errores sistemáticos). Los errores aleatorios, son aquellos que se producen debido al azar y suelen compensarse en estudios extensos, mientras que los sesgos se producen debido a defectos en el diseño de estudio, recogida de datos o seguimiento y no se compensan al aumentar el tamaño del estudio. Los sesgos frecuentemente generan resultados falsamente positivos (sobreestimación del tamaño del efecto), aunque también pueden subestimar o incluso invertir el sentido del efecto. Para que un estudio consiga una validez interna y externa adecuada precisa estar libre de sesgos y minimizar el efecto de los errores aleatorios.

La búsqueda de la mejor evidencia disponible no debe limitarse a los ECAs, y en el caso de la lactancia materna, no se considera ético una asignación aleatoria a los distintos tipos de alimentación infantil, una vez se han demostrado los efectos beneficiosos de la leche humana. En la actualidad, el meta-análisis es el más empleado para evaluar los beneficios de la lactancia materna a largo plazo (estudios sobre diabetes, hipertensión, colesterol, obesidad,..) pero presenta sesgos que deben contemplarse a la hora de analizar los resultados.

En esta revisión crítica se analizan los sesgos metodológicos más frecuentes en cualquier meta-análisis sobre el beneficio de la lactancia materna a largo plazo:

- Sesgo de desgaste que se controla con el análisis “intención de tratar” sobre los sujetos caídos durante el seguimiento.
- Sesgo de información que se controla a través de una definición precisa de las variables, del uso de instrumentos de medida válidos y de la certeza de que el personal que los aplica lo haga de igual forma en los distintos grupos.
- Sesgo de selección, que no se puede controlar pero se debe tener en cuenta para ser analizado como una variable confusora.
- Sesgo de publicación, que supone un problema cuando existe poca información publicada al respecto.
- Variables confusoras como estatus socio-económico que se controlan a través de análisis ajustados.

P066

El Padre También se Beneficia del Contacto Piel-Piel Ininterrumpido

Sara Del Dujo Pérez.

En nuestro hospital se realiza recientemente el contacto piel piel ininterrumpido(CPPI), tras la introducción de esta práctica se ha observado que los padres se muestran más tranquilos e involucrados en el cuidado de sus hijos.

La práctica del CPPI según la bibliografía aporta amplias ventajas para la madre, el recién nacido y los profesionales; existiendo poca información sobre la repercusión que esta práctica produce en el padre

Definimos CPPI como el contacto constante y continuo del recién nacido con su madre durante las dos primeras horas de vida, lo que implica que la valoración se lleva a cabo encima de la madre sin separarlo de ésta en ningún momento; posponiéndose la realización de ciertas rutinas hasta pasado el periodo sensitivo del recién nacido.

Objetivos: Valorar la repercusión del CPPI en el padre

Material y métodos:

- -Estudio observacional descriptivo
- -Población de estudio : 48 padres a cuyos hijos se les practico el CPPI entre mayo y junio del 2008
- -Instrumento: encuesta autocumplimentada a las dos horas postparto, con preguntas abiertas y cerradas que incluye datos demográficos, estado anímico, participación en los cuidados y emociones del padre.
- -Criterios de inclusión: gestaciones y partos de bajo riesgo, con resultado eutócico, entre 37 a 42 semanas con recién nacido que no precise reanimación.

Resultados

Se entregan 48 cuestionarios de los cuales realizan 41CPPI y 7 casos en los que no se realizó.

Según los resultados esta practica es bien valorada por todos los padres, al 89 % de los padres encuestados les tranquiliza que su hijo permanezca en CPPI vs separación a la cuna térmica para valoración

En el 95% de los casos se sienten participes en el cuidado del Recien Nacido.

Todos los encuestados recomendarían esta practica en futuros partos.

El 90% de los encuestados creen que favorece la relación afectiva con el bebe a corto y largo plazo así como la relación con su pareja.

Conclusiones

La práctica del CPP es una experiencia muy positiva para los padres, y dado todas las ventajas que se le atribuyen, éste es un factor más para promocionarlo y practicarlo de manera sistemática.

P067

¿Cuáles son los Conocimientos de las Puérperas al Alta?

Catalina Lorite Garzón; Gema Ruiz Liébanas.

Introducción

La educación sanitaria a la puérpera en el ámbito hospitalario tiene vital importancia ya que este momento es de especial relevancia, ya que comienza una etapa fundamental para la mujer y en la que requiere una gran cantidad de conocimientos para su autocuidado y el del RN.

Si se analiza la educación sanitaria que se le imparte a las puérperas se observa que no reciben una información uniforme y por igual y que sería necesario articular el mecanismo para favorecer que todas las puérperas reciban la información básica para su autocuidado y el cuidado del recién nacido.

Objetivo

Identificar el déficit de conocimientos de las puérperas al alta hospitalaria.

Método

Entrevista personal en el puerperio precoz, en la que la puérpera realiza una valoración sobre si los conocimientos de que dispone son suficientes para llevar a cabo el cuidado de ella misma y de su recién nacido. Los criterios de inclusión fueron: primíparas, con parto vaginal o cesáreas a término y con RN normal y APGAR superior 7.

Autocuidados de la mujer: cuidados de la episiotomía, loquios y signos de alerta, ejercicios de recuperación postparto, cambios emocionales, sexualidad, anticoncepción, alimentación en la lactancia.

Cuidados del RN: cuidados del cordón umbilical, revisiones médicas, lactancia.

Revisión bibliográfica realizada en la base de datos CUIDEN y PUBMED, sobre aspectos relacionados sobre el puerperio.

Resultados

Destacamos que en vista a los resultados obtenidos y a la revisión de artículos relacionados existe un importante déficit de conocimientos de las mujeres al momento del alta, creyendo necesario adquirir una información organizada que complemente la ya recibida en la educación maternal y así dar continuidad de cuidados.

La matrona debe ser el apoyo de la pareja en esta etapa y así contribuir a una vivencia más satisfactoria de este periodo que tan importante va a ser en sus vidas.

Con este estudio se pone de manifiesto la necesidad de un programa de educación sanitaria en el puerperio, para llevarse a cabo antes del alta, y así contribuir al mantenimiento de la lactancia materna, a la continuidad de cuidados y por tanto a elevar la calidad asistencial.

P068

¿Qué Preocupa a las Madres Gestantes de la Lactancia Materna y Cuidados del Recién Nacido?

Susana Hurtado Aguilar; María Dolores Rodríguez Magallanes; Marta Laspalas Zanuy; Clara Calvo Cebrián; Purificación Iniesta Giménez; Margarita Cebrián Sanz; Isabel Febles Jiménez.

Introducción

En el curso de preparación al parto que se realiza en nuestro centro, se planteó a enfermería pediátrica, intervenir en las charlas de lactancia materna (LM) y cuidados del bebé para proporcionar los conocimientos necesarios a las futuras madres, para disminuir el abandono de la misma y el nivel de ansiedad, tanto en la instauración de la LM, como en los cuidados del bebé.

Objetivo

Conocer las dudas de las futuras madres sobre LM. y cuidados del recién nacido (r.n.)

Metodología

Estudio descriptivo

Población: 93 gestantes del curso de preparación al parto del ABS.

Periodo: Junio del 2007 a Octubre 2008

Charlas sobre L.M. a 9 grupos en sesiones de 2h.con material audiovisual y escrito del tema.

Pasación del formulario con 6 preguntas abiertas sobre diferentes aspectos de la L.M. y cuidados del bebé.

Resultados:

Que lactancia desea realizar

91% L.M., 2% artificial, 6% indecisas

Que le preocupa sobre la lactancia

46% cantidad y calidad de la leche

19% Grietas y cuidados del pecho

16% Posición correcta del bebé durante la toma

10% Capacidad propia para dar el pecho

9% Satisfacción del bebé post a la toma

Que le preocupa sobre los cuidados r.n.

17% Todos los aspectos de los cuidados

12% la salud del bebé

10% Curas del ombligo

9% Saber interpretar ó detectar necesidades del bebe

Tiene ayuda durante los primeros días posteriores al parto

99% reciben ayuda

50% pareja

30% abuelas

10% otros familiares

9% otros

Fuma ó ha fumado antes del embarazo

52% no fumadoras ó nunca han fumado

13% fumadoras

35% abandono antes ó durante el embarazo

Fuma tu pareja

60% No fumadores

35% fumadores

3% fumador ocasional

2% abandono

Conclusiones

La mayoría se deciden por L. M. y expresan preocupación por su capacidad de tener suficiente cantidad de leche y la calidad de la misma sea adecuada para el r.n. Sin embargo no les preocupa su autocuidados alimenticios que influyen en la misma. También observamos un gran abandono en el hábito tabáquico de los padres por las posibles repercusiones en la salud del bebe.

La educación sanitaria ayuda a resolver dudas.

P069

Experiencia en un Hospital Comarcal del Inicio Precoz de la Lactancia Materna desde una Perspectiva Multidisciplinar

María Beatriz Moreno González; Ester Bragado Alcaraz; Leticia Varillas Berlandi; Miriam Lorente Cuadrado; Juana María Galera Pérez.

Introducción y objetivos:

El inicio precoz de la lactancia materna ofrece beneficios para la madre y el recién nacido. A pesar de ello, es una práctica no generalizada en todas las maternidades. En los últimos dos años hemos puesto en marcha un protocolo de inicio precoz de la lactancia materna en nuestro hospital.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo influye la instauración del inicio de la lactancia en los primeros minutos de vida del recién nacido sobre la continuación de la misma al alta hospitalaria.

Material y métodos:

Realizamos una encuesta a las mujeres cuando ingresan en paritorio y previa al alta hospitalaria. Evaluamos los siguientes factores: información recibida sobre lactancia materna en su centro de salud durante la gestación, conocimientos sobre sus beneficios y aspectos teórico-prácticos, actitudes previas al embarazo, lactancia en partos anteriores, vía del parto y complicaciones en postparto, información recibida durante su ingreso, inicio de lactancia precoz, en qué momento tras el parto, contacto piel con piel, apoyo de personal sanitario para favorecer la lactancia, problemas que impidieran la lactancia, suministro de lactancia artificial y grado de satisfacción al alta con el apoyo recibido.

Resumen y conclusiones.

Aunque los beneficios de la lactancia materna son bien conocidos por todos, no siempre se obtiene el éxito deseado. Son numerosos los factores que influyen en su continuación e imprescindible un abordaje multidisciplinar por todos los profesionales implicados (matronas, ginecólogos, pediatras)

Gracias a la implantación del protocolo de inicio de lactancia precoz en nuestro hospital se ha producido un incremento en la prevalencia de la lactancia materna previa al alta. Podemos concluir que una adecuada información recibida desde una perspectiva multidisciplinar en el periodo prenatal así como una asistencia individualizada a la madre y al recién nacido son factores clave en el éxito de nuestro programa.

P070

Experiencia en un Hospital Comarcal del Inicio Precoz de la Lactancia Materna desde una Perspectiva Multidisciplinar

Ester Bragado Alcaraz; María Beatriz Moreno González; Miriam Lorente Cuadrado; Leticia Varillas Berlandi; Juana María Galera Pérez.

Introducción y objetivos:

Los beneficios de la lactancia materna sobre el recién nacido ha hecho que en los últimos 2 años hayamos incorporado en nuestra área de Salud un programa de introducción precoz de la lactancia materna en los primeros treinta minutos de vida del recién nacido.

Material y métodos:

Hemos diseñado un trabajo para valorar si nuestro programa está siendo efectivo. Para ello, hemos elaborado una encuesta dirigida a las madres que han dado a luz en nuestro hospital. Interrogamos a las mujeres a los 30 días de vida del recién nacido. Los factores evaluados son los siguientes: nacionalidad y edad de la madre, paridad, control de embarazo, información recibida por el pediatra previa al alta, peso del recién nacido, peso a los 30 días de vida, duración de la lactancia materna y causa del destete.

Resumen y conclusiones:

Gracias a la implantación del protocolo de inicio de lactancia precoz en nuestro hospital se ha producido un incremento en la prevalencia de la lactancia materna previa al alta y a los treinta días de vida. Podemos concluir que una adecuada información recibida desde una perspectiva multidisciplinar en el periodo prenatal así como una asistencia individualizada a la madre y al recién nacido son factores clave en el éxito de nuestro programa.

P071

Experiencia Sobre la Lactancia Materna desde Atención Primaria en Nuestra Área de Salud

Juana María Galera Pérez; Encarnación Rosique Gómez; María Beatriz Moreno González; Ester Bragado Alcaraz; Miriam Lorente Cuadrado; Leticia Varillas Berlandi.

Introducción:

Desde ATENCIÓN PRIMARIA la matrona es una figura relevante en la educación prenatal en cuanto a lactancia materna se refiere, para ayudar a las madres a realizar una elección adecuada en cuanto a la forma de amamantar a sus hijos.

Objetivos:

Evaluar la eficacia de la información dada por la matrona desde Atención Primaria a la mujer gestante, y como influye esta en un inicio precoz de la lactancia materna y continuación de la misma.

Material y métodos:

Se ha diseñado un trabajo para valorar si nuestro programa es efectivo, para ello se ha diseñado una encuesta dirigida a las gestantes una vez que ingresan en paritorio, evaluando los siguientes factores: control de embarazo, información recibida sobre lactancia materna desde la consulta de la matrona, conocimiento sobre aspectos teórico-prácticos de la misma, aptitudes previas a la educación maternal sobre la lactancia materna, factores sociales que influyen en la lactancia materna, lactancia materna en embarazos previos.

Conclusiones:

La motivación y el conocimiento por parte del equipo multidisciplinar, van a ser de vital importancia a la hora de que la mujer inicie una lactancia materna precoz así como la continuidad de la misma. Por ello va a ser fundamental la coordinación entre los distintos profesionales, así como una correcta información antes y después del parto para una exitosa y correcta lactancia materna.

P072

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Profesionales Sanitarios sobre la Lactancia Materna

Luis F. Gutiérrez Alonso; Margarita Luque Plaza; Dolores Jara Pérez.

Siguiendo las indicaciones de UNICEF, tratamos de crear indicadores y medidas de evaluación que permitan reproducir y comparar estudios a nivel nacional y europeo sobre el nivel de conocimientos en lactancia materna, y así adecuar la formación del personal sanitario para su apoyo y promoción.

En ningún sitio de nuestra región se utiliza un sistema generalizado de medida. En Europa, tampoco.

Objetivo: Estudio descriptivo transversal para determinar los conocimientos básicos, actitudes, experiencia y prácticas sobre la lactancia materna, entre profesionales sanitarios, farmacéuticos, nutricionistas y responsables de formación, política sanitaria y gestión de nuestra región. Diseño y validación de un cuestionario extrapolable.

Pese a la creencia inicial, hay numerosos artículos al respecto de estudios realizados en todo el mundo. Apenas hay menciones a cuestionarios validados u otros cuestionarios ya utilizados, a excepción del UNICEF-IHAN. Muestran que los profesionales saben que hay un problema de adecuación entre conocimientos, actitud, creencias y praxis; y necesidades muy diferentes de formación según colectivos profesionales.

También los estudios dirigidos a madres presentan cuestionarios interesantes con muestras muy amplias, cuyas respuestas pueden orientar sobre las actitudes del personal sanitario y su nivel de conocimientos, e intervenciones de los farmacéuticos.

En la bibliografía se utilizan gran variedad de cuestionarios, aunque con frecuencia aparece el de la IHAN. En todos los continentes se ven demasiados estudios localistas rondando las mismas cuestiones. Pensamos que todos estos cuestionarios, con tantas cosas en común, y las estrategias de formación implantadas se podrían analizar y adaptar para su reutilización.

De persistir en medir conocimientos, actitudes y práctica parece imprescindible, además de cuestionarios autocumplimentados, contar con un observador experto para valorar el nivel práctico de actitudes y habilidades de consejería.

Tras estudiar la revisión bibliográfica, finalmente, el objetivo original nos parece un estudio costoso, de resultados predecibles. No parece necesario seguir midiendo conocimientos y actitudes, ya que prácticamente todos los estudios vienen a coincidir en estos problemas, confirmando las presunciones de los expertos en lactancia. Tampoco pensamos que este proyecto tuviera gran relevancia en cuanto a su impacto clínico y desarrollo técnico, además de resultar desproporcionadamente caro.

P073

El Conocimiento de los Estudiantes de Enfermería sobre la Lactancia Materna: De Los Mitos a la Realidad

Rosa María Pedroso.

Antecedentes y objetivos

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y no exclusiva hasta los 2 años de edad.

Pretendemos evaluar los conocimientos de estudiantes de enfermería sobre la lactancia materna.

Metodología

Estudio descriptivo y transversal.

Población de estudio: 162 estudiantes de 3er Curso de la Licenciatura en Enfermería.

Uso de cuestionario antes y después de impartir clases sobre lactancia materna.

100 estudiantes (grupo A) contestaron al 1er cuestionario; 81 estudiantes (grupo B) contestaron al 2º.

Información transcrita a SPSS y datos analizados por estadística descriptiva.

Resultados

La edad media es de 20 años en ambos grupos.

El sexo femenino predomina: 86% (grupo A) y 69% (grupo B).

Ambos grupos consideran que amamantar no es una obligación. Sin embargo, en el grupo A un 64% reconoce que amamantar es satisfacer las necesidades psicosociales del recién nacido.

Los dos grupos consideran fundamental que la madre amamante, pero solamente un 58% del grupo A reconoce las consecuencias que la alimentación artificial puede acarrear al recién nacido.

En el grupo A, un 68% de los estudiantes no sabe distinguir la forma correcta de poner el bebé al pecho de la incorrecta.

En el grupo A, un 90% de los estudiantes no reconoce el uso de chupete como posible origen de una incorrecta postura del bebé al pecho.

Un 87,7% del grupo B frente a solamente un 40% del grupo A consideran la ingurgitación mamaria consecuencia de la postura incorrecta del bebé al pecho.

Amamantar de día y de noche solo fue reconocido por un 19% de los estudiantes del grupo A y un 81% considera que el recién nacido debe mamar de día y de noche con intervalos determinados.

Solamente un 8% de los estudiantes del grupo A refiere que la madre debe amamantar de una mama hasta vaciarla y un 64% del mismo grupo admite la toma bilateral con interrupción.

Conclusión

Los conocimientos de los estudiantes de 3er curso de enfermería sobre lactancia materna antes de la enseñanza de los contenidos son escasos e incorrectos. La lactancia materna carece de enfoque científico para descartar mitos comunes e incorrecciones. Sigue siendo objeto de desarrollo, de forma a aumentar el conocimiento y a apoyar y promover la correcta lactancia materna.

P074

Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna en Estudiantes de Medicina

Elisabet Quilez Fernández; Paz Rey Nuñez de Arenas; Trinidad Dierssen Soto; María José Lozano de la Torre.

Antecedentes y objetivos

La evidencia científica demuestra que el apoyo de los profesionales sanitarios tiene un impacto significativo en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Evaluar los conocimientos en estudiantes de medicina en lactancia materna en el manejo de la lactancia.

Métodos

En el mes de diciembre del curso académico 2007-2008 se distribuyó a los alumnos de los seis cursos de medicina una encuesta de 27 preguntas, previamente validada, con temas claves sobre el manejo de la lactancia.

La encuesta individual y anónima debía contestarse espontáneamente, sin consultar con libros. Se recogieron 10 minutos después de su entrega y se obtuvieron 148 encuestas de los 6 cursos de medicina: 1º curso (28), 2º curso (20), 3º curso (24), 4º curso (23), 5º curso (38) y 6º curso (15).

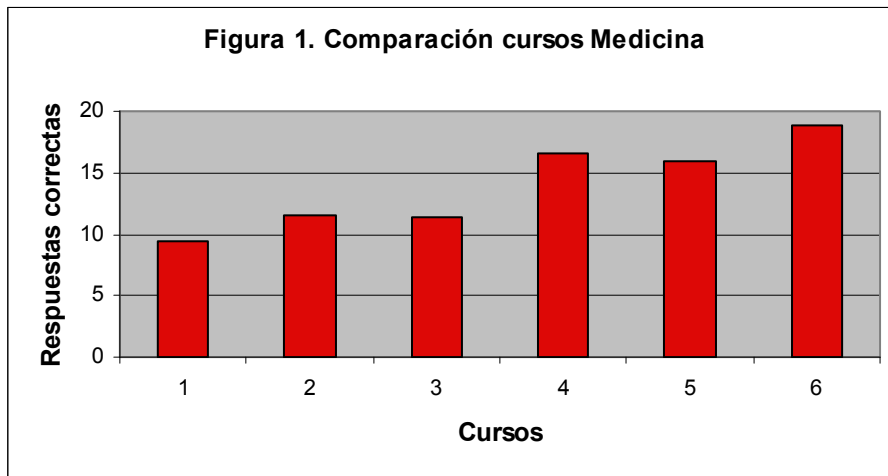
Se realizó el cálculo de la media, desviación estándar (DE) y frecuencia relativa, con el programa Excel.

Resultados:

La puntuación global obtenida fue de media, 13,92 puntos (sobre 27); DE, 2,67; límites, 2 a 24. El porcentaje de aciertos varía en función de la pregunta pero un elevado número de alumnos conoce que lactancia materna debe ser precoz, a demanda y exclusiva durante seis meses.

En la tabla 1 y en la figura 1 se muestran los resultados obtenidos de forma global en los diferentes cursos de medicina

Curso	Número	Media	DE	Límites
1º medicina	28	9,4	2,24	2--13
2º medicina	20	11,52	4,24	6--19
3º medicina	24	11,32	2,12	6--16
4º medicina	23	16,54	1,41	6--22
5º medicina	38	15,97	3,74	7--24
6º medicina	15	18,80	2,28	13--24
TOTAL	148	13,925	2,6717	2--24



Conclusiones

El nivel de formación en lactancia materna es bajo en los dos primeros cursos lo que probablemente refleja lo que ocurre en la sociedad. Sin embargo, en cursos sucesivos, sobre todo con la enseñanza de la pediatría, aumenta el conocimiento sobre lactancia materna y este nivel se mantiene al finalizar la licenciatura.

Destacamos el reducido número de encuestas que hemos podido analizar debido a la escasa colaboración de los alumnos que han demostrado un escaso interés en cumplimentar la encuesta.

P075

Motivación Materna Versus Formación del Profesional Sanitario ¿Cuánto Puede Hacer el Equipo de Pediatría?

Inma Pablos Rodríguez; Ana Morillo Ortega; Emili Fos Escrivà; Dolors Miralles Figueres.

Antecedentes y objetivos:

Hemos comprobado que hay diferencias significativas en cuanto a los índices de lactancia y la formación de los sanitarios. Pero nos preguntamos si una vez tenemos un equipo pediátrico con conocimientos básicos de lactancia, el aumento de conocimientos tiene resultados positivos.

Material y métodos:

Comparamos los índices de lactancia (inicio, 4 y 6 meses) y los problemas iniciales de 2 grupos de población (uno en la consulta de primaria y otro en un grupo de soporte a la lactancia), atendidos por el mismo equipo (enfermera y pediatra); durante un periodo de tiempo de 18 meses. Durante este tiempo el equipo ha ido adquiriendo más conocimientos asistiendo a diferentes cursos de lactancia y de consultoría.

Resultados:

Los índices de lactancia fueron, en la consulta: inicio: 85%, LME 4 meses 50% y LME 6 meses 35%; LM al año 32%. En el grupo de apoyo: inicio 100%; LME 4 meses 77%; LME 6 m 68%.

	Grupo Apoyo	Consulta	Consulta (1)	Consulta (2)
LME inicio	31 (100%)	95 (85%)	95 (100%)	88
LME 4 m	24 (77%)	56 (50%)	56 (59%)	49 (56%)
LME 6 m	21 (68%)	39 (35%)	39 (41%)	32 (36%)
LM 1 año		24/74 (32%)*		
Totales	31	112	95	88

Restando las lactancias artificiales para partir del 100% igual que en el grupo de apoyo.

Restando las madres que siendo del grupo de apoyo se cambiaron de cupo

(*) Resultado sobre el primer año de estudio (descontando los 6 últimos meses)

Entre los problemas que han dificultado la lactancia (o han sido causa del cese prematuro de la misma) hemos encontrado: grietas, escasa ganancia ponderal, mastitis, mastitis de repetición; obstrucciones; parto múltiple, enfermedad neonatal (labio leporino, parálisis braquial, cardiopatía), enfermedad materna (ingreso hospitalario, fibromialgia). La incidencia de problemas (grietas, aumento lento de peso, mastitis, enfermedad materna y enfermedad del niño) ha sido superior en el grupo de soporte (45% (14/31) respecto 20% (23/112)) además de comportar en todos los casos mayor gravedad.

Conclusiones:

Es de gran importancia unos conocimientos básicos del profesional sanitario; pero un “experto” en lactancia ha reportado poco en una consulta, además de que resulta un trabajo frustrante; mientras que liderar a un grupo de apoyo a la lactancia (madre-madre) es altamente gratificante.

P076

Valoración del Apoyo que Realizan los Profesionales Sanitarios a La Lactancia Materna en Nuestra Provincia

Guadalupe María Redondo Olmedilla; Rafael Marfil Ruiz; María del Carmen García Díaz.

Introducción

La lactancia materna (LM) es la mejor forma de alimentación del bebé pero la baja prevalencia y el abandono temprano son constantes. La fuerte motivación y predisposición a la LM de las futuras madres, contrasta con una realidad posterior de escasa implantación y breve mantenimiento.

Metodología

Realizamos un estudio descriptivo sobre apoyo y promoción de la LM mediante cuestionario autoadministrado enviado por correo y e-mail a 21 responsables de la educación maternal en cada ZBS de AP de dos Distritos de la provincia.

Resultados

Contestaron el 71,4% de los encuestados. El 66,7% de los C.S. realiza actividades de promoción y apoyo a la LM que son evaluadas únicamente en el 46,7% de los mismos. El 53,3% de los centros no tiene normas para evitar publicidad de lactancia artificial. El 80% de los responsables son enfermeras/os, no han recibido formación específica sobre LM el 73,3% y el 46.7% dispone de un contrato temporal.

Discusión-conclusiones

La mayoría de los C.S. apoyan la LM y entregan folletos informativos pero permiten publicidad de lactancia artificial, no evalúan sus programas ni facilitan formación específica a los responsables de la educación maternal. Por tanto, no se dan todos los apoyos necesarios para la promoción y fomento de la lactancia natural.

P077

Opiniones del Personal de un Hospital Comarcal sobre Aspectos de Lactancia

Josep Escolà Escribà; Helena Torrens Espinosa; Laura Esperanza Martorell Bon; Esperanza Rebassa Tortella.

Objetivos

Conocer la opinión de los profesionales de la salud, en el ámbito hospitalario, en aspectos concretos sobre LM.

Material y metodos

Se ha repartido un cuestionario de forma voluntaria y anónima sobre aspectos de la lactancia a todo el personal de paritorio y planta de maternidad.

Resultados

Ha habido un 67% de participación entre el personal de paritorio y planta de maternidad.

Más de $\frac{3}{4}$ de los encuestados considera que la primera hora es decisiva para la instauración de la LM. Aun así, solo la mitad de los encuestados (63% del personal de paritorio) piensa que retrasar los primeros cuidados del RN contribuiría a crear mejor el vínculo madre-hijo.

Acerca de evitar chupetes y tetinas o potenciar los métodos alternativos a la tetina, creen que es importante el 63% y 51% respectivamente, observándose unos porcentajes ligeramente superiores entre el personal de paritorio. Sobre las pautas horarias la mayoría coinciden en que no deben darse a las mamás de pecho, aunque si se trata de dar biberón el 53% piensan que sí deben darse pautas. El 91% del personal piensa que la pezonera puede ayudar en algunas ocasiones y el 38% del personal de planta la usaría como primera opción en caso de pezón plano o invertido.

El 77% del personal piensa que no es adecuado intentar convencer, en el hospital, a las madres que han decidido no amamantar a sus hijos, si bien solo el 7% cree adecuado ofrecer la opción del biberón a una madre lactante en situación de dificultad los primeros días.

El 44% del personal piensa que ante una madre lactante que por dificultades se cambia a biberón se debe administrar las pastillas para inhibir la leche en el hospital y aconsejarle que no se estimule los pechos.

La mayoría (81%) considera que la opinión del padre es importante para la instauración de la LM.

Conclusiones

Hay un gran conocimiento teórico sobre aspectos de LM, si bien en la práctica hay cuestiones que crean discusión y polémica entre los distintos profesionales.

Se observa diferencias entre los distintos grupos de profesionales sobretodo comparando personal de paritorio y planta de maternidad.

P078

Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna: Percepción de los Profesionales de la Salud sobre las Prácticas

Manuela Ferreira; Rosália Marques.

La OMS y la UNICEF promueven, protegen y apoyan la práctica de la lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años de edad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad infantil. En el sentido de uniformizar las prácticas de LM fueran creadas un conjunto de medidas designadas “Diez pasos para el éxito de la lactancia materna” en que los profesionales de salud tienen un papel fundamental en el apoyo.

Con este estudio pretendemos analizar la percepción que los profesionales de salud tienen con respecto a su experiencia profesional con la LM. Se trata de un estudio descriptivo correlacional, cuya recogida de datos tuvo lugar durante el primer trimestre de 2008. Fue utilizada una muestra no probabilística, conveniencia, constituida por 111 profesionales de salud contactados por email, que voluntariamente respondieron al cuestionario.

Los resultados obtenidos nos permitieron concluir que los profesionales que constituyeron nuestra muestra son mayoritariamente del sexo femenino (93,7%), con edades entre los veinticuatro y los cincuenta y cuatro años, con tiempo de ejercicio profesional entre uno y treinta y cinco años. 83,8% son enfermeros, 10,8% enfermeros especialistas y un 85,6% trabajan en instituciones no certificadas por la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños. Verificamos que 62,2% tienen formación específica en LM, de estos 41,4% son asesores y un 10,8% son formadores. 54% tienen hasta 3 años de experiencia en el asesoramiento para la LM.

Como cabía esperar, son los profesionales que han capacitación específica sobre LM que obtienen mejores valores en el cumplimiento de los 10 pasos para el éxito de la LM, con diferencias estadísticamente significativas en los pasos 2, 6, 8, 9 y 10. El hecho de pertenecer a una institución certificada va influir en los pasos 1 y 3. Los resultados apuntan a la absoluta necesidad de una formación específica en la LM con el fin de ser un éxito.

P079

Consulta Puerperal Precoz Matrona-Enfermera de Pediatría. Nuestra Clave para una Lactancia Materna Eficaz

Ángel López-Silvarrey Varela; Raquel Ramos Veiguela; Rosa María Veiguela Moreno; Ana María Sánchez García.

Antecedentes y objetivo

Observado el elevado número de abandonos de LM entre el 3er y 7º día de vida del RN, matrona y enfermera de pediatría deciden instaurar una consulta puerperal precoz (al día siguiente del alta hospitalaria) atendida por ambas profesionales.

Objetivo: Determinar las variables asociadas a la presencia de LM

Material y Métodos

- Ámbito de estudio: Centro de salud
- Período de estudio: Enero2006 – Junio2008
- Tipo de estudio: Prevalencia
- Criterios de inclusión:
- Puérperas y bebés nacidos en el período de estudio
- Criterios de exclusión:
- RN<34 semanas de gestación, malformaciones, adopción, lactantes > 6 meses procedentes de otros centros.
- Mediciones: Variables estudiadas en cada puérpera: edad, situación laboral, anestesia regional, tipo de parto, sexo del bebé, asistencia a consulta puerperal y lactancia materna
- Justificación del tamaño muestral: n=257(seguridad 95% y precisión $\pm 6.2\%$)
- Análisis estadístico: Se realiza un análisis multivariado de regresión logística para determinar variables asociadas la lactancia materna

Resultados

Tras tener en consideración la edad de la madre, su situación laboral, parto, el tipo de anestesia utilizada en el mismo, el sexo del bebé, el número en el orden de hermanos y la asistencia o no a la consulta puerperal precoz, objetivamos que las variables que modifican significativamente la probabilidad de lactancia materna son la asistencia a la consulta puerperal (OR=4.5) y el tipo de parto:

Bebés de partos eutócicos lactaron el 72.9%, de distócicos el 69.2% y de cesáreas el 54%.

De las madres que acudieron a la consultan puerperal lactaron un 83.8% y de las que no el 57.0% (p= 0.000; OR= 3.9; 95% IC: 2.1-7.3)

Además, el hecho de acudir a la consulta puerperal, no sólo incrementa la probabilidad de la lactancia materna sino la duración de la misma (5.3 \pm 4.3 vs 3.1 \pm 4.1) Y desde la implantación de la consulta puerperal se incrementa significativamente la lactancia materna en la población estudiada.

Conclusiones

La asistencia a la consulta puerperal, incrementa la probabilidad de lactancia materna exclusiva y total, además de la duración de la misma.

P080

La Consulta de Lactancia: Una Necesidad

Juana María Galera Pérez; María Elena Sánchez Terrer; Fabio Cañavate Payá; Encarna Rosique Gómez; Ana Belén Guirao Molina; Carmen María Guirao Molina.

Introducción:

Entre las funciones de la matrona está la atención a la lactancia. Las intervenciones para apoyar la LM son reconocidas como una recomendación de Categoría B.

La organización del trabajo de la matrona, hace que existan dificultades en el establecimiento de un vínculo con las mujeres lactantes, provocando que no se cubran sus necesidades de apoyo emocional, valoración personal, información y práctica.

Las mujeres lactantes acuden a los GALM principalmente en busca de información sanitaria y práctica, debido al vacío existente en su atención.

Objetivos:

- Demostrar la necesidad de habilitar consultas de LM llevadas por matronas.
- Estimar el nº locales de consulta de LM para nuestra área de salud.

Material y método:

Consulta de datos estadísticos sobre tasas de inicio y mantenimiento de la LM y de las bases de datos Medline y Cochrane.

Análisis de las consultas recibidas por un GALM de la Región durante 11 meses, a partir de los cuales se han estimado el tiempo medio de primeras visitas y sucesivas y su duración media y el nº locales de consulta de LM.

Resultados y discusión:

La matrona es la responsable de proporcionar cuidados a la madre durante el puerperio, así como al neonato y al lactante.

En nuestra Región, al alta hospitalaria alrededor del 80% de las mujeres han iniciado la LMC, y sólo el 30% lo mantiene a los 3 meses.

El principal motivo de abandono de la LM es la aparición de dificultades. El 57% de las consultas realizadas al GALM, están relacionadas con la aparición de complicaciones.

El nº de consultas de LM estimado para el Área, es de 4.

Conclusiones:

Los GALM están cubriendo el vacío profesional dejado por las matronas en la promoción y fomento de la LM y prevención de su abandono. Por tanto, es necesario habilitar 4 consultas específicas de lactancia llevadas por matronas, que atiendan a las mujeres lactantes y sus niños y apoyen al resto de los profesionales del equipo, en el Área de la Región.

P081

Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

María del Mar Blasco Arellano; Iris Navarro Blasco; Ana Bozal Orta; María Luisa Urzaiz Martínez.

Introducción:

Para los niños probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia única y en una etapa de aprendizaje.

Las necesidades, las funciones y capacidades de su cuerpo pueden servir de referencia para decidir el momento propicio de introducir una alimentación complementaria.

Objetivo:

Conocer las recomendaciones sobre alimentación complementaria en un niño-a con lactancia materna en los diferentes Centros de Salud de nuestra Comunidad.

Metodología

Los datos se han recogido mediante una encuesta dirigida a la enfermera de pediatría quien da las pautas, generalmente, sobre alimentación en los centros de Atención Primaria.

La encuesta consta de cinco preguntas relacionadas con el comienzo de la alimentación complementaria, si se introduce antes o después del pecho, si se sustituye el pecho por otros alimentos y por último recoge la opinión del profesional sobre el valor nutritivo de la leche materna a los 2m y a los 12m.

Resultados

A la primera cuestión referente al comienzo de la introducción de otros alimentos el 20% responde a los 4 m, el 45% a los 5m y el 30% a los 6m.

A la pregunta sobre si se sustituye el pecho por complementaria el 30% dice que si y el 70% que no.

A la cuestión ¿se sustituye pecho por alimentación complementaria?, el 30% responde afirmativamente.

Conclusiones

Lo más significativo es que en el 72% de los centros se ofrece alimentación complementaria antes que el pecho con el consiguiente riesgo de que interfiera en la lactancia materna.

Hay un 30% que hace un destete cuando se introduce la alimentación complementaria sustituyendo la leche por otros alimentos posiblemente sin ninguna base científica.

Es importante que las recomendaciones sobre alimentación complementaria sean revisadas periódicamente y se basen en la evidencia científica adaptándose las necesidades de cada niño-a.

Hay que analizar con más seriedad los peligros de una introducción prematura de alimentos en perjuicio de la lactancia materna.

Sería necesario que se creara una guía de introducción de alimentación complementaria y lactancia materna no dependientes de los gustos y creencias del profesional evitando así que haya tantas recomendaciones como profesionales existen.

P082

El Momento de Inicio de la Alimentación Complementaria Influye en la Duración Total de la Lactancia

Inmaculada Almazán; José Andrés Guijarro; Pilar Sánchez; Marta Valles; Mercedes Gutiérrez; Dolores Amo.

El objetivo de este trabajo es analizar en qué medida la introducción de leche de fórmula junto a la alimentación complementaria en lactantes alimentados con leche materna exclusiva hasta ese momento influye en la duración de la lactancia materna, así como en qué medida este adelantamiento de la edad aconsejada de introducción de alimentación complementaria se debe a motivos laborales.

Material y métodos:

Analizamos prospectivamente desde el parto a 146 mujeres atendidas en el servicio de obstetricia de nuestro hospital. De ellas, 136 (un 93,2%) dieron lactancia materna a sus hijos al menos durante un mes. 49 mujeres (un 33,6% de las iniciales) que permanecían con lactancia materna exclusiva hasta el momento de la introducción de la alimentación complementaria y mantuvieron la lactancia materna al menos un mes más. Todas ellas iniciaron la alimentación complementaria con preparados industriales en polvo de cereales sin gluten recompuestos con leche maternizada industrial.

Analizamos diversas variables sociosanitarias para descartar sesgos en los resultados, y el hecho de que la madre tuviese o no un trabajo remunerado fuera del domicilio.

Resultados:

Un 34,7% de las mujeres iniciaron la alimentación complementaria antes de los seis meses, un 46,9% a los seis meses y 18,4% más tarde. El porcentaje de mujeres con trabajo remunerado fuera de su domicilio en cada uno de los grupos fue del 47,1%, 56,5% y 66,7% respectivamente. Tampoco encontramos diferencias en el resto de variables sociodemográficas u obstétricas entre los tres grupos, ni en el tiempo que pasó desde la introducción de la alimentación complementaria hasta el abandono definitivo de la lactancia materna.

Conclusiones:

Un inicio precoz de la alimentación complementaria, al menos cuando ésta es basada en preparados industriales recompuestos con leche de fórmula, influye clara y significativamente en un más precoz abandono definitivo de la lactancia materna. En este adelantamiento de la edad aconsejada de introducción de alimentación complementaria no influyen motivos laborales de la madre ni la escasa duración de la baja maternal, sino la presión publicitaria de la industria alimentaria tanto sobre la misma madre como sobre los profesionales sanitarios que la aconsejan.

P083

Estudio Piloto de Calidad y Hábitos Alimentarios en Niños Procedentes de Distintas Lactancias

Inmaculada Vives Piñera; María Ángeles Gómez Ortigosa; Mónica Hernández Martínez; Beatriz Mercader Rodríguez; Antoni Oliver Roig; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivos:

Valorar la calidad de la dieta y hábitos de una muestra de niños que han recibido LM prolongada (> 6 meses) frente a los de corta duración (< 30 días).

Material y métodos:

Presentamos datos preliminares de una muestra de 60 niños nacidos en 2005, divididos en dos grupos, LM > 6 meses (N=32), frente a los que recibieron LM < 30 días (n= 28). Se recogieron datos del Recordatorio de 24 horas, Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, adaptado y validado, además de preguntas concernientes a la conducta y valoración de la alimentación del niño por parte de la madre (gustos, rechazo de alimentos, variedad). A partir de estos datos se midió la calidad de la dieta mediante los índices Kidmed y Healthy Eating Index (HEI). El análisis del Recuento de 24 horas se realizó siguiendo las tablas de composición de alimentos de Mataix y las recomendaciones de energía y nutrientes para la población española. Se realiza un análisis descriptivo de frecuencias de la muestra, análisis bivariado mediante test de χ^2 para variables cualitativas y test de la T para datos cuantitativos.

Resultados:

Los resultados obtenidos con ambos índices coinciden en que el 56,7% (n= 34) de los casos presentan una dieta subóptima o mejorable. Un 23,3% (n= 14) prefería alimentos dulces, 40% (n= 24) salados y el resto no tenía una preferencia clara. Las madres consideraban que la alimentación de sus hijos era variada en un 81,7% (n= 49) y adecuada en un 86,7% (n=52). La media de puntuación de ambos índices obtenida en el grupo de LM > 6 meses fue menor que la del grupo de lactancia < 30 días (IC95% [1,8-10,13] HEI y [0,01-1,78] Kidmed). El porcentaje de niños que rechazaba algún tipo de alimento fue superior en el grupo de LM >6 meses. No hubo diferencias significativas en el resto de variables medidas.

Conclusión:

Al igual que estudios previos en España, un elevado porcentaje de niños presenta hábitos dietéticos mejorables. Estrategias para la salud como la promoción de la LM, deben ser continuadas durante todas las etapas del desarrollo. Es necesario realizar estudios más amplios para confirmar estos resultados y analizar otros posibles factores.

P084

Evolución del Peso a lo Largo del Primer Año de Vida en Relación al Tipo de Lactancia

Eresvita Blanco Fernandez; José Cesareo Naveiro Rilo; Irene Cabañeros Arias; María Antonia Olea Movilla; María Ángeles Prieto Santos; Montserrat Rodriguez Fernandez; Manuel Morán Rodriguez.

Introducción y objetivos:

Describir la evolución del peso en el primer año de vida en relación con la lactancia materna.

Pacientes y métodos:

Estudio transversal con datos retrospectivos. Se recogió una muestra aleatoria de historias clínicas de niños nacidos entre 2000 y 2005. El tamaño de muestra se calculó para una confianza del 95%, una precisión del 4,8% y una prevalencia de inicio del 60%. Se prefijó un tamaño de muestra de 400.

La fuente de datos para obtener la información fueron las historias clínicas pediátricas de cada niño, almacenadas en un archivo centralizado.

Las variables principal del estudio fue el tipo de lactancia -al inicio, a los tres meses y a los seis meses-, con tres categorías: lactancia materna exclusiva (LME), cuando el niño se alimenta únicamente del pecho materno; lactancia mixta (LMM), cuando al pecho materno se le añade alguna toma con leche artificial; lactancia artificial exclusiva (LA). Peso al nacer, a los tres meses, a los seis y al año,

Para comparar el promedio de peso según el tipo de lactancia en las edades estudiadas se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para un factor.

Resultados:

Iniciaron la lactancia materna exclusiva (LME) un 63,5 % (IC 95%: 58,6-64,5). A los seis meses permanecen un 22,6 % (IC 95%: 18,4-26,9). Un 80,5% (IC 95%: 75,4-84,6) comienzan lactancia materna total -exclusiva o mixta- (LMT).

Los niños con lactancia mixta desde el nacimiento tienen tendencia a presentar un peso mayor que los de lactancia materna exclusiva y los de lactancia artificial.

La ganancia promedio de peso desde el nacimiento hasta los tres, los seis y los 12 meses es significativamente mayor en los niños con lactancia mixta.

Conclusiones:

Los niños con lactancia mixta son los que ganan más peso a lo largo del primer año de vida. Los alimentados con lactancia materna exclusiva son los que ganan menos peso a lo largo del primer año de vida

P085

Lactancia Materna y Situación Laboral de la Mujer

Encarna Pastor Torres; Mónica Esquerdo Laib; Trinidad López Fernández; Miguel Sánchez Saucó; Mercedes Llamas del Castillo; Marlene Martín; Juan Antonio Ortega García.

La OMS recomienda que todo recién nacido se alimente de forma completa al pecho de su madre como mínimo durante 6 meses. Estudiamos los factores de riesgo y protectores sobre la duración de la lactancia materna completa (LMC) y total (LMT) en mujeres trabajadoras incluida la exposición laboral a disruptores hormonales xenoestrogénicos.

Método

Estudio de seguimiento desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida en una cohorte de 85 parejas madres trabajadoras-hijos nacidos en nuestra maternidad. Estudio descriptivo, de supervivencia y Regresión de COX.

Resultados

Duración media y mediana de la LMC fue de 63 y 45 días. Prevalencia de LMC y LMT a los 6 meses: 8% y 35% respectivamente. 14% abandonaron el trabajo durante la gestación-embarazo sin vinculación retributiva. El 49 % de las madres continuaban sin incorporarse a los 6 meses postnatales. Hazard ratio(HR) a los 6 meses: 1) LMC: madre fumadora 2,06 (95%IC 1,18-3,47); edad materna >35 años 1,84(95%IC 1,03-3,28); incorporación después de las 16 y 23 semanas de vida postnatal ,35(95%IC ,14-,89) y ,15(95%IC ,04-,63). 2) LMT: madre fumadora 3,49 (95%IC 1,86-6,55); edad materna >35 años 3,02 (95%IC 1,58-5,76); incorporación después de las 16 y 23 semanas de vida postnatal ,27(95%IC ,08-,91) y ,18 (95%IC ,04-,77) respectivamente; cesárea 2,01(95%IC 1,03-3,89) . 3) En ambos tipos (LMC y LMT) a medida que se prolonga la baja maternal se alarga el periodo de LM 0,96(95%IC 0,93-0,98). La exposición laboral pregestacional a disruptores endocrinos no parece interferir con la duración de la lactancia.

Conclusiones

Muy pocas las madres trabajadoras alcanzan las recomendaciones de OMS. Los programas de protección y promoción de la LM en mujeres trabajadoras deben contemplar medidas dirigidas a disminuir el número de cesáreas innecesarias, fomentar la deshabituación antitabáquica de las fumadoras e incluir mecanismos legales que retrasen la incorporación a la actividad laboral como garantía para conseguir una lactancia duradera.

Nuestro agradecimiento por el apoyo al programa de Mount Sinai International Exchange Program for Minority Students soportado por el MD001452 National Center on Minority Health and Health Disparities de los US National Institutes of Health.

P086

Taller de Lactancia Materna: Dos Años de Magia en la Tarde de los Lunes en un Espacio Público no Sanitario Coordinado por Tres Asesoras

Laura Pacheco Torrijo; Vicenta Biosca Blanch; Joan Montaner Losada; María Teresa Monja Alesanco; María Jesús Albero Albero.

Introducción:

En el taller se crea un ambiente propicio para que cada madre cuente aquello que le preocupa, que quiere compartir; todas escuchamos, opinamos sin censurar y ayudamos a mejorar cada situación.

Objetivo:

Comprobar la efectividad del taller respecto a las expectativas de las madres.

Material y Métodos:

Se han realizado 86 sesiones, a las que han acudido 75 madres, con una media de 10 mujeres por sesión. Realizamos ficha de 60 madres (80%) que han acudido a más de tres sesiones. La ficha incluye datos personales de la madre, del bebé, embarazo y parto, trabajo y crianza, por qué acudieron al taller y qué cambios proponen.

Resultados:

Edad media madre 32,7 años [21,45]. El 57% tienen estudios superiores, el 28% medios.

Decisión de dar pecho: el 45% desde siempre, 47% durante el embarazo. El 95% dieron pecho en las 3 horas siguientes al parto; de ellas, el 84% en la primera hora (la mitad nada más nacer). Primeras horas de LM: el 61% sin problemas, el 28% problemas de agarre al pecho.

El 56% trabajan; de ellas, el 71% lo hace con jornada completa continua. Al incorporarse al trabajo, sus hijos tenían menos de 6 meses en el 46% de los casos; sólo un 9% ha vivido mal esta experiencia. El 83% introdujo la alimentación complementaria (AC) a los 6 meses.

Edad media del niño en la primera sesión de taller 72 días; la mitad tenía menos de 30 días. Solo el 27% de los niños se han destetado: media de edad 17 meses [3,42]. Solamente 2 niños se destetaron de forma no natural.

El motivo por el que acuden al taller es: 61% por problemas y 31% demanda de información (32% embarazadas).

El 69% no cambiarían nada del taller; el 15% introducirían mejoras en el local; el 10% aumentarían el número de sesiones por semana.

Conclusiones:

Las madres que acuden al taller encuentran información y solución a los problemas que plantean, contribuyendo a mantener la LM tras la incorporación al trabajo y el inicio de la AC, armonizando su situación personal con la familiar, laboral y social.

P087

Experiencia Comunitaria en Promoción de Lactancia Materna

Maria Stephanie Hendriks; Rosa María Gomez Gonzalez; Emma Manrique Fabelo.

Antecedentes:

En la actualidad la Lactancia Materna es la forma mas adecuada de alimentar a los recién nacidos. Aunque la decisión última de dar lactancia natural la debe tomar la madre, la figura del profesional sanitario tiene mucha importancia a la hora de informar sobre las cualidades y beneficios de la misma. Por ello siguiendo el programa de Aulas de Salud de la Gerencia proponemos realizar un encuentro de embarazadas y madres con Lactancia Materna. Utilizamos un método expositivo, interrogativo y demostrativo, el personal sanitario que conduce el encuentro son, una matrona y una enfermera de pediatría, con una duración de 3 horas y los contenidos a tratar son:

El impacto de la salud futura del bebe y beneficios de la madre.

Lactancia materna a demanda.

Tropiezos de Lactancia Materna en el Encuentro.

Objetivo:

Promoción de la Lactancia Materna.

Materiales y metodos.

Estudio descriptivo transversal, la población de estudio son las madres que acuden a la educación maternal con la matrona y las madres que acuden a consulta de pediatría con su recién nacido que estén con L M.

Fuente de datos: Cuestionario diseñado para el estudio.

Variables analizadas: Cuestionario anónimo, voluntario y espontáneo, formado por 1 ítem sobre la edad, si esta embarazada en este momento y n ° de hijos que tiene 4 ítem de respuestas cerradas sobre, que le ha parecido el encuentro, si lo recomendaría, con que frecuencia se podría repetir y sobre la metodología utilizada, para finalizar con un ítem de respuesta abierta sobre temas a tratar en próximos encuentros,

Resultados.

Pendientes de tabular los datos por llevarse acabo la actividad recientemente.

Conclusiones:

Pendientes de de tabular datos.

P088

Mantenimiento de la Lactancia Materna en Niños que Acuden a Talleres de Lactancia e Influencia de las Características Maternas

Begoña De La Iglesia López; Marisa Torijano Casalengua; Máxima Madroñal López; Purificación Madroñal López; Susana Fernández Crespo; María del Carmen Bravo.

Antecedentes y objetivos:

Desde mayo de 2006 se desarrollan talleres de Lactancia Materna (LM) en tres centros de salud (CS) de nuestra área en los que las madres resuelven sus dudas acerca de la lactancia. El objetivo es conocer el mantenimiento de LM a los 5 meses del nacimiento en niños cuyas madres acuden al taller, así como la posible influencia de determinadas características sociodemográficas, con el fin de detectar puntos débiles y aplicar acciones de mejora.

Material y métodos:

Estudio prospectivo del impacto de una intervención en madres de niños nacidos entre el 1 de mayo 2006 y el 30 de abril de 2007 que han acudido a los talleres de LM de dos CS urbanos de nuestra área sanitaria. A la llegada al taller se les proporciona a las madres un cuestionario autoadministrado en el que se recogen las variables relacionadas con LM, y en octubre de 2007 se les contacta telefónicamente para conocer cuánto tiempo duró la LM.

Resultados:

85 mujeres han pasado por los talleres. Un 84,3% han mantenido LM exclusiva al menos 5 meses teniendo en cuenta que un 19% llegó con lactancia mixta y 1,2% con lactancia artificial. Más del 75% de las madres tienen estudios superiores o secundarios. Acuden mayor porcentaje de madres primíparas (77,6%).

No se han encontrado diferencias según la alimentación, tiempo entre nacimiento y llegada al taller, edad de la madre, paridad, tipo de parto, educación materna e ingreso hospitalario. Existe un mayor mantenimiento de LM, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, entre madres que trabajan fuera de casa, padres con estudios secundarios o universitarios, o si se puso el niño al pecho tras el parto. Se encontró mayor proporción de mantenimiento cuando referían un nivel de ayuda >3 ($p=0,04$). Del 45,3% de madres que han expresado su opinión por escrito el 61% hacen mención expresa a los talleres como experiencia positiva.

Conclusiones:

Casi el 85% de las mujeres que han acudido a los talleres han mantenido lactancia materna al menos durante 5 meses. Las madres con un mayor nivel sociocultural y apoyo en casa mantienen mejor la LM.

P089

La Lactancia Materna Eficaz no Está Garantizada en Madres con Experiencia

Rosa María Gómez González; María Luisa Martín de Arrate; Eusebio Manuel Guillermo García; María Fe Gómez Fernández.

Antecedentes:

La OMS Y UNICEF recomiendan mantener la Lactancia Materna (LM) exclusiva y a demanda durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria hasta uno o dos años de vida, sin que exista un límite máximo de tiempo.

Existe suficiente evidencia científica sobre las ventajas de lactancia: protección contra la obesidad, contra la diabetes tipo 1, contra la enfermedad celíaca, enfermedades inflamatorias del intestino y contra cáncer infantil. Además de los efectos beneficiosos no cuantificados todavía sobre factores de riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS: Conocer si existe diferencia en la duración de la lactancia materna y las posibles causas de abandono entre primíparas y multíparas.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron las madres que acudieron en primera visita, a la consulta de pediatría a lo largo del 2006. Los criterios de inclusión en el estudio era contestar una encuesta telefónica, realizada por la misma enfermera. La fuente de datos fue un cuestionario diseñado para el estudio que se contestó de forma anónima y voluntaria. Las principales mediciones realizadas fueron: tiempo de lactancia del niño, causas de abandono, quien informó sobre la lactancia natural y en que momento debe ser recibida.

Resultados:

El total de encuestadas fueron 86, 45(52,2%) primíparas y 41(47,8%) multíparas.

Superan los 6 meses de LM 24(53,5%) de primípara y 17 (41,1%) de multípara.

Superan el año de LM 7 (15,55%) primípara y 5 /12,1%) multípara.

Cree haber recibido información suficiente 66,6 % la primípara y el 87,8% multípara.

La información debe ser antes del parto 33(73,3%) primípara y 29 (70,8%) multípara.

La principal causa de abandono fue la sensación subjetiva de falta de leche, 16 (42,15%) en primípara y 16 (39,1%) en multípara.

La principal fuente de información es la matrona (65,9 %) primípara (56,1%) multíparas.

Conclusión:

La duración la LM es mas duradera en las madres primíparas y la principal causa de abandono es la sensación subjetiva de falta de leche.

P090

Intervención Enfermera en la Comunidad: Implantación de un Grupo de Autoayuda en Lactancia Materna

Ana María Marin Pellicer; Montserrat Pérez Pérez; Nuria Hernandez Vidal; Rosa María García de Acuña; Demetria Patricio Peña; Yolanda Gómez López.

Justificación:

Nuestra población tiene un alto índice de inmigración (43%). La población diana a la que se dirige nuestra intervención enfermera es la comprendida entre las madres que han decidido dar lactancia y son susceptibles de abandono antes del cuarto mes de vida del niño.

Los motivos del abandono suelen ser: La falta de apoyo profesional o del propio entorno, falta de información en cuanto a la lactancia materna y estilo de vida.

Objetivos:

Incentivar y prolongar la Lactancia Materna, mejorar los conocimientos sobre la misma y motivar la autoayuda.

Metodología:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo desde el inicio del grupo en noviembre de 2007 hasta noviembre de 2008, formado por madres expertas, madres noveles y una enfermera conductora, con una frecuencia de dos horas por semana.

Resultados: han participado en el grupo un total de 47 madres (40 noveles i 7 expertas), siguen lactando el 68% (15 han superado los 6 meses de lactancia). Abandonaron la lactancia 32% de mamas, las edades de los niños en el momento del abandono oscilan entre 1 y 15 meses. Para el 81% era su primer hijo, 17% su segundo hijo y 2% su tercer hijo. La media de asistencia diaria al grupo es de 8 madres y su frecuentación es de 66% asisten entre 1 y 4 semanas y el 34% asisten entre 5 y 24 semanas. El 62% de las madres trabajan. Por edades, el 51% tienen entre 30-39 años, el 32% entre 20-29 años. El 83% habian lactado con anterioridad. Por paises de procedencia, el 37.4% son españolas, el 15.9% de Europa, el 13.5% de America latina, el 11.6% de Africa, el 5.5% de Asia.

Conclusiones:

Precisan de mayor refuerzo las madres de procedencia nacional y las que tienen su primer hijo.

La edad predominante en el grupo abarca la horquilla de 30 a 39 años.

El trabajo dificulta el mantenimiento de la lactancia materna.

El refuerzo obtenido en el grupo ha facilitado prolongar en el tiempo la l. materna.

P091

Estudio Descriptivo de los Registros de Enfermería Sobre la Lactancia Materna Durante la Estancia Hospitalaria

Pilar Gómez; Ainara López; Teresa González; Pilar Peláez; María Jesús Urarte; Mercedes Fernández.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de la lactancia materna durante el ingreso hospitalario de las puérperas.
- Revisar los evolutivos de enfermería.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal mediante revisión de 625 historias clínicas de mujeres que dieron a luz un solo bebé durante el 2007; la muestra se eligió de forma aleatoria. Se estudiaron variables relacionadas con la lactancia. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados:

Perfil de puérperas: el 44% tenía entre 31 y 35 años, el 53% tuvieron parto eutócico y un 14% cesárea; al 76% se le aplicó anestesia epidural.

El 91% de los recién nacidos pesaron entre 2500 y 4000gr.

El 95.5% de las puérperas decidió dar el pecho tras el parto, el porcentaje de lactancia materna al alta hospitalaria fue del 86%.

Al 80% de los recién nacidos se les colocó al pecho durante la primera hora tras el parto, y el 75% de los recién nacidos cogía bien el pecho durante su estancia en el hospital. Un 32% recibió suplementos de leche artificial.

El 15% de las madres refirió dolor en los pezones por la succión del bebé; de las cuales el 30% presentaban grietas. No se encontró relación estadística ($p < 0.05$) entre los datos registrados de dolor en los pezones y otros factores como número de hijos, tipo de parto, dificultad de la madre para colocar el bebé al pecho o que el recién nacido no realizase buena técnica de succión.

Conclusiones:

La prevalencia de la lactancia materna obtenida en este estudio es aceptable según las recomendaciones de la OMS.

Se propone un mejor abordaje del dolor y las lesiones de los pezones.

Se hacen una serie de propuestas dirigidas a mejorar los registros de enfermería sobre la lactancia materna.

P092

Informe de Enfermería al Alta: Una Realidad e Instrumento para el Seguimiento de la Lactancia Materna y la Continuidad de Cuidados

Milagros García Aroca; Marina Díaz García; Juan Jesús Díaz Cazorla; Ana María García Pérez.

Hipotesis:

El informe de continuidad de cuidados mejora y garantiza la continuidad y seguimiento de la lactancia materna en púerperas.

Objetivos:

- Evaluar la continuidad o interrupción de la lactancia materna exclusiva al alta en las unidades de púerperas del hospital.
- Elaborara una herramienta funcional de comunicación entre los profesionales de atención primaria (enfermeras y matronas) y Atención especializada.
- Asegurar el seguimiento de los cuidados con las enfermeras del equipo de atención primaria mediante el informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta de la madre y del recién nacido.

Material y método:

El material utilizado es:

- La experiencia del personal de enfermería.
- Bibliografía encontrada del tema.
- Documento - registro que sigue una misma línea de trabajo iniciada a su ingreso y durante su estancia en el hospital.

El método utilizado es analítico- descriptivo longitudinal, utilizando una base de datos con variables cuantitativas y cualitativas, recogidas del informe de continuidad de cuidados.

Resultados:

- El 91% de las púerperas salen del Hospital con lactancia materna. El 4% con lactancia artificial y otro 4% con lactancia mixta.
- Las enfermeras ponen en el apartado del informe de observación de una toma, que el 50% de las pacientes se les ha observado una toma y un 28% se les hizo en la recuperación de partos, el 22% que resta no se ha puesto nada en este apartado en el informe.
- En cuanto al estado de las mamas el 94% salen con buen estado el 3% con grietas y el 3% con ingurgitación.
- Las recomendaciones al alta se dan al 95% de las pacientes.

El resto de resultados se desarrollaran en la comunicación.

Conclusiones:

Es un documento que proporciona una visión global del estado de la paciente y del recién nacido y de los cuidados enfermeros que precisan.

Contribuye al seguimiento de las anomalías detectadas durante su ingreso.

Favorece la inclusión en los programas de salud, existentes en las zonas básicas SMS.

Sirve para mejorar la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.

P093

Valoración de la Administración de Suplementos en una Unidad de Obstetricia

María Dolores Forteza Pons; Juana María Prieto Vall.

Antecedentes y objetivos:

Si bien el porcentaje de lm en nuestra unidad es elevado y pese a que todas la bibliografía recomienda la no administración de suplementos de leche artificial a los recién nacidos sanos no conocemos actualmente el porcentaje de suplementos que se administran ni la forma en que se hace. El objetivo de nuestro estudio es conocer el porcentaje de suplementos que se administran, el tipo (leche artificial o leche materna con extracción con sacaleches), causas que motivan la administración de suplementos, forma de administración de los mismos y en que franja horaria se administran con mayor frecuencia.

Material y métodos:

el Hospital dispone de una gráfica informatizada del recién nacido. La revisión se ha realizado a todos los niños sanos de la unidad de obstetricia ingresados entre los días 28 de septiembre a 28 de noviembre de 2008.

En ese período de tiempo se incluyen 453 niños, de los cuales 101 fueron alimentados con leche artificial y 352 con leche materna. Éstos últimos son el objeto de nuestro estudio.

En la revisión de gráfica se han revisado 2 apartados:

- un apartado específico en el que se deben registrar los suplementos administrados, la hora, la cantidad y la forma
- los comentarios evolutivos de enfermería
- los comentarios evolutivos del pediatra.

Los datos recogidos son:

- Porcentaje de niños amamantados al pecho que han recibido suplementos de leche artificial
- Porcentaje de niños amamantados al pecho que han recibido suplementos de leche materna
- Causas que han motivado la administración de los suplementos:
 - 1º Por orden médica
 - 2º A petición de los padres
 - 3º Por valoración de enfermería
 - 4º No consta
- Franja horaria en que se ha administrado el suplemento: durante el día (de 8 am a 22 pm) o noche (22 pm a 8 am) o en ambos turnos
- Forma de administración del suplemento:
 - tetina

- jeringuilla
- suplementador
- se han utilizado varios métodos de suplementación
- no consta

Conclusiones:

Actualmente se están revisando los resultados obtenidos

P094

Evaluación de la Observación de una Toma en Púerperas

Rosa Llavall Andreu; María Martínez Ruiz; José Gambín Ródenas; Antolina Rodríguez Martínez; Antonio García Martínez; M^a José Infer Reina.

Es labor del personal de enfermería asesorar a las madres en el adiestramiento para que se realice una lactancia satisfactoria, y con resultados adecuados a las expectativas del binomio madre-hijo.

El registro de la observación de una toma, lo han efectuado el personal auxiliar de enfermería por medio de un documento que recoge una serie de ítems que evalúa la mamada, y detecta problemas, aunque la madre no los refiera.

Objetivos:

- Detectar problemas de posición, de respuesta, anatómicos, de succión, y de tiempo.
- Evaluar la eficacia del documento,
- Analizar la incidencia de cada problema detectado
- Incidir sobre el tiempo utilizado en esta tarea.

Metodología:

Material:

- Documento elaborado por la unidad de medio ambiente del Hospital con los siguientes datos: posición del cuerpo del bebe, respuestas, succión, tiempo, turno del personal que lo realiza, tiempo que utiliza, y por ultimo nombre y apellidos.
- Experiencia del personal auxiliar de enfermería.
- Bibliografía
- La herramienta utilizada es una hoja de cálculo donde se recopilaron los ítems establecidos en el documento de observación de una toma transformando los datos en variables cualitativas, a estudio.

El método: es analítico descriptivo longitudinal retrospectivo.

Resultados:

El documento se empieza a realizar en Julio de 2008, evaluaremos todos los que tengamos hasta el 15 de Diciembre del mismo año.

- Partos vaginales 2436
- Cesáreas 543
- Se realizaron en la 2^a planta 64 documentos de observación de la toma
- Se realizaron en la 3^a planta 270 documentos de observación de la toma.

El resto de estadística en el desarrollo del estudio.

Conclusiones:

Es muy importante la observación de la toma en maternidad, para que se inicie la lactancia de forma individualizada y satisfactoria, para el binomio madre-hijo. Rectificaremos de esta forma los factores detectados, en una mala técnica.

No es tan fácil disponer en numerosas ocasiones de tiempo para aplicar esta herramienta tan útil para la detección de problemas, pero se va adquiriendo habilidad con forme se van realizando con mayor frecuencia.

P095

Tiempo Destinado a Resolver Dudas sobre Lactancia Materna

Marta Díaz Gómez; Josefina Álvarez Álvarez; María Dolores González Pérez; Verónica Rodríguez Pérez; Milagros Mesa Luis; Flor Hernández Torres.

Objetivos.

Conocer el tiempo que dedican las enfermeras a informar y resolver dudas sobre lactancia materna (LM), al ser éste un aspecto fundamental para programar tanto las necesidades de personal como su formación y no existir datos publicados al respecto.

Material y método.

El estudio se realizó en una unidad neonatal (250 partos/mes) durante todo el mes de noviembre. Tanto la enfermera en los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche) de Nidos, como la enfermera de apoyo a la LM (de 10.00 a 17.00 h), realizaron un registro detallado de los motivos de consulta, si fueron resueltas de forma personal o por teléfono y el tiempo destinado a ello.

Resultados:

Cada enfermera dedicó una media de 1,1 h. a resolver dudas sobre lactancia materna. El tiempo medio por intervención fue de 10,1±6,9 mn. La mayoría fueron realizadas de forma personal (87,7%). Solo el 12,3% por teléfono. Estas últimas requirieron menos tiempo (3,4±2,6 mn. vs 11,0±6,8 mn, $p<0.0001$). La enfermera de apoyo a la LM destinó mas tiempo y realizó mas intervenciones que sus compañeras de Nidos (2,7±0,6 h./turno de trabajo y 11,6±5,4 mn./intervención vs 0,8±0,4 h./turno de trabajo, $p<0.0001$ y 9,3±7,4 mn/intervención, $p=0.02$). La información sobre LM al ingreso y en el momento del alta, fue la intervención más frecuente (32,2% del total), a ella se destinó una media de 12,1±7,6 mn. Los problemas para el agarre del RN le siguieron en frecuencia (15,2% del total, con un tiempo medio de 9,6±4,5 mn.). Los problemas de LM que necesitaron más dedicación fueron: la ingurgitación de las mamas (16,8±7,0 mn.), problemas en la extracción de leche (13,0±7,6 mn.), o en la colocación del niño al pecho (10,6±6,6 mn.) y grietas en el pezón (10,1±9,6 mn.)

Conclusiones:

Aunque en el hospital se disponga de una enfermera de apoyo a la LM, esta no puede cubrir toda la demanda de intervenciones relacionadas con la LM. Es necesario un programa de formación continua en LM para todo el personal del sector materno-infantil, con especial hincapié en la técnica de lactancia, extracción de leche y prevención de problemas frecuentes en las mamas, como la ingurgitación y las grietas.

P096

Motivo de Abandono Lactancia Materna en la Región de Murcia en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria

Javier Gimenez Arnau; Olga Monteagudo Piqueras; Tomás Fernandez Aparicio; José Javier Herranz Valera; Susana Sánchez Bautista; Antonio Serrano Navarro; Rafael Herrero Delicado; Claudio Buenestado Castillo; María José Martínez Ros; Josefina Marín López.

Introducción

La cartera de servicios de atención primaria de nuestra región recoge de manera sistemática las revisiones periódicas del niño sano de 0 a 23 meses. Entre éstas, destaca el seguimiento de la lactancia materna, mediante un protocolo no obligatorio dentro de la historia clínica informática (OMI-AP). Este estudio pretende describir el motivo de abandono según tipo de lactancia.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en los centros de atención primaria de nuestra región informatizados. La población de estudio son lactantes con menos de 2 años de edad que acuden a su centro de atención primaria durante el 2007. Como criterio de inclusión se determinó que hubiera actividad registrada sobre lactancia a través del protocolo. Para el análisis se utilizó la información referida al último registro.

La fuente de información para el estudio fue a partir de la historia clínica electrónica (OMI-AP). Se han descrito variables como edad, sexo, tipo de lactancia y motivo de abandono. El análisis de los casos se realizó con el programa estadístico SPSSvs12®

Resultados

De 15.867 casos, el 48,6% eran niñas. La media de edad fue de 10 meses para ambos sexos. Se excluyó un 8,5% de los registros por no contener el tipo de lactancia. De 3.693 que recibían lactancia materna de manera exclusiva, el 10,5% de las ocasiones se abandonó por decisión de la madre, el 4,0% problemas maternos, el 0,9% enfermedad del niño, el 0,1% enfermedad de la madre y otro 0,1% hipogalactia. De 749 lactantes que predominantemente recibían lactancia materna, el 8,9% abandonó por decisión de la madre, el 3,1% problemas maternos y el 1,1% enfermedad del niño. De 2.671 lactantes que recibían lactancia mixta, el 9,3% fue decisión de la madre, el 3,7% problemas maternos, el 0,7% enfermedad del niño y el 0,1% hipogalactia. De 7.403 lactantes que no recibían lactancia materna, el 31,9% fue decisión materna, el 23,3% problemas maternos, el 3% enfermedad del niño, el 0,1% enfermedad de la madre, el 0,5% hipogalactia y el 0,2% otros motivos.

Conclusiones

Independientemente del tipo de lactancia elegida, la decisión materna no especificada, es la principal causa de abandono de la lactancia. Esfuerzos futuros deberían dirigirse a concretar el motivo de la decisión materna para el abandono.

P097

Calidad de Registro de la Lactancia Materna en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en la Región de Murcia

María José Martínez Ros; Antonio Serrano Navarro; Javier Gimenez Arnau; Olga Monteagudo Piqueras; Rafael Herrero Delicado; Tomás Fernandez Aparicio; José Javier Herranz Valera; Susana Sánchez Bautista; Mercedes Hidalgo Asis; Josefina Marín López.

Introducción

El seguimiento de la lactancia materna forma parte de las revisiones periódicas del niño sano de 0 a 23 meses. Esta información se recoge de manera sistemática como parte de cartera de servicios de atención primaria en nuestra región.

Se trata de un protocolo no obligatorio dentro de la historia clínica informática (OMI-AP). Este estudio pretende valorar la calidad de registro de los Datos Generales del Paciente (DGP) referidos a lactancia materna

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en los centros de atención primaria de nuestra región informatizados durante el año 2007. La población de estudio son lactantes con menos de 2 años de edad que acuden a su centro de atención primaria. Como criterio de inclusión se determinó que hubiera actividad registrada sobre lactancia a través del protocolo. Para el análisis se utilizó la información referida al último registro.

La calidad de registro se ha hecho comparando porcentualmente la base de datos de población protegida (CIVITAS) con la información registrada en OMI-AP, para cada área de salud.

Resultados

Para el total regional de 33.219 lactantes hay actividad registrada en 15.867 (48,0%). Área I total población protegida 12.792, con una actividad registrada de 5.688 (44,5%). Área II total población protegida 8.624, con una actividad registrada de 3.727 (43,2%). Área III total población protegida 4.086, con una actividad registrada de 2485 (60,8%). Área IV total población protegida 1.458, con una actividad registrada de 532 (36,5%). Área V total población protegida 1.482, con una actividad registrada de 1267 (85,5%). Área VI total población protegida 4.777, con una actividad registrada de 2168 (45,4%).

Conclusiones

Existen diferencias en el nivel de registro entre las Áreas de Salud, siendo el porcentaje más alto el correspondiente al Área V de salud. El registro en los protocolos OMI-AP puede ser un indicador a la hora de valorar las actuaciones que sobre la lactancia materna se implantan.

P098

Producción Científica en España sobre Lactancia Materna. Estudio Comparativo Entre Comunidades Autónomas

María Dolores Campos Navarro; José María Martínez Zapata.

Antecedentes y objetivos.

Existen numerosos artículos que han evaluado la producción científica en España en el ámbito de la salud pero suelen ser estudios generales sobre diferentes especialidades médicas. No hemos encontrado ninguna revisión de la producción sobre lactancia materna, por lo que nos proponemos profundizar en el tema.

Material y métodos.

Se han recopilado las siguientes comunicaciones y publicaciones con documentación expuesta en Internet: comunicaciones presentadas en las dos últimas ediciones del Congreso Español de Lactancia Materna (bianual) y en los cuatro últimos de la Asociación Española de Pediatría (anual), artículos sobre lactancia materna publicados en las revistas Anales de Pediatría, Enfermería Clínica, SEMERGEN, Atención Primaria y Pediatría en Atención Primaria (años 2000 a 2008). Se ha calculado la frecuencia total y el número de trabajos según la población de cada comunidad autónoma a 1 de enero de 2008 (Instituto Nacional de Estadística), tomando como referencia la localización del primer autor.

Resultados.

Se ha obtenido información de 311 comunicaciones a Congresos de Lactancia Materna, 25 comunicaciones a Congresos de la Asociación Española de Pediatría y 53 artículos de las revistas mencionadas (379 trabajos en total). En números absolutos, las comunidades que más trabajos divulgaron fueron: Cataluña (75), Comunidad Valenciana (54), Canarias (49) y Madrid (46). Al relacionar el número de trabajos con la población (tabla 1), las primeras comunidades quedan ordenadas de la siguiente forma (trabajos por 100.000 habitantes): Cantabria (27,5), Canarias (23,7), Baleares (15,9) y Murcia (11,9).

Conclusiones.

La coincidencia de las dos primeras comunidades de la lista con la celebración de los dos últimos congresos específicos sobre lactancia materna (Tenerife 2006 y Santander 2004) puede explicarse porque la organización de un congreso supone un empuje en la actividad científica local. No existe uniformidad en el territorio nacional en cuanto a la actividad científica sobre lactancia materna.

Comunidad Autónoma	Trabajos por 100.000 habitantes
Cantabria	27,5
Canarias	23,7
Baleares	15,9
Murcia	11,9
Comunidad Valenciana	10,8
Cataluña	10,2
Navarra	9,7
Madrid	7,4
Asturias	6,5
Castilla-La Mancha	5,9
País Vasco	5,6
Andalucía	4,5
Castilla y León	4,3
Galicia	3,2
Aragón	3,0

P099

Análisis de las Aportaciones a un Foro Virtual sobre Lactancia Materna

Rosa Sorribas Roig; Anna Pascual Picañol; Josep Escolà Escrivà; Alba Padró Arocas; Ramón Ollé León.

Objetivos:

Analizar la cantidad y contenido de las preguntas y aportaciones realizadas en un foro virtual de LM.

Describir el perfil de usuario al foro de LM.

Material y método:

A lo largo de un mes se hace un seguimiento de las preguntas planteadas en un foro de LM. Durante el mes posterior se contabilizan las aportaciones y visitas y se clasifican las preguntas por temas.

Resultados:

Se han planteado 327 preguntas (media:10,9 preguntas/día) realizadas por 236 usuarios. En total se han registrado 69.950 visitas al foro de las cuales 3.104 han sido aportaciones escritas a las distintas preguntas (media: 215,2 visitas/pregunta y 9 aportaciones/pregunta). En cada pregunta intervienen 6 usuarios diferentes de media.

El perfil de usuario que realiza las preguntas son mujeres (99,7%), de 31,5 años de media, residentes en España (95,3%), primíparas (64,3%) y realizan sus preguntas tras el parto 92,1% (de 0 a 3 meses 20,4%, de los 3 a 6 meses un 23,1%, de 6 a 12 meses 24,5% y más de 12 meses 24,1%).

Los 4 temas con mayor número de preguntas han sido: técnica y frecuencia de tomas, LM y medicamentos, compartir información (artículos, webs, noticias) y lúdico. Seguirían por orden: sociedad y familia, enfermedades del pecho, cosas del niño, complementos para la lactancia, LM y trabajo, LM y alimentación complementaria, LM prolongada, cantidad y calidad de leche, peso del niño, las noches y la menstruación.

Los temas más visitados son los de carácter social y reivindicativo de la lactancia.

Entre las preguntas 27 (8,3%) fueron planteadas después de la visita al pediatra y 7 (2,1%) fueron para resolver problemas de amigas.

Conclusiones:

El foro de LM constituye una forma de difusión de información y apoyo mutuo y una herramienta de acercamiento de toda la comunidad virtual.

El anonimato y la condición de comunidad virtual hace que las mamás expresan con toda libertad sus dudas, temores, alegrías y logros.

En el foro se encuentra muestras de empatía pero también respuestas de profesionales de la salud que moderan el foro.

P100

Realidad en el Tipo de Lactancia en Hijos de Profesionales de un Comarcal

Mónica Rodríguez Castaño; María Pilar Moreira Estévez; Natalia Gil García; Silvia Vilouta Rey.

Objetivo:

Conocer la experiencia sobre lactancia materna (LM) y lactancia artificial (LA) de las trabajadoras de un comarcal joven, con una política que fomenta la LM.

Método:

Estudio descriptivo analizado mediante SPSS. Variables categóricas expresadas como valores absolutos y porcentajes, y continuas con distribución normal como media +/- desviación.

201 encuestas que recogen edad, categoría, número hijos y edades, inicio, duración y experiencia de la LM, qué tipo de lactancia daría en futuros hijos, curso sobre LM.

Resultados:

Media de edad de las encuestadas 35.50 años (28.7-42.3), distribución gaussiana.

- Facultativas 10.9%
- Enfermeras 30.8%
- Auxiliares 31.3%
- Laboratorio 1.5%
- Rayos 1.5%
- Personal de servicios generales 10.9%
- Restauración 3%
- Limpieza 5%
- Otros 5%

El 59.22%(119) de las encuestadas tienen hijos: 1 hijo, 38.7%(46); 2, 55.5%(66); 3, 5%(6); 4, 0.8%(1)de ellas. 2 adoptados.

Iniciaron LM el 90.2%: no lo consiguieron un 9.3%; hasta 2 meses11.1%; 2-4meses13%; 4-6meses16.7%; 6-8meses13%; 8-12meses10.2%; 1-2años8.4%; 2-3años3.7%; 3-4años0.9%; >4años2.8%.

Resultó una experiencia agradable en un80.7%.

Iniciarían en caso de futuros hijos LM el 86.6%.

Realizaron un curso sobre LM el 39.3%(79), siendo su mayoría auxiliares(30) y enfermeras(40). De éstas, 72 elegirían LM en futuros hijos, 4 LA y 3 no contestan.

El 29.3%(58) opinan que la LM es "fácil sin duda"; 37.4%(74), "fácil, con dificultades el 1ºmes"; 7.1%(14), "dificultades los 3primeros meses"; 26.3%(52), no es fácil.

Conclusiones

- Inician LM el 90.2%: en 1ºhijo 86.2%; en 2ºhijo 88.9%; en 3ºhijo 85.7%; 1 caso de 4 hijos con LM todos 6 meses.
- En el segundo hijo, la duración de la LM es menor.
- Existe relación directa entre la elección de LM y haber hecho curso de formación.
- La LM resulta una experiencia agradable en la mayoría de los casos, repitiendo en siguientes hijos.
- Encontramos relación directa entre creer que es fácil y experiencia agradable.
- A pesar de considerar la LM una experiencia desagradable (11casos), 8 de ellas volverían a elegir LM si tienen otro hijo.

P101

Influencia de la Elección del Tipo de Lactancia en Hijos de Profesionales de un Comarcal

Mónica Rodríguez Castaño; María Pilar Moreira Estévez; Natalia Gil García; Silvia Vilouta Rey.

Objetivos:

Conocer los factores que influyen en la elección de lactancia materna(LM) o lactancia artificial(LA), en las profesionales de un comarcal joven con una política que fomenta la LM.

Método:

Estudio descriptivo analizado mediante SPSS. Variables categóricas expresadas como valores absolutos y porcentajes, y continuas con distribución normal como media+/- desviación.

201 encuestas que recogen edad, categoría, número de hijos y edades, factores de influencia para iniciar LM o LA, sentir presión o cambiar de opinión por trabajar en este hospital.

Resultados:

Media de edad 35.50 años (28.7-42.3), distribución gaussiana.

- Facultativas10.9%
- Enfermeras30.8%
- Auxiliares31.3%
- Laboratorio1.5%
- Rayos1.5%
- Administración10.9%
- Restauración3%
- Limpieza5%
- Otros5%

El 59.22%(119) de las encuestadas tienen hijos: 1 hijo, 38.7%(46); 2, 55.5%(66); 3, 5%(6); 4, 0.8%(1)de ellas. 2 adoptados.

Inician LM el 90.2%.

Factores a favor:

- mejor alimentación97%
- reforzar vínculo madre-hijo62%
- comodidad39%
- lectura21%,
- amistades/entorno10%
- hay que sacrificarse por los hijos9%

- gratuita9%
- grupos de apoyo7%
- familia6%
- matrona3%

Factores en contra:

- falta de información27.3%
- amistades/entorno18.2%
- familia18.2%
- trabajo18.2%
- enfermedad13.6%
- comodidad9.1%
- no tener al niño pronto9.1%
- compartir tareas con otro cuidador9.1%
- mejor alimentación4.5%
- miedos4.5%
- intento pero no resultó9.1%

Influyen en inicio de LA:

- no tener leche53.7%
- otros24.4%
- dolor en mamas22%
- falta de apoyo profesional14.6%
- falta de apoyo familiar9.8%
- dificultades en agarre12.2%
- complicaciones en parto/cesárea4.9%
- no tener al bebé en postparto/postcesárea inmediato0%
- ingreso del bebé0%
- Se han sentido o sienten presionadas por trabajar en el hospital un13.4%(27).

Conclusiones

- Los factores que más influyen positivamente en la LM son mejor alimentación y reforzar vínculo madre-hijo.
- Los de influencia negativa, falta de información y de apoyo.
- Creer “no tener leche” es la causa más frecuente de inicio de LA.
- El 35.2%de las trabajadoras que tuvieron hijos cambiaron de opinión a favor de la LM por trabajar en el hospital.
- Se sienten presionadas un 13.4% por trabajar en el hospital.

P102

Prevalencia y Análisis de la Lactancia Materna Exclusiva en una Zona Básica de Salud

María Antonia García López; Olga Ros Bas; Alfonso Miguel Muñoz Ureña; Francisco Pérez Aguilar; María Dolores Olivo Pérez.

Antecedentes:

La OMS reconoce que la gran mayoría de las mujeres (más del 97%) son fisiológicamente capaces de dar el pecho a sus hijos de modo satisfactorio. El comité de expertos de la OMS (Ginebra, 2001) concluyó con recomendaciones para la práctica de lactancia materna exclusiva (LME), durante los primeros seis meses de vida y para la investigación, identificando los obstáculos biológicos y sociales de la LME en diferentes entornos geográficos y culturales. Definimos LME, como la alimentación exclusiva de leche materna, sin leches adaptadas, cereales, zumos de frutas u otros alimentos.

Más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura: la técnica de amamantar

Objetivos:

Conocer la prevalencia de la LME en nuestra zona básica de salud, los factores maternos socioculturales y las complicaciones perinatales relacionadas con el inicio y mantenimiento de la LME.

Diseño:

Investigación observacional descriptivo transversal.

Participantes y criterios de selección: Todos los niños nacidos entre el 01/11/04 y el 30/11/05 y sus madres (236 niños). Se realizó una entrevista dirigida por la enfermera, en la revisión de 15 meses. El cuestionario consta de diez preguntas. No forman parte del estudio aquellos niños que no acudieron al centro ni fueron localizados durante el periodo de recogida de datos.

Mediciones principales:

Análisis univariante, descriptivo y de frecuencias por cada ítems recogido. Análisis bivariante: T-Student, ANOVA y/o Chi cuadrado. Se establece el nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia en el inicio de LME es de 75,4% de los niños. La duración media de LME es de 2,99 meses.

La edad media materna es de 31,26 años y el 45,9% de las madres no trabaja. El menor porcentaje de LME es en niños varones, prematuros y procedentes de cesárea. Influyen de manera positiva para LME el origen materno, donde las que más lactan son las mujeres procedentes de África.

Conclusiones:

Tanto la prevalencia en el inicio como la duración media de LME en nuestra zona de salud es elevada, los factores maternos que más influyen son el origen materno, y el tipo de parto.

P103

Estudio Descriptivo de la Alimentación en los Primeros Seis Meses de Vida

Teresa Carceller Segura; Inmaculada Adell Prats; Carolina Vilches Peña; Pilar Orz Zarzoso; Cristina Menacho Mancheño.

Antecedentes. Objetivo.

El equipo de Atención Primaria propone intervención sobre alimentación infantil, en ciudad de 25.248 habitantes. Previamente, realiza estudio descriptivo, objetivo principal: "Conocer la alimentación en los seis primeros meses de vida y factores que pueden condicionarla, en los niños/as nacidos en 2007".

La información servirá para valorar la necesidad de intervención, orientará el diseño del programa y formará parte de su evaluación.

Material. Metodos.

Encuesta para contestarla en consulta o telefónicamente, cuatro encuestadores; 19 preguntas cerradas sobre el parto, filiación de madre y niño/a, nacionalidad, tiempo en España, actividad, hijos anteriores y tipo de alimentación en primeros meses de vida. Prueba piloto con 18 mujeres. Durante el año 2008 cumplimentan 209 encuestas de una muestra de 243. Criterio de selección: mujeres que han sido madres durante el 2007 y que el/la niño/a es atendido/a en este centro de salud. Con datos obtenidos se elabora matriz informática Excel y en análisis de resultados se trabajan medias, desviaciones estándar (DE), porcentajes, comparación de medias y prueba chi cuadrado.

Resultados.

El 9% encuestas cumplimentadas en consulta. 52% varones.

Porcentaje de mujeres que amamantan a su hijo/a: mes 0=68, mes 1=67, mes 2=61, mes 3=54, mes 4=48, mes 5=39, mes 6=34.

Datos descriptivos

Variable \ Origen	Total	España	Marruecos	Otras nacionalidades
% encuestadas		62	19	19
Media edad madre, DE	30,5(5,76)	31,9(4,66)	27,6(7,84)	28,7(4,97)
Trabajo hogar (*)	46	34	90	41
Primer hijo (*)	49	50	34	59
Media edad 1º hijo, DE	28,5(5,42)	30,6(4,31)	22(6,06)	26,6(4,14)
Leche materna inicio (*)	78	71	89	90
Leche materna >6 m (*)	32	30	37	34
Introducir otros alimentos, media meses	5,0	4,9	5,1	5,2

(*) % relacionado con mujeres de su nacionalidad.

Se demuestran diferencias estadísticamente significativas en el nº de hijos y trabajo en el hogar entre marroquíes y el resto. Amamantar al inicio, diferencia entre mujeres primíparas y multíparas, y entre inmigrantes y españolas, estas diferencias desaparecen en tres primeros meses.

Conclusiones.

Descenso progresivo de lactancia materna en primeros meses de vida y, más, en los primeros días, hace aconsejable una intervención en atención primaria, especialmente, en mujeres españolas.

P104

Estudio de Prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva

Isabel Gonzalez Camacho; Natalia Rodriguez Duque.

Antecedentes y objetivos

- Estudiar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en primeros 6 meses
- Conocer los condicionantes que obstaculizan la lactancia materna exclusiva en nuestra isla.
- Primera monitorización o recogida de datos de lactancia que se realiza en nuestra zona de salud que nos permitirá realizar estudios comparativos de tasas de lactancia en un futuro.

Material y métodos

- Autorización o consentimiento por escrito para participar en el estudio de prevalencia de la lactancia materna
- Cuestionario estudio de lactancia
- Encuestas telefónicas seriadas.

Al alta hospitalaria se informa a la madre del estudio que se pretende realizar.

Se da a cada madre el consentimiento para la participación al estudio de manera opcional.

El objetivo del estudio es conocer aspectos relacionados con la alimentación del bebé, para lo cual necesitamos que nos respondan a una encuesta que se realizará al alta hospitalaria, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses posteriores del nacimiento del recién nacido.

Se realizará una encuesta telefónica de duración estimada de 5 minutos aproximadamente.

La confidencialidad de la respuesta está absolutamente garantizada.

Esta información será analizada por un equipo de profesionales, con el objetivo final de cómo se alimentan nuestros niños desde su nacimiento y cuáles son las principales dificultades a las que se enfrentan los padres en relación a este tema.

Resultados

Tasas de lactancia materna exclusiva, mixta y artificial a la salida del hospital, al mes, a los tres meses y a los seis meses.

Valoración de condicionantes más frecuentes que afectan al abandono de la lactancia materna exclusiva.

Introducción de alimentos suplementarios antes del sexto mes de vida del bebé.

Conclusiones

Alta incidencia de lactancia materna al alta hospitalaria

Significativa influencia positiva del apoyo prestado a nivel hospitalario para la instauración de la lactancia materna en aquellas madres que han decidido lactar a sus bebés.

Escasa formación en lactancia materna de los profesionales de la salud que atienden a la madre y al bebé.

Incorporación de alimentos suplementarios en los primeros meses.

Influencia negativa de condicionantes o creencias populares para el mantenimiento de lactancia exclusiva en los primeros meses.

Primera monitorización o recogida de datos de lactancia que se realiza en nuestra zona de salud que nos permitirá realizar estudios comparativos de tasas de lactancia en un futuro.

P105

Primer Estudio de Incidencia, Prevalencia y Conocimientos sobre los Beneficios de la Lactancia Materna

Amparo Rodríguez García; María Victoria Belenguer Tarín; María Ángeles Fuster Salvador.

Palabras claves:

Incidencia de lactancia materna, prevalencia, conocimiento de los beneficios.

Objetivos:

Evaluar la incidencia de la lactancia materna (L.M.), la prevalencia a los seis meses y conocer si las mujeres saben sus beneficios, en una zona rural

Material y métodos:

Ámbito del estudio: Mujeres embarazadas que acudieron a la consulta de la matrona de Atención Primaria desde Octubre del 2006 hasta Noviembre del 2008, quedando excluidas aquellas que fueron una vez y no continuaron allí con el seguimiento.

Se elaboraron dos encuestas: El primer cuestionario se pasó en la consulta en la semana 28 de la gestación y recoge variables sociales medicas y obstetricias. Es aquí cuando se realizaron las preguntas relacionadas con la intención de lactar y el conocimiento de los beneficios de la L.M. El segundo cuestionario fue a través de llamada telefónica a los 6 meses del nacimiento. Se preguntaba si dio L.M., el tiempo que duró, sino la comenzó, o si la abandonó

Resultados:

Este estudio se realiza en 182 mujeres.

La intención de dar L.M. fue de 81.31%, y el 8.10% no la lleva a cabo.

A los 6 meses el 48.52% mantuvieron exclusivamente L.M., el 14.72% la combinaron con otras leches y el 36.76% la abandonaron.

El 98.9% dicen conocer las ventajas, pero el 7.69% no nos señalan ninguna. Entre las ventajas figura: 24% beneficios para la salud, 22.75% inmunidad, 36.30% económico.

Conclusiones:

Aunque la mayoría de las mujeres dicen conocer los beneficios de la L.M, un porcentaje significativo no supo expresar ninguna. A la vista del alto número de mujeres que conocen sus beneficios, es sorprendente la gran cantidad que no tienen intención de dar L.M. y también el gran número de abandonos que se produce durante los primeros seis meses. En este estudio no se pretende investigar sobre dichos motivos, seria interesante para los próximos profundizar acerca del porque las mujeres aun, conociendo los beneficios de la L.M., deciden no dan de lactar y los motivos que llevan al abandono en aquellas mujeres que comenzaron.

P106

Comparación de Prevalencias de la Lactancia Materna en dos Zonas de Salud: Urbana y Rural

Encarnación Sobrino Magán; Rosa Ramírez López; Prado Sánchez-Molero Martín; Ana Morales Romero; Ana María Romero Quevedo; Amparo Cejudo Lozano.

Introducción y objetivo:

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y su prolongación, acompañada de otros alimentos hasta más allá del 2º año es la alimentación más adecuada para los niños (OMS y UNICEF). Según los datos publicados por el comité de lactancia materna de la AEP, en 1997, recoge una prevalencia del 20 % a los 4 meses, muy por debajo de la preconizada. Realizamos un estudio de prevalencia y duración de Lactancia Materna (LM) en dos zonas de salud, una rural y otra urbana

Material y método:

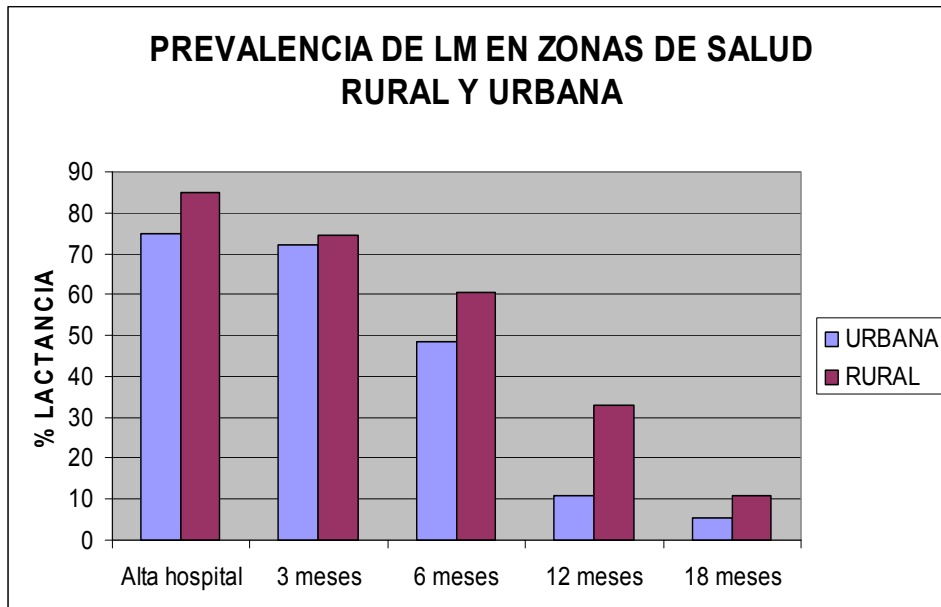
Estudio descriptivo transversal. El estudio se realizó en un cupo de pediatría de un centro de salud urbano y los dos cupos de pediatría de un centro de salud rural. Los datos fueron recogidos de la historia clínica del programa informático del Servicio de Salud de nuestra comunidad autónoma, seleccionamos todos los recién nacidos de dichos cupos desde el 1 enero 2006 hasta 31 de diciembre del 2006. La muestra del urbano es de (n = 96) y del rural (n = 128). Se excluyeron los niños que abandonan el programa de revisión del niño sano.

Las variables que se recogieron fueron: LM al alta hospitalaria, duración de la LM total, expresada en meses. Entendemos por duración LM el periodo total de leche materna, con o sin otros aportes nutritivos

Resultados:

CS rural: Mujeres que inician la LM, el 85,16% (n = 109), a los 3 meses, siguen el 74,31%, a los 6 meses el 60,55% a los 12 meses 33,02% y a los 18 meses el 11,01%.

CS. Urbano: inician LM 75 % (n = 72), a los 3 meses mantienen el 72,22%, a los 6 meses el 48,61%, a los 12 meses el 11,11% y a los 18 meses 5,5%



Conclusiones:

No hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia en las dos zonas, la LM al inicio en estas dos zonas es similar a la publicada por otros grupos españoles, en nuestras zonas conseguimos mayor prevalencia a los 3 meses y seguimos manteniendo más allá de los 12 y 18 meses.

P107

Hábitos de Lactancia Natural entre las Madres Gestantes de un Área Sanitaria

Rosa Albina Núñez Cobo; Diego Medina Moreno; Ángel Herrera Álvarez; Andrés Murillo Mesa; Rosario Ojeda Gutiérrez.

Introducción:

La lactancia materna se erige como la mejor forma de alimentar al recién nacido, fortalece el vínculo afectivo madre-hijo, ayuda a la involución uterina y favorece en general la recuperación fisiológica materna.

La promoción, pues, de la lactancia natural, es uno de los objetivos de calidad en la atención perinatal del sistema sanitario público de nuestra Comunidad Autónoma y uno de los grandes retos para los profesionales sanitarios en cuanto a Educación Sanitaria se refiere. A pesar de ello, son muchos los factores que conspiran contra el logro de este objetivo, de índole cultural, psicosocial, o por situaciones clínicas que lo impiden. Conocerlos dentro de nuestro entorno más cercano supone poder establecer áreas de mejora y conseguir una mayor implicación en el fomento de este hábito, tanto por profesionales como por usuarias.

Objetivos:

1. Conocer el grado de adherencia a la lactancia materna que consiguen nuestras usuarias tras el alta hospitalaria post parto.
2. Evaluar el impacto que tienen las intervenciones sanitarias (Educación Maternal) en la adherencia a la lactancia natural.
3. Identificar en qué momento y cuáles son los motivos que influyen en el abandono de la lactancia natural.

Metodología:

Estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo a través de la técnica de la encuesta estadística entre las madres del Área Sanitaria que han tenido su parto en el Hospital, entre el 1 de Enero de 2008 y el 15 de Junio de 2008.

El muestreo ha sido polietapico, estratificado por lugar de residencia entre las Unidades de Gestión Clínica y selección de las madres por muestreo aleatorio simple. Con un error muestral para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) del $\pm 5\%$ para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista telefónica y recoge una serie de variables de tipo sociodemográfico, hábitos de lactancia según las principales recomendaciones de la OMS y otras fuentes de evidencia científica.

Resultados:

Analizamos el perfil sociodemográfico de las usuarias que acudieron a nuestro Hospital por motivo de parto en el periodo indicado, así como la adherencia a la lactancia natural, identificando los motivos de abandono, el momento del mismo, y posibles relaciones causales.

Conclusiones:

En proceso.

P108

Prevalencia de la Lactancia Materna Durante los Primeros 6 Meses en un Área Sanitaria

Begoña De La Iglesia López; Marisa Torijano Casalengua; Rosa Ana Milagros Dulanto Banda; Susana Fernández Crespo; Soraya Deocal Reina; Purificación Madroñal López.

Antecedentes y objetivos:

Para poder valorar el impacto de las intervenciones de Promoción de la Lactancia Materna (LM), es necesario establecer el punto de partida de la LM en nuestra área sanitaria. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de LM durante los 6 primeros meses de vida de los niños nacidos a finales del 2007.

Material y métodos:

Estudio descriptivo longitudinal de prevalencia en niños nacidos entre noviembre y diciembre de 2007, con Tarjeta Sanitaria a mayo de 2008. Las fuentes de datos fueron el registro de paritorio del hospital y el programa de tarjeta sanitaria. Cada sanitario que viese al recién nacido al alta, a los 15 días, al mes, a los 2 meses, a los 4 meses y/o a los 6 meses debía registrar el tipo de alimentación en el momento de la visita. Los datos se clasificaron según criterios de la OMS. El registro se realizó en Excel 2003 y análisis en SPSS 13.0.

Resultados:

Se identificaron a 266 niños nacidos en el periodo previsto. La edad media de las madres fue de 31,2 años (DE: 5,6, de 17 a 46 años de 255 edades obtenidas). Se recibió al menos 1 dato de alimentación de los primeros 6 meses en el 86,8% (231/266). Al alta, los datos sobre LM fueron: LM Exclusiva: 49.8%, LM Predominante: 1.8%, LM Parcial: 24.4% y no LM o destete: 24%. De los 52 niños que iniciaron el destete al alta (24% de 231), 51 no llegaron a probar la leche materna (22% de 231). El 9,1% (21/231) recibió LM Exclusiva los 6 meses, mientras el 26,4% (61/231) tuvo algún tipo de LM durante este periodo. Los momentos de mayor abandono de LM fueron al alta y a los 15 días.

Conclusiones:

La prevalencia de LM al alta es mejorable. Existen momentos críticos en los que la actuación de los profesionales podría tener un mayor impacto (al alta y a los 15 días). El registro con definiciones claras de la alimentación del lactante permite evaluar los puntos de partida y la efectividad de nuestras intervenciones.

P109

Prevalencia de la Lactancia Materna a los 6 Meses de Edad en Lactantes Nacidos en un Hospital Amigo de los Niños

Beatriz Flores Antón; Susana De las Heras Ibarra; María Dolores Lledín Barbancho; Josefa Barrio Torres; Laura Domingo Comeche; David Montes Bentura; María José Rivero Martín.

Objetivo:

1.-Determinar la prevalencia actual de LM a los 6 meses en niños nacidos en una maternidad acreditada hace 2 años. 2.-Conocer tasas de lactancia en meses posteriores al alta. 3.-Analizar factores relacionados que puedan influir.

Material y metodos:

Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Encuesta telefónica a madres de niños de 6 meses de edad en el momento de la encuesta (nacidos en Mayo08). En ese mes nacieron 280 niños, 249 (88.92 %) amamantados. Criterios de exclusión: neonatos ingresados, dificultad idiomática, sin tlf. Muestra necesaria de 52 madres (para población elegible 140 madres, IC95%, precisión 10% y prevalencia de LM a los 6m estimada en 30%). Encuesta con 37 preguntas abiertas y cerradas, evaluando variables socioeconómicas, atención en parto y maternidad; y alimentación del niño. Estadística con SPSS 15.0.

Resultados:

Encuestadas 54 madres, edad media 30.6 años(DS4.3), primíparas: 28(51.9%); casadas: 39(72,2%); estudios primarios/secundarios: 42(77.8%); trabajan 25(47.2%). De los 56 niños, EG media 39.3 semanas (DS1.4) (rango 36-41); peso 3283 g (DS475.3); varones: 25(44.6%); parto vaginal: 43(79.6%).

En la maternidad, 44 niños (78.6%) recibieron sólo LM. Si sucedáneos de LM (SLM), 83.3% administrados con jeringa. Y 13(23.2%) usaron chupete en los 15 primeros días. 29 madres (53.7%) usaron sacaleches en domicilio, la mayoría manual. 11 utilizaron pezoneras (20.3%), sólo una con indicación.

Prevalencia de la LM a los 2 meses de edad: 80%; 4 meses: 74.6%; a los 6 meses de edad: 49,1% (27 niños).

Comparando los que lactan < 6 meses frente a los que siguen con LM a los >6m, sólo hay diferencias significativas en el uso de chupete ($p<0.0001$) y en la administración de SLM en las 24 horas previas al alta ($p<0.012$).

Motivos más frecuentes de abandono de lactancia: hipogalactia (45,2%) y actividad laboral (25,8%). Un 20% de las madres cree que con más apoyo, sobre todo laboral, hubiese continuado amamantando.

Conclusiones:

La prevalencia de la LM a los 6 meses de edad es significativamente más elevada que en otras series publicadas. La administración de SLM al alta y el uso precoz de chupete se asocian en nuestra población con una menor duración de la LM.

P110

Lactancia Materna: Invertir en Salud

Maribel López García; Laura Martín Roca; Yolanda Alonso Soto; Jorge Taboada Gómez.

Introducción:

A pesar de los beneficios de la lactancia natural, en ocasiones las rutinas hospitalarias resultan condicionantes para la prevalencia de la misma al alta.

Mediante este estudio se pretende conocer la prevalencia de lactancia natural al alta hospitalaria tras un cambio en el funcionamiento de la unidad de obstetricia y ginecología de nuestro hospital comparándolo con un periodo anterior al cambio, a través de encuestas a madres que han dado a luz a recién nacidos vivos, bien sea parto vaginal o cesárea.

Objetivos:

Estudiar la prevalencia de la lactancia materna en dos grupos (año 2004 y 2007) hasta los 6 meses de vida, ver factores condicionantes y evaluar la intervención de enfermería en la promoción de la lactancia materna.

Metodología:

- Tamaño muestral: 226 madres del 2004 (grupo control) y 237 del año 2007 (grupo intervención).
- “Encuesta de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía” (modificada). Encuesta telefónica.

Resultados:

- 40% de la muestra : 184 mujeres encuestadas (93 de 2004 y 91 de 2007)
- Prevalencia de lactancia materna en el sexto mes:
grupo 2004 = 43%
grupo 2007 = 54,9%
Diferencia 11,9%; $p=0,105$
- Respecto al fomento y educación sobre la lactancia materna: al ser preguntadas si recibieron información acerca de la lactancia materna el 43,3% (2004) respondió que sí frente al 56,7 (2007) ($p= 0,009$). A la pregunta sobre si el bebe había permanecido en todo el momento con la madre, el 41,1 del 2004 respondió que sí frente al 58,9% del 2007 ($p<0,001$).
- No diferencias significativas en edad, nivel de estudios, situación laboral, periodo de baja por maternidad ni estado civil.
- La prevalencia de lactancia materna es mayor en el grupo del 2007 durante todos los meses hasta el 6º mes incluido (supervivencia).
- El análisis multivariante muestra una OR de 1,353 favorable al grupo intervención (NS).

Conclusiones:

Con los resultados obtenidos, podemos decir que con una buena educación sanitaria y no separando el binomio madre-hijo, la prevalencia de la lactancia materna hasta los 6 meses es de un 12% mayor.

P111

Lactancia Materna en Mujeres Ecuatorianas. Influencia de los Factores Socioculturales

María del Carmen Elena Elena; María del Carmen Martínez Muñoz; María Rosario Martín Robles; Ana Belén Baño Garnés; Carmen María Martínez Mellado; María Serrano Murcia.

Introducción:

A pesar de que la lactancia materna va tomando auge en nuestro entorno social debido a las campañas sanitarias, hay que poner de manifiesto que la incorporación de la mujer a su puesto de trabajo, influye en el abandono de la misma. Las prácticas naturales (como la lactancia materna) están reguladas por la cultura y el contexto social. Tradicionalmente se ha considerado que en las sociedades “desarrolladas” la prevalencia de la lactancia materna ha sido menor que en las consideradas “en vías de desarrollo” por diversos factores, entre ellos el económico. Nos interesaba en este estudio analizar las particularidades de la lactancia materna en un colectivo inmigrante con mucho peso en nuestro medio, las mujeres ecuatorianas.

Objetivos:

- Conocer qué factores influyen en la mujer ecuatoriana a la hora de dar el pecho a sus hijos.
- Investigar el cambio cultural en el hecho biológico de la lactancia materna en ese colectivo.
- Valorar el nivel de asesoramiento recibido.

Material y método:

Mediante el método de investigación de tipo etnográfico se ha realizado un trabajo de campo consistente en entrevistas a un total de 68 personas (54 mujeres ecuatorianas, 3 matronas de los diferentes centros de salud, 9 matronas del hospital y 2 médicos de familia).

Resultados:

El periodo de lactancia en Ecuador:

- El 95% dieron lactancia materna un mínimo de 6 meses.
- El 60% de ellas llegaron incluso hasta el año o más.
- Las causas de la gran mayoría apuntó al déficit de recursos económicos.

El periodo de lactancia en España:

- El 80% han abandonado la lactancia materna durante el primer mes.
- Sólo el 15% han llegado a dar cuatro meses.
- Ninguna ha superado 6 meses.
- Las causas de la gran mayoría apuntó a la incorporación al puesto de trabajo.

Conclusiones:

El cambio cultural, en este caso desde un país en vías de desarrollo a un contexto “desarrollado”, creemos que afecta de forma negativa a la práctica tradicional de la lactancia en las mujeres inmigrantes ecuatorianas que por diversos motivos (principalmente el laboral) adoptan los esquemas culturales que nuestra sociedad impone.

P112

Apoiando la Lactancia Materna ¿Los Resultados nos Animam a Continuar?

Maria Aurea Rodriguez Blanco; José Manuel Martín Morales; Natalia Gonzalez Alonso; Nathalie Carreira Sande; Ricardo Vázquez Regueiro; Raquel García Martínez; Jacobo Muñiz Rodriguez; José Manuel Paredes Deus; José Manuel Carou Gonzalez; Ana María Barreiro Carreño.

Objetivo

Describir los resultados de una política de apoyo y promoción a la lactancia materna (LM) en nuestro hospital durante 10 años. En 1998 el inicio era de 48% y en 2003 de 53%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional:

- del 16/09/ 2007 al 15/09/2008,
- datos de los recién nacidos en nuestro hospital.

Resultados

- No hay diferencias en las características de las madres e hijos de las que deciden lactar y las que no, salvo que las primíparas presentan una intención de LM ligeramente superior a las multíparas.

	Intención de LM	Intención de lactancia artificial (LA)	Total
	274(61.3%)	173(38,7%)	447
Edad madres	30,4	29,26	29,96
Primíparas	146(64,32%)	81(35,68%)	227
Multíparas	128(58,18%)	92(41,82%)	220
Partos vaginales	170(61,59%)	106(38,41%)	276
Cesáreas	104(60,82%)	67(39,18%)	171
Niños	156(62,15%)	95(37,85%)	251
Niñas	118(60,20%)	78(39,80%)	196
Peso al nacimiento(gr)	3316,86	3326,07	3320,42
Edad gestacional	39,19	39,06	39,14

- El 84% de los niños que iniciaron LM mantuvieron LM exclusiva (LME) hasta iniciado el aumento ponderal.
- Un 10.1% abandona antes de iniciar el aumento ponderal.
- De los 15 (5.6%) que precisaron lactancia parcial (LP) sólo 2 continuaron con ella, 13 fueron dados de alta con una LME instaurada.
- Un 7.1% de las LME necesitó suplementos de leche materna.
- El 78% de las multíparas mantienen el tipo de lactancia en todos sus hijos.

LM siempre	102
LA siempre	69
LM el primero después LA	20
LA el primero después LM	24
Cambios aleatorios	4

Conclusiones

- El inicio de LM aumentó en 10 años, aunque continúa bajo.
- La LP sólo por prescripción facultativa y sin utilizar biberones permite que la mayoría puedan volver a LME.
- A pesar del esfuerzo del personal apoyando la LM hay un grupo que abandona muy pronto, creemos que porque no están convencidas de su decisión.
- El número de multíparas que cambian de LM a LA por experiencias negativas en el primer hijo, es igual al que cambia de LA a LM por aumento de información.
- Necesitamos una política de promoción de LM que aumente el número de mujeres que inicien LM.

P113

Evolución de la Lactancia Materna en una Cohorte Urbana

Celina Arana Cañedo-Argüelles; Isabel María Díaz Caro; Julia Figueroa Sangrador; Susana Martín Iglesias; Ana Isabel Rayo Fernández; María José Santos Muñoz; María Isabel Del Cura González.

Antecedentes:

Para poder desarrollar estrategias que aumenten las tasas de lactancia materna (LM) es necesario conocer los puntos críticos y los posibles condicionantes del cese de la lactancia.

Objetivos:

Estudiar la evolución de las tasas de lactancia materna en una cohorte de madres/niños al alta hospitalaria tras el parto, al mes y a los 3, 6, 12 y 18 meses.

Describir el perfil sociodemográfico de las madres, su intención de amamantar previa y otros posibles condicionantes para la lactancia.

Material y metodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo longitudinal de cohorte urbana.

Sujetos: Todas las madres que dieron a luz entre 7/05/2007 y 12/06/2007 y aceptaron participar en el estudio.

Muestra: 126 madres de 127 niños (un parto gemelar) incluidas por muestreo consecutivo.

Mediciones/intervenciones: Encuesta estructurada durante la estancia hospitalaria (paritorio, planta de maternidad y al alta). Entrevista telefónica a los 1, 3, 6, 12 y 18 meses.

Variables: sociodemográficas de la madre, historia obstétrica, experiencia de lactancia previa e intención de amamantar al ingreso. Características del parto, edad gestacional y peso del recién nacido (RN), momento de la primera toma. Tipo de lactancia en el seguimiento y motivo de abandono.

Resultados

El 44% de las madres tenían <30 años. El 64% nacionalidad española. El 70% tenía estudios primarios o medios. El 59% trabaja fuera del hogar. El 56% había recibido información sobre LM en el embarazo. El 85% deseaba amamantar. El 80% de los partos fueron vía vaginal. El 97% RN tenía peso >2,500 kg. El 56% de los RN realizaron la primera toma en la primera toma hora tras el parto. El 50% de los RN recibieron durante el ingreso suplemento.

La intención de LM fue el 84,92% en su ingreso en paritorio,

La tasa de LM completa ha sido: al alta 88,2%, al primer mes 53,5%, al tercer mes 37,8%, al sexto mes 10,2%. LM parcial a los 12 meses 8,6%, a los 18 meses 2,4%.

Conclusiones

El deseo de amamantar previo al parto se corresponde con la tasa de lactancia completa al alta.

El momento de mayor descenso en las tasas de LM es el primer mes.

P114

Lactancia Materna en el Noroeste Murciano Tras Nuestros Primeros Pasos en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

Rosario López-Sánchez Sánchez; Juana Encarna Olmo Navarro; Teodoro José Martínez Arán; Dolores Lozano Martínez.

Antecedentes y objetivos:

En un estudio previo realizado en nuestra Área en el año 2005 se obtuvo que la duración de la lactancia materna estaba influenciada por dos factores sociodemográficos fundamentalmente, nivel de estudios y actividad laboral. Queremos comprobar si en el año 2008 estos factores siguen siendo determinantes y si se ha producido un incremento en la tasa y la duración de la lactancia tras la aplicación de algunos de los pasos de la IHAN.

Material y método:

Estudio descriptivo transversal. La población estudiada son las mujeres con parto por vía vaginal entre los meses de enero a junio de 2008 en nuestro hospital. Se realiza encuesta telefónica que incluye las variables: nivel de estudios, actividad laboral, edad, alimentación del recién nacido: al alta hospitalaria, a los 15 días (consulta niño sano) y a los 5 meses.

Resultados:

En el año 2005 obtuvimos que, la media de duración de la lactancia materna, fue de 4,3 meses y la edad media de las mujeres estudiadas fue 31,6 años. Los porcentajes más altos obtenidos en cuanto a las variables estudiadas fueron: el 53,6% pertenecían al grupo de edad entre 30-40 años, un 60,5% no tenía actividad laboral y el 47,7% tenía estudios básicos (el porcentaje más bajo eran las universitarias con 21,6%). No adjuntamos los resultados obtenidos en 2008 por estar en fase de recogida de datos.

Conclusiones:

La lactancia materna se prolongaba en 2005 en mujeres del grupo de edad de 30-40 años y con estudios universitarios.

P115

Momentos Críticos de Abandono de la Lactancia en una Población Atendida por un Hospital Amigo de los Niños

Mónica Hernández Martínez; Antoni Oliver Roig; Beatriz Mercader Rodríguez; Inmaculada Vives Piñera; María Ángeles Gómez Ortigosa; Ana Pañas Valiente; Milagros Mas Cerdan; Ricardo García de Leon González.

Antecedentes:

Identificar los momentos de mayor abandono precoz de la lactancia materna (LM) permite comparar poblaciones y diseñar intervenciones de apoyo profesional.

Objetivos:

Describir los momentos de mayor densidad de incidencia de abandono (DI) de la LM completa (LMC) y la LM durante los dos primeros años de vida en una población atendida por un hospital amigo de los niños (HAN).

Material y métodos:

Estudio descriptivo longitudinal. Muestra de 408 mujeres y recién nacidos (RN) atendidos en el parto durante el año 2005 (N=832). Se excluyeron las madres que no iniciaron la LM, no entendían español, con datos de contacto incorrectos, RN con muerte perinatal o postnatal o trasladados a otro hospital tras el parto.

A los 12 y 24 meses posparto entrevistadores entrenados realizaron encuestas telefónicas y obtuvieron datos sobre la duración total de la LM y el momento de introducción de líquidos, leche de fórmula y alimentación complementaria.

Se presentan las medianas de duración de la LM y LMC y la DI agregada por meses expresada en abandonos $\times 100$ madres-día⁻¹. Los intervalos de confianza han sido calculados para un nivel de confianza del 95%.

Resultados:

La mediana de duración de LMC fue de 136,3 días (126,7-145,9) y la de LM de 210,40 días (192,8-228). Las figuras I y II muestran la DI de abandono y sus intervalos de confianza de la LMC y LM. El abandono de la LMC presenta picos durante el primer y cuarto meses, aunque el mayor abandono se presenta a partir del sexto mes. El abandono de la LM es mayor a partir de los 6 meses y destacan los picos de los 12 y 18 meses posparto.

Conclusiones:

La DI de abandono de la LM y la LMC es menor que en los datos publicados de hospitales no acreditados como HAN. Los momentos de mayor abandono coinciden con otros estudios españoles, aunque destacan los picos posteriores a los 6 meses. Las intervenciones relacionadas con la IHAN retrasan el abandono de la LM, aunque persisten los picos de abandono del primer mes y de la finalización de la prestación por maternidad.

P116

¿Dio Usted el Pecho a su Hijo?

Úrsula López Fuentes; Cristina Casado Rodríguez; María Isabel Carvajal Vion; Rosa Ramírez López.

Antecedentes y Objetivos:

Determinar el tiempo medio en el que las mujeres suspenden la lactancia de sus hijos y los motivos por los que lo hacen.

Material y métodos:

Escogimos una muestra de mujeres que acuden a una consulta de medicina de familia por cualquier motivo durante la semana del 15 al 19 Diciembre de 2008 y que tuvieran hijos con edad inferior a 10 años, en un área de salud sin intervención médica específica sobre lactancia materna (LM), y preguntamos a éstas si dieron o no el pecho y los motivos por los que lo suspendieron o no iniciaron, dejando explicar libremente.

Resultados:

Obtuvimos una muestra de 34 madres, con un total de 56 niños.

De ellos descartamos 4 niños que aún seguían con LM (4, 5, 6 y 16 meses)

Del resto, 13 niños (25%) no iniciaron la LM

21 niños (40,3%) lactaron menos de 6 meses

18 niños (34,6%) lactaron 6 o más meses.

La razón más ampliamente comentada para la suspensión fue la sensación subjetiva de poca leche o de que el niño se quedaba con hambre, sin haber constatado realmente una pobre ganancia ponderal, seguida de la decisión personal de suspender la LM por la incorporación al trabajo y la interferencia con otros alimentos (biberones o alimentación complementaria). Entre las mujeres que no iniciaron la LM encontramos diversos motivos, teniendo particular relieve los motivos estéticos (“por no engordar”, “para que no se estropee el pecho”...).

Conclusiones:

En vista de los resultados obtenidos, es necesario continuar acercando la información a todos los niveles de las recomendaciones actuales acerca de la LM, y apoyando a las madres, aumentando su autoconfianza y desterrando viejos mitos.

P117

Prevalencia de la Lactancia Materna en las 6 Áreas Sanitarias de la Región de Murcia

Carmen Arellano Morata; Rafael Gomis Cebrian; Pedro Parra Hidalgo; José Eduardo Calle Urra; Tomás Fernández Aparicio; Manuel Alcaraz Quiñonero; Ricardo Garcia de León González.

Objetivo.

1. Conocer la prevalencia de la lactancia materna (LM) en nuestra región.
2. Analizar las variables sociodemográficas que influyen sobre la LM.

Material y método.

Estudio descriptivo transversal, (2007), mediante encuestas a madres de niños (menores de 24 meses) en centros de vacunación. El ámbito de estudio fueron las 77 zonas de salud enmarcadas en las 6 Áreas Sanitarias en las que se distribuye nuestra región y el muestreo fue proporcional al número de recién nacidos y residentes en cada área sanitaria. La fuente de datos fue un cuestionario y a través de una entrevista se recogieron datos socio sanitarios del bebe, la madre, y de la alimentación del niño.

Resultados.

Se remitieron 1992 cuestionarios de las cuales fueron cumplimentadas 1836, con una tasa de respuesta de 95,2%. Las cifras LM exclusiva al alta del hospital fueron de 93,3% en el área de salud V, en el límite superior y 71,6% en el área de salud II, en el límite inferior. Al 3º mes las cifras caían hasta el 41,2% y el 18,3% respectivamente para las dos áreas sanitarias, al 6º mes la LM exclusiva fue prácticamente inexistente en todas las áreas sanitarias. Hubo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con LM de las siguientes variables estudiadas: el peso del niño, el tipo de parto, el Área sanitaria, edad de la madre y la paridad, la actividad laboral, el lugar de procedencia y el nivel de estudios de la madre.

Conclusiones.

Con este estudio disponemos de un diagnóstico de situación de la LM en todas las áreas sanitarias de nuestra región, permite dirigir las intervenciones a los grupos de riesgo identificados y así, mejorar las cifras de lactancia materna según las recomendaciones de la OMS.

P118

Factores Asociados al Inicio de la Lactancia Materna en un Área de Salud con Baja Prevalencia de LM al Alta.

Antoni Cano Climent; Ana Navarro Gonzalez; Lidia De La Hoz Garcia; Silvia Guerrero Encina.

Objetivo:

Identificar las variables relacionadas con el inicio de la lactancia materna, en un área de salud con baja prevalencia al alta.

Método:

Estudio transversal de una muestra consecutiva de 300 madres que dieron a luz entre los meses de septiembre a noviembre del año 2008. Datos obtenidos mediante una encuesta cumplimentada por un entrevistador entrenado al alta hospitalaria. Se obtuvieron datos del inicio de cualquier tipo de LM y de las siguientes variables: edad, país de origen, fumar, nivel de estudios, situación laboral, educación maternal, deseo del tipo de lactancia durante el embarazo, tipo de lactancia al alta hospitalaria, tipo de lactancia deseada por la pareja, número de hijos, experiencia en lactancia anterior, edad y sexo del recién nacido, peso al nacimiento, edad gestacional, tipo de parto, rutinas hospitalarias e ingresos en la unidad de neonatos.

Se ha desarrollado un análisis multivariante mediante regresión logística por bloques de variables y selección de variables por pasos hacia delante, utilizando el test de máxima verosimilitud.

Resultados:

El 54.7% de las mujeres eran mayores de 30 años, un 78% eran de nacionalidad española, un 70% no fumadoras, el 56% de la muestra presentan estudios secundarios y/o superiores y el 56% tenían trabajo remunerado. Prevalencia de LM al inicio del 63%.

En el análisis multivariante se asocian positivamente con el inicio de la LM el haber tenido una experiencia anterior en lactancia materna (OR=0.123; IC 95% 0.04-0.33) y un mayor número de hijos (OR=0.94; IC 95%: 0.03-0.23) y negativamente ser madre española (OR=5.37; IC 95%: 2.14-3.44) y fumadora (OR=2.71; IC 95%:1.49-4.92).

Conclusiones:

El inicio de LM en el área es bajo. El análisis de los resultados plantea la necesidad de una intervención de promoción de la LM en el área con intervenciones específicas para madres españolas, sin experiencia anterior y fumadoras, además de actividades de apoyo a la población general. Será necesario desarrollar nuevas investigaciones de otros factores relacionados con el inicio de la LM en el área como los aspectos culturales, socioeconómicos y de actitud hacia la lactancia materna.

P119

Relación de la LM a las 48 Horas con la Tasa de Lactancia Materna Exclusiva al Alta en una Unidad de Neonatos

Ana Belén Monreal Tomás; Milagros Mas Cerdán; María Isabel Maestre Martínez; María Rosario García Beltrán; Antoni Oliver Roig; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivos:

Desde la obtención del galardón IHAN ha aumentado el número de RN amamantados a las 48 horas en una unidad de neonatos. El objetivo del estudio es determinar la asociación independiente de esta variable con la tasa de LME al alta.

Material y métodos:

Se presentan datos provisionales de un estudio sobre la duración de la LM de los recién nacidos atendidos en un hospital amigo de los niños desde 1999 hasta 2007. La muestra incluye recién nacidos atendidos entre los años 2000 y 2007 (n=140). Datos obtenidos de la revisión de historias clínicas (edad gestacional, peso al nacer, tipo de parto, alimentación a las 48 h y alta, días de ingreso).

Se describen los datos mediante proporciones y medias. Análisis bivariado mediante χ^2 y T-student. Análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística para identificar el efecto de ser amamantado a las 48 horas sobre la tasa de LME al alta, ajustando el modelo para el resto de variables.

Resultados:

Antes de la IHAN recibían LM a las 48 h el 43,6% y LME al alta el 28,6% y después de la IHAN LM a las 48 h el 74,4% y LME al alta el 56% (χ^2 , $p < 0,01$). Del total de la muestra, el 12,9% (n=18) de los RN tenían menos de 34 semanas y el 65,7% (n=92) entre 34 y 37 semanas. La media de peso fue 2156 gr y la de días de ingreso 15 días.

En el análisis bivariado existe asociación estadísticamente significativa entre la LME al alta y la edad gestacional, la LM a las 48h y el número de días de ingreso. La tabla I muestra el modelo multivariante y las OR ajustadas. El peso al nacimiento o el tipo de parto no se asocian de forma independiente a la LME al alta.

Conclusiones:

Recibir LM a las 48 horas presenta un efecto independiente sobre la LM al alta y debería facilitarse y promoverse en las unidades neonatales. Será necesario obtener datos sobre otras variables para ampliar el modelo de factores pronóstico presentado.

Tabla 1.- Odds Ratio ajustadas de no ser amamantado con LME al alta de una unidad de neonatos

Variable	OR ajustadas	I.C. 95,0%	
Edad gestacional entre 34 y 37 semanas	3,268	1,008	10,593
No LM a las 48 horas de vida	4,261	1,693	10,725
15 días de ingreso o más	4,187	1,551	11,299

P120

Lactancia Materna en Niños Ingresados en el Periodo Neonatal: ¿Cómo lo Hacemos y Qué Resultados Obtenemos?

Beatriz Flores Antón; Marta Rupérez Lucas; María Dolores Rodríguez Rosillo; José Antonio Martínez Orgado; Noemí Mayoral Gonzalo; Raquel Martín Molina; Javier Pérez-Lescure Picarzo; Mar Espino Hernández.

Objetivo:

- 1.-Determinar tasas de lactancia al alta y en meses posteriores en neonatos hospitalizados amamantados.
- 2.-Analizar factores que puedan influir.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo. Encuesta telefónica a madres de niños ingresados en unidad neonatal nivel III entre Enero08 y Mayo08 (221). Criterios de exclusión: nunca recibió LM, dificultad idiomática, sin teléfono. 40 preguntas abiertas y cerradas, evaluando variables socioeconómicas, atención en parto e ingreso, y alimentación del niño. Estadística con SPSS 15.0.

Resultados:

Encuestadas 60 madres, edad media 32.6 años (DS5.4), primíparas: 39(65%); casadas: 50(83.3%); universitarias: 22(36.6%); trabajan fuera del hogar: 41(68.3%).

De los 61 niños, edad en momento de encuesta: 8.9 m (DS0.77); EG media 38.2 semanas (DS2.7) (rango 31-43); peso 2922.1 g (DS713.1) (rango 1510-4640); varones: 43(70.5%); parto vaginal: 41(77.4%). Motivo ingreso: PT/bajo peso: 21.7%; dificultad respiratoria: 15%; observación: 55%. Duración ingreso: mediana: 1 día (P25:<24h; P75:7d).

Durante ingreso, 24 niños (40%) recibieron sólo LM. Si sucedáneos de LM (SLM), 10(27.8%) administrados con jeringa. Y 32(52.5%) usaron chupete, 51.6% indicado por enfermería. 23 madres (37.7%) usaron sacaleches hospitalario. 21 utilizaron pezoneras (35%), 61.9% indicados por profesional. MMC: 69.1%; en 39.5% > 4 horas/día.

Prevalencia de LM a 2 meses de edad: 82%; 4 meses: 68.9%; >6 meses: 36,1%.

Comparando los que lactan < 3 meses frente a los que siguen con LM a los >3m, hay diferencias significativas en el uso de chupete ($p<0.0001$) y en el % de madres casadas ($p<0.0001$), en la administración de SLM durante el ingreso ($p<0.037$) y en las 24 horas previas al alta ($p<0.017$).

Comparando los que lactan < 6 meses frente a los que siguen con LM a los >6m, hay diferencias significativas en uso de chupete ($p<0.029$) y pezonera ($p<0.037$).

90% de madres afirma recibir suficiente apoyo a la LM durante el ingreso.

Motivos más frecuentes de abandono de lactancia: hipogalactia (31.8%) y actividad laboral (29.5%). 11 madres (26.2%) indican que con más apoyo profesional y/o laboral hubiesen continuado amamantando.

Conclusiones:

La administración de SLM y el uso de chupete durante el ingreso se asocia con una menor duración de la LM; es importante favorecer el contacto madre-hijo. Es conveniente limitar el uso de pezoneras.

P121

De Maternidad a Neonatología: Signos de Alarma

Marina Díaz García; Juan Jesús Díaz Cazorla; Milagros García Aroca; Pilar Codina Rodríguez Del Castillo; Remedios Martínez Aragonés; Ana María García Pérez.

Identificar los motivos de ingreso del recién nacido en la U. de Neonatología el pasado año 2007, nos brinda la posibilidad de establecer criterios de evaluación y así vigilar y atender la evolución del R.N. con la debida calidad en sus cuidados.

Una buena asistencia, debe incluir una atención con calidad basada en el estudio, la observación, la experiencia y la evidencia científica.

Objetivos:

- Detectar los motivos de ingreso y su incidencia en el 2007
- Identificar signos de alarma.
- Evaluar el tipo de alimentación al alta.

Metodología

Material:

- La muestra será el universo de los R.N. ingresados en el año 2007 procedente de maternidad.
- El instrumento es una hoja de calculo con las variables establecidas:
- Variables cualitativas: sexo, alimentación en tratamiento, nacimiento motivo de ingreso, mes de ingreso.
- Variables cuantitativas: semanas de gestación, peso nacimiento, apgar, horas de vida.
- Revisión de informes de alta del servicio de Neonatología.
- Bibliografía
- Experiencia personal.

Método: Analítico- descriptivo Retrospectivo longitudinal, en la muestra universal durante un año. Someteremos a análisis estadístico los resultados.

Resultados más significativos año 2007:

• Partos vaginales		6.673
• Cesáreas		1.559
• Total de nacimientos		8.232
• Ingresados procedentes de maternidad		115 (1,3%)
• Motivos de ingreso		
- Riesgo infeccioso		33 (28,69%)
- Ictericia		17 (14,78%)
- Distress		10 (8,69%)
- Otras causas		55(47,82%)
• Alimentación:		
En el tratamiento	Lactancia Materna	13 (11,3%)
	Lactancia artificial	7 (6 %)
	Lactancia Mixta	95 (82,6%)

Conclusiones:

Ante los motivos de ingreso detectados proponemos la elaboración de unos criterios de vigilancia.

P122

Prácticas Inadecuadas de Lactancia Materna y Asociación con Déficit Nutricional

Armando Sanchez Jaeger; María Adela Barón Camejo; Liseti Solano Rodriguez; Arkady Guerrero; Nayka Diaz Wefer.

Antecedentes y objetivos:

Las adecuadas prácticas de alimentación son fundamentales para la salud, la nutrición y el crecimiento infantil. A fin de detectar asociaciones entre la práctica inadecuada de la lactancia materna en los primeros 4 y 6 meses de vida y las deficiencias en el crecimiento y malnutrición, se evaluaron 240 lactantes menores de 24 meses, en una zona urbana de bajos recursos socioeconómicos (2006).

Materiales y métodos:

Para la práctica de la lactancia materna se identificaron dos grupos; lactantes que recibieron solo lactancia materna exclusiva (*LME*) en dicho periodo de tiempo y aquellos que no la recibieron con exclusividad; lactancia predominante/complementaria (*No LME*). Se calcularon puntajes Z para los indicadores Peso/Talla (*P/T*) y Talla/Edad (*T/E*), según la referencia del CDC. Se consideró *déficit* a todo valor por debajo de $-2 Z$; *normalidad* entre $-2 Z$ y $+2 Z$ y el exceso; $> +2 Z$. Para las asociaciones se utilizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney y un Odds ratio (95% de intervalo de confianza).

Resultados:

Un 27% de los niños recibieron *LME* en dicho periodo de tiempo. El déficit para *P/T* y *T/E* fue del 11,3% y 5,4% respectivamente. El grupo con *No LME* presentó el mayor *déficit* para ambos indicadores, encontrando significancias ($p=0,005$) solo en los valores Z del indicador *P/T* y un riesgo 5,25 veces mayor de estar en déficit nutricional.

Conclusiones:

A pesar de que en el presente trabajo no se evaluó el efecto de variables sociodemográficas sobre la causalidad del déficit nutricional, se puede inferir que la *LME* entre el 4° y 6° mes de vida, atenuó los efectos adversos de dichas variables sobre el estado nutricional.

P123

Ingreso del Recién Nacido: Influencia en la Decisión de Lactar

Jesús David Pastor Rodríguez; Jesús Eulogio Mellado; María José Ortiz Gonzalez; María Isabel Cotes Teruel; Visitación López García; José Jara Carceles.

Antecedentes/objetivos:

El ingreso de un recién nacido en una unidad hospitalaria (UCI Neonatal o Neonatología) supone un acontecimiento muy estresante para los padres que puede hacer modificar la decisión previa de dar lactancia materna a su hijo. Con la encuesta que planteamos pretendemos:

Conocer si el hecho de que el recién nacido haya sido ingresado ha variado la decisión de lactar de la madre.

Conocer la satisfacción que tienen las madres con respecto a la información y apoyo recibidos por parte del personal.

Material y métodos:

Hemos diseñado una encuesta poblacional consistente en un cuestionario con 11 preguntas cerradas y una abierta dirigido a las madres de neonatos ingresados en UCI Neonatal y Neonatología que tengan ingresado a su hijo en la unidad un mínimo de 3 días para que hayan tenido la oportunidad de valorar la respuesta del personal a sus dudas y si se han sentido apoyadas.

La encuesta requiere la garantía de confidencialidad, anonimato, voluntariedad y dispone de un breve encabezado, que explicará a los padres el objetivo del mismo. Todo el personal de las unidades tendrá conocimiento de la realización del estudio, pero no del contenido del mismo.

Tenemos la intención de obtener una muestra de 100 cuestionarios.

Resultados:

Aún no podemos comentar los resultados obtenidos, ya que aún nos encontramos en plena entrega y recepción de encuestas.

Conclusiones:

Esperamos que este estudio nos permita evaluar la calidad de la información, apoyo prestado por el personal de ambas unidades y conocer si el hecho del ingreso hospitalario influye en la decisión de lactar de las madres, con el objetivo de mejorar nuestros cuidados.

P124

Consulta de Seguimiento Neonatal ¿Un Arma Efectiva en la Disminución del Número y Duración de los Ingresos para Recibir Fototerapia?

María Aurea Rodríguez Blanco; José Manuel Martín Morales; Natalia González Alonso; Nathalie Carreira Sande; María José Pena Vilar; María Elisa Núñez Losada; Cristina Chouza Blanco; Sandra Abalo Alonso; Sonia Fernández Fernández; Rosa María Sieira Orellán.

Objetivo

Los niños amamantados precisan con mayor frecuencia fototerapia. Un seguimiento adecuado puede evitar las complicaciones. Describimos las características de los pacientes que precisaron fototerapia.

Material y métodos

Estudio prospectivo observacional de pacientes que precisaron fototerapia. Período: septiembre 2007 - septiembre 2008.

Nacieron 438 neonatos, 268 iniciaron lactancia materna (LM) y 170 no.

Resultados

Precisaron fototerapia 13 (2.97%).

LM 11 y lactancia artificial 2

El 12% (3) de los pretérmino límite (PTL) precisaron fototerapia.

PACIENTES													
Edad madre	27	35	36	28	19	31	22	26	29	33	32	31	35
Primípara	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No
Parto vaginal	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Amamantó previamente	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	Sí
EG(semanas)	39	40	37	36	39	39	36	40	39	39	37	36	40
Peso(grs.)	4000	3610	3410	2790	2890	2860	2650	3560	4330	3330	2930	2150	3370
Sexo	♂	♀	♂	♂	♀	♂	♂	♀	♂	♀	♂	♂	♂
LM	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Cambio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
%Pérdida peso	5.75	9.42	10.56	3.23	6.92	5.59	8.3	12.92	14.32	10.51	7.85	11.16	8.31
Bilirrubina máxima	20.8	25.8	18.9	17.6	19.2	19.6	21.1	19.4	21	16.4	21.9	16	15.9
Edad al ingreso	5	2	5	4	4	4	3	3	5	1	5	0*	1
Días de ingreso	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	4	10*	3
Suplementos leche materna	No	No	No			Sí		Sí	No	No	Sí	Sí	No
Suplementos leche artificial	No	No	No			No		No	Sí	No	No	No	No
Incompatibilidad ABO	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí

*Ingresó por PTL.

Conclusiones

El RR de recibir fototerapia con LM es 4 y en PTL de 5.2.

Que permanezca la madre ingresada manteniendo LM a demanda favorece la LM exclusiva al alta y no prolonga el ingreso.

Realizar seguimiento hasta la instauración de la LM evita la aparición de complicaciones.

P125

Efecto Protector de la Lactancia Materna en el Desarrollo de la Lactancia Materna en el Desarrollo de Obesidad Infantil

Encarnación Sobrino Magán; Amparo Cejudo Lozano; Castor Martín Francisco; Ana María Morales Romero; Rosa Ramírez López; María del Prado Sánchez-Molero Martín.

Objetivo

Conocer la prevalencia de obesidad en la población pediátrica de nuestra zona de salud y comprobar si la lactancia materna que recibieron estos niños les protegía de su desarrollo posterior.

Método

Seleccionamos una muestra de 303 niños (153 niñas y 140 niños) de 6,11 y 14 años de nuestro centro de salud, la exploración se realizó en la consulta de enfermería pediátrica durante el año 2007.

De la historia clínica se recogieron las variables: edad, sexo, tiempo de lactancia materna, índice de masa corporal (IMC) en el año 2007 considerando como indicador general de obesidad el Índice de Quetelec, que se calcula: $(IMC = \text{Peso} / \text{Talla al cuadrado})$.

Se ha definido como punto de corte los valores correspondientes al percentil p85 (sobrepeso) y al p95 (obesidad) específicos por edad y sexo, según las tablas de referencia consensuadas internacionalmente.

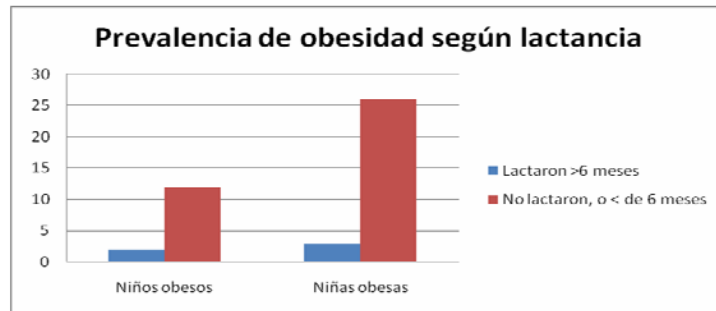
Resultados

La prevalencia de la obesidad infantil es distinta en niños y en niñas y por edad (figura nº 1). A los 6 años la prevalencia de obesidad en niñas es el 6,52 % y en niños 6,25%, a los 11 años: niñas 31,4 % y niños 8,9% y a los 14 años: niñas 18,1% y niños 15,7 %.

Figura nº 1 Encontramos una menor prevalencia de obesidad en niños/niñas que habían lactado más de 6 meses (figura nº 2) con una $p < 0,034$, nivel de confianza del 95 % y un IC de (0,13-1,01)



Figura nº 2



Conclusión

Encontramos un efecto protector de la lactancia materna y una prevalencia aumentada de obesidad infantil en nuestra zona, más llamativo en las niñas de 11 años con respecto a los estudios de prevalencia publicados de otras zonas.

El efecto protector de la lactancia materna a medida que pasan los años interfiere con otros factores de riesgo para la obesidad, como son sedentarismo, alimentación, excesivas horas de televisión o videojuegos...

El grupo de niños con sobrepeso pueden desarrollar obesidad en pocos años si no se actúa con medidas preventivas.

P126

¿Es Eficaz la Lactancia Materna para la Prevención de la Obesidad?

Gema Ruiz Liébanas; Catalina Lorite Garzón; Francisco Rodríguez Castilla.

Justificación

La obesidad ha causado un gran impacto en la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario, se puede definir como la epidemia del siglo XXI. La prevención de la obesidad es una prioridad y así se recoge en el plan de atención integral para la obesidad infantil del servicio de salud.

La prevención de la obesidad es multifactorial y hay por tanto incidir en múltiples factores, siendo uno de ellos la lactancia materna que además ofrece indudablemente multitud de beneficios para las madres y el recién nacido tanto en la prevención de infección, fomento del vínculo afectivo.... Estos valores ya nos ofrecen por si solos una base sólida para recomendar esta forma alimentación en el recién nacido.

Objetivo.

Determinar la influencia de la lactancia materna y el posterior desarrollo de obesidad infantil.

Método

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline, Embase, Cinalh, CUIDEN.

Análisis del plan de atención integral para la prevención de la obesidad infantil.

Resultados

En los estudios existentes hay ciertas controversias acerca de en que medida la lactancia materna protege de la obesidad infantil así como la duración necesaria para obtener su efecto protector.

Existe cierta limitación en el diseño de los estudios que limitan establecer una relación causal. En la mayoría de los estudios se establece la existencia de un menor riesgo de desarrollar obesidad en los recién nacidos alimentados con lactancia materna en relación con los alimentados con leche de fórmula. Este efecto podría incrementarse con un mantenimiento mayor de este tipo de lactancia. En los recién nacido alimentados con leche de fórmula y en aquellos en los que se introduce de forma precoz una alimentación complementaria la ingesta proteica es mayor favoreciendo una mayor ganancia ponderal de peso. Por otro lado los recién nacidos alimentados con lactancia materna desarrollan un mecanismo de autorregulación en su alimentación que les protege de la obesidad.

Conclusiones

Organismos científicos e internacionales como la OMS y UNICEF, así como la asociación española de pediatría recomiendan la lactancia exclusiva mínimo 6 meses.

Para la prevención de la obesidad infantil hay que intervenir en múltiples factores añadiendo una perspectiva asistencial ya desde etapas precoces apostando por la promoción de la lactancia materna. De esta forma hay incidir en 4 pilares básicos recogidos en el plan integral

de prevención obesidad infantil (promoción lactancia materna, alimentación saludable, promoción actividad física e implicación de la familia)

P127

La Matrona en la Prevención de la Obesidad Infantil: Lactancia Materna

María del Carmen Ariza Salamanca; Amparo Pulido Arcas; María del Mar Sánchez Guisado.

Introducción y justificación

El fomento de la Lactancia Materna es un aspecto muy importante en el que las matronas tienen competencia y asumen responsabilidad.

No existe discusión en cuanto a los numerosos beneficios que proporciona la Lactancia Materna. La Asociación Española de Pediatría (AEP) contempla, entre estos beneficios, la prevención de la Obesidad Infantil.

La AEP insiste en la trascendencia de la Obesidad Infantil (morbilidad) y considera que la lucha contra la misma hay que basarla en la prevención.

La Obesidad Infantil se define como un IMC igual o superior a 30 (O.M.S).

La morbilidad asociada a la Obesidad Infantil se manifiesta a corto (cardiovascular, metabólico...) y a largo plazo (obesidad y aumento del riesgo de mortalidad en el adulto).

Considerando el efecto protector de la lactancia materna, el impacto final sobre la población será muy beneficioso al tratarse de una medida barata y susceptible de ser aplicada a un elevado porcentaje de la población.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 recogida por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, hay 146.100 niños y niñas de edades comprendidas entre 2 y 4 años con Obesidad Infantil.

Objetivos

Investigar los estudios realizados a nivel mundial acerca de la Lactancia Materna como factor protector de la Obesidad Infantil.

Comparar los rangos de edad y la duración del amamantamiento abordado como variables en los distintos estudios.

Metodología

Revisión bibliográfica de las bases de datos: Cochrane, Medline, PubMed, Cinahl y Cuiden.

Resultados

El 80% los estudios consultados concluyen que la Lactancia Materna, con una duración variable de unos estudios a otros, previene la Obesidad Infantil en un rango de edad media de 2 a 6 años.

El 20% restante, plantea discrepancias en relación a factores de confusión relacionados con la Obesidad Infantil y la Lactancia Materna y a la duración de amamantamiento fijada como mínimo para el estudio de su impacto en la prevención de la Obesidad Infantil.

Conclusiones

La Lactancia Materna previene la Obesidad Infantil cuando se utiliza de forma exclusiva durante un mínimo de tres meses.

La matrona debe utilizar este hecho para mediante el fomento de la Lactancia Materna prevenir la Obesidad Infantil.

P128

Características de la Lactancia en Niños con Déficit Cognitivo Moderado o Grave

Laura Barriuso; Zulema Rodríguez; Marilen Batle; Sergio Verd.

Los pacientes que evolucionan hacia el déficit suelen tener problemas asociados de coordinación y tono muscular que dificultan la succión, masticación o deglución, por lo que es de esperar que encuentren más obstáculos que el resto de los Recién Nacidos sobre todo el inicio de la lactancia, pero también el mantenimiento de la misma. A pesar de estos fundamentos teóricos, no se conocen estudios que hayan abordado este problema.

El trabajo retrospectivo que aquí se presenta es el resultado de una encuesta sobre alimentación infantil a las familias de 95 pacientes con déficits cognitivos moderados o graves, en su mayoría atendidos en dos Centros de Educación Especial. Se ha excluido a los niños que requirieron ingreso en una Unidad de cuidados intensivos neonatales porque en ellos hay dificultades prácticas y técnicas añadidas para la instauración de la lactancia que, por otra parte, ya han sido extensamente contempladas por la literatura. Además interesan especialmente al presente estudio los niños que no están diagnosticados de su patología especial en el período neonatal.

Ha resultado que el 40% de nuestros pacientes ha recibido directamente lactancia artificial, y sólo el otro 60% ha recibido lactancia materna, de estos últimos el 55% ha abandonado la lactancia materna exclusiva en los primeros 10 días de la vida. Estas tasas son más bajas que las obtenidas por este mismo grupo de estudios para la población general, con tasas de inicio entre el 70 y el 80%, y de continuación a los 10 días del inicio entre el 17 y el 30%. Estos resultados empujan a que el personal sanitario responsable del apoyo a la lactancia en las primeras etapas de la vida vigile a partir de ahora a algo nuevo: un grupo de los neonatos con dificultades especiales al inicio de la lactancia en realidad también son niños frágiles desde el punto de vista del desarrollo psicomotor.

P129

Lactancia Materna y Síndrome de Down

María Jesús Berciano Pérez; María Esteve Velázquez; Inés Mejía Casado; José Luis López Moyano.

El Síndrome de Down (SD) es un trastorno genético, siendo éste la principal causa de discapacidad intelectual. En los últimos años el retraso en la edad de maternidad ha propiciado un aumento en la incidencia de embarazos con SD, pero la extensión y mejora de las pruebas de screening, unidos a la posibilidad de interrumpir el embarazo, han reducido la incidencia de recién nacido (RN) con SD, situándose la tasa media a nivel nacional en 7,40 cada 10.000 nacidos.

En los últimos años se han implantado programas de Atención Temprana (AT), que empiezan a desarrollarse cuando se detecta la alteración del bebé. Estos programas tienen como objetivo, no sólo la estimulación del RN, sino también la creación de un ambiente que favorezca su desarrollo, la creación del vínculo emocional padres-hijo y dotar a las familias de la ayuda y recursos sociales necesarios.

Por otra parte son suficientemente conocidos los múltiples beneficios de la lactancia materna (LM) sobre la madre, el RN y el vínculo afectivo que se establece entre ambos. Es por ello que, si la promoción de la LM es fundamental en el caso de niños sanos, esta promoción debe hacerse extensiva a las madres de niños con SD, ya que en este caso los beneficios se ven incrementados.

Resulta sorprendente que la mayoría de los programas de AT revisados no contemplan el fomento de la LM dentro de sus actividades, por eso queremos proponer una actividad educativa/informativa que incluiría un póster, la elaboración de folletos informativos y una página Web para consultas.

Presentamos el póster dónde se recogen los beneficios de la LM, así como los diferentes consejos que pueden ayudar a las madres para que esta práctica sea posible, basándonos en una revisión bibliográfica.

Se adjunta una versión provisional del póster.

LACTANCIA MATERNA Y SÍNDROME DE DOWN

Querida mamá,

Si me das de mamar...

Mejorará mi estado nutricional.

Me ayudará a masticar y desarrollar el habla.

Me protegerá contra enfermedades y alergias.

Me ayudará a desarrollar mis capacidades psíquicas y físicas.

Me unirá más a ti...



Por eso...

Despiértame bien antes de la toma.

Déjame mamar el tiempo que necesite, puede que requiera más tiempo.

Dame de mamar frecuentemente aunque no te lo pida porque me cuesta llorar.

Colócame en una posición más vertical, así estaré más seguro.

Ten paciencia y dame cariño, te lo agradeceré toda la vida.



¡GRACIAS MAMÁ!

El pecho es una fuente continua de estimulación en todos los sentidos, imposible de sustituir.

P130

Lactancia Materna en Recién Nacidos con Necesidades Especiales

Verónica García Guerrero; Inmaculada Martín Palos; Paloma Trillo López; Trinidad Ramos Rodríguez; Leticia López López; Belén Pérez López.

Introducción.

Cada vez son más las madres con hijos ingresados en el Servicio de Neonatología que reclaman información sobre la alimentación de sus hijos con lactancia materna (LM) y su decisión de mantener este tipo de nutrición. Este hecho ha provocado que enfermeras de dicho Servicio, se planteen reforzar esta decisión en recién nacidos (RN) con peso menor a 1500 gr y/o requieran cirugía digestiva

Objetivos.

Describir incidencia y prevalencia en la alimentación con leche materna en RN de bajo peso y/o cirugías digestivas.

Evaluar qué factores limitan LM en estas patologías y definir líneas de mejora.

Informar sobre LM en estas circunstancias a los profesionales sanitarios implicados en el proceso.

Material y métodos.

Revisión bibliográfica. Palabras clave: lactancia materna, prematuros bajo peso, cirugía digestiva neonatal.

Grupo de trabajo integrado por personal enfermero de unidades del Hospital Materno-Infantil directamente relacionadas con el proceso de LM.

Desarrollo de una base de datos con el número de niños de bajo peso y/o intervenidos de cirugía digestiva, tipo de alimentación y causa del no inicio de LM.

Diseño de guía de lactancia materna unificando información que les llega a las madres sobre importancia de LM, ventajas y su participación en la mejoría del RN.

Resultados.

Revisados los datos del estudio se comprobó que un porcentaje importante de niños pueden beneficiarse de LM al ponderar su información y promoción. Se detectó una mejoría importante en las madres, y sobre su motivación en la instauración de LM en sus hijos.

Trabajar en equipo ha resultado satisfactorio al conocer diferentes puntos de vista y realidades, consensuando la información sobre LM y mayor grado de implicación.

Conclusión.

Una guía sobre LM en RN con necesidades especiales unificando criterios, con técnicas de apoyo a la madre en extracción y conservación de la leche, contacto piel con piel y beneficios para niño y padres.

Este proyecto persigue el fin de mejorar la calidad asistencial, respetar los derechos de los niños y de sus padres y a su vez motivar al personal en el cuidado de la LM.

P131

Lactancia Materna en Recién Nacidos con Labio Leporino

María del Carmen Montiel Amador; Dolores Martínez Jiménez; Ana Belén Gómez López; Inmaculada Tonda Mena.

Antecedentes

El labio leporino (LL) es un defecto congénito que se manifiesta con una apertura uni o bilateral del labio superior entre boca y nariz.

Normalmente los niños que presentan solamente LL, pueden lactar sin problemas con unas sencillas técnicas de intervención, lo que va a fortalecer el vínculo madre hijo en casos en los que puede haber un rechazo inicial, estando demostrado que la LM precoz en el postoperatorio inmediato no presenta riesgos, mejorando el aumento de peso a las seis semanas de la cirugía a favor de la LM frente a la alimentación con cuchara.

Objetivos

Comprobar la implantación de la LM en niños con LL en nuestro Hospital.

Saber las recomendaciones que realizan los profesionales sanitarios en caso de LM en niños con LL.

Plantear las oportunidades de mejora.

Metodología

Se utilizó un cuestionario de 7 preguntas para valorar el nivel de conocimientos, eligiendo aleatoriamente 1 día para pasarlo. De la población elegible, 76 profesionales entre pediatras, matronas y personal de enfermería, 61 cumplimentaron el cuestionario.

Se revisan las historias de los niños con diagnóstico de LL nacidos entre 1 enero 2003 hasta noviembre de 2008.

Resultados.

El 100% de los profesionales reconoce las ventajas de la lactancia materna.

Un 80% considera adecuada la LM, cree que mejora el vínculo afectivo madre/hijo y considera que la orientación y formación del profesional es esencial para el éxito del amamantamiento.

Sin embargo un 75% desconoce alguna técnica de intervención que pueda ayudar a la madre a sellar el defecto labial y un 42% desconocen que pueden ser amantados en el postoperatorio inmediato.

De 8 RN, solo uno fue amamantado.

Conclusiones.

A pesar de que la totalidad de los encuestados reconocen los beneficios de LM, son muchos los profesionales (75%) que desconocen alguna técnica para sellar el defecto labial y que se puede realizar el amamantamiento en el postoperatorio inmediato (42%). Este desconocimiento se constata en que solamente uno de los niños fue alimentado con leche materna. Por lo que

creemos necesaria una formación específica y proponemos el diseño de un documento gráfico al alcance de los profesionales que recoja soluciones para facilitar la técnica de amamantamiento.

P132

Anquiloglosia y Lactancia Materna

Juan Manuel Mérida Téllez; María Victoria Mesa Some; José María Mora Morillo; Amalia Ruiz Ruiz; Lidia Espinosa Moreno.

Definición:

La anquiloglosia o “frenillo corto” es un trastorno congénito oral, caracterizado por la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto. Presenta una incidencia de entre el 0,02% y el 4,4% siendo mayor la proporción en varones que en hembras.

Este problema acarrea problemas a nivel dental, comunicación verbal y por supuesto en recién nacidos (RN) problemas de lactancia materna (LM).

Implicaciones:

Hay que tener en cuenta que no todos los RN con anquiloglosia van a experimentar problema durante la lactancia, según los estudios un 60% de estos RN van a tener una LM satisfactoria. Durante la lactancia, el RN no puede realizar un sellado correcto de la boca sobre el pezón y la areola. La succión inefectiva del RN se puede traducir en una inadecuada presión sobre los senos lactíferos encontrándonos tanto en la madre como en el lactante:

- Aparición de grietas.
- Ganancia menor de peso en lactante.
- Inadecuada estimulación del pezón.

Tratamiento:

Históricamente, la anquiloglosia era resuelta por las mismas matronas que atendían el parto, momentos después del nacimiento del RN, incluso venía recogida la forma de actuar en algunos manuales de formación de la época.

Debido al auge de la Lactancia Artificial (LA) hace algunos años, la anquiloglosia se dejó de considerar un problema, ya que con la tetina de los biberones los lactantes no experimentaban ningún problema en efectuar la succión.

El tratamiento de la anquiloglosia es eminentemente quirúrgico, con una técnica denominada frenotomía que consiste en la realización de un corte a nivel del frenillo lingual con la consiguiente separación del mismo, lo cual va a facilitar un correcto agarre del lactante en la mayoría de los casos (hasta un 65% según los estudios) así como un aumento de la duración de la lactancia materna con los beneficios que ello acarrearía tanto para la madre como para el lactante.

Conclusiones:

La matrona como una de las referentes en el cuidado del neonato así como en los primeros días de vida debería estar familiarizada con este problema así como saber detectarlo precozmente para así establecer las pautas de actuación oportunas.

P133

Macroprolactinoma y Lactancia Materna Prolongada

María Victoria Cózar León; Mercedes Vázquez Gutiérrez; Ignacio Fernández López; Margarita Rivas Fernández; Juana Hidalgo Amat; Santiago Durán García.

Antecedentes

El temor a que la lactancia materna (LM) promueva el crecimiento de los tumores hipofisarios productores de prolactina motiva en muchas ocasiones consejos equivocados de abandono o no inicio de la misma.

Caso clínico

Mujer de 23 años remitida por prolactinoma y embarazo. AP: Sin interés. EA: Acude a Ginecología 1 año antes por oligomenorrea, sin galactorrea ni otra clínica acompañante, y PRL 65.3 ng/ml. Antes de iniciar estudio/tratamiento se queda embarazada (aborto espontáneo a las 7 sem.). Tras aborto se hace RNM: Compatible con micro-macroadenoma de 10x9x8mm en hemihipófisis izquierda con signos radiológicos de sangrado de cronología subaguda tardía. Inicia tratamiento con cabergolina 0,5, ½ cp dos días/sem, con lo que normaliza PRL y se queda embarazada. Se retira tratamiento a los 3 meses de gestación (no detección de embarazo hasta entonces) y se envía a nuestra consulta. Exploración sin hallazgos (No galactorrea espontánea ni a la expresión). Campimetría: Normal. PRL 183 ng/ml (6 meses gestación). Embarazo sin incidencias. Parto eutócico a las 40 sem. Se recomienda LM, que inicia sin problemas. En RNM al mes del parto: El prolactinoma se ha reducido: 7 mm de diámetro máximo, a pesar de embarazo y lactancia. La paciente continúa sin tratamiento y con LM, exclusiva hasta los 6 meses, y junto a otros alimentos hasta los 2,3 años. Durante todo este tiempo en amenorrea, asintomática y sin tto. 2 RNMs: similares a la previa. PRL postparto: 174 (1,5 m); 117,4 (15 m); 118,3 (24 m). A los 2,3 años desea nuevo embarazo, por lo que se decide, de acuerdo con la paciente, retirar lactancia y reiniciar tratamiento para restaurar regla y fertilidad. A los 11 meses se queda de nuevo embarazada.

Comentarios

Las recomendaciones actuales no contraindican la LM en microprolactinomas, ni en macroprolactinomas sin compromiso de espacio como el de esta paciente, a pesar del miedo infundado de muchos profesionales y el desconocimiento generalizado de dichas recomendaciones, que conduce a retiradas inadecuadas de LM. El caso que presentamos muestra que una LM prolongada durante más de 2 años no produjo crecimiento alguno del macroprolactinoma.

P134

La Diabetes no Debe Ser Obstáculo en Lactancia Materna

Rosa María Gómez González; Eusebio Manuel Guillermo García; María Luisa Martín de Arrate; María Fe Gómez Fernández.

ANTECEDENTES:

Las madres diabéticas superan más dificultades para iniciar e instaurar la lactancia que el resto de madres, aunque en general, no es habitual que la diabetes incapacite amamantar.

Los requerimientos de insulina disminuyen durante la lactancia materna y el control glucémico mejora en madres que lactan, lo que supone otro factor más añadido a las ventajas de lactancia materna

La Academia Americana de Pediatría recomienda lactancia en familias con una historia muy positiva de diabetes. La cantidad de insulina que pasa a la leche humana es apenas apreciable, y sin efectos sobre el lactante y lo mismo ocurre con los ADO.

OBJETIVO:

Conocer como afecta la lactancia materna en madre diabética.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

En nuestra Zona Básica de Salud, hay adscritos 147 recién nacidos desde 01 de Enero al 30 Junio, solo dos madres tiene DM.

Presentamos el caso de una madre, DM1 desde los 19 años, actualmente tiene 30 años. Hace 8 meses tuvo una niña que pesó 4 600 Kg., por cesárea, cuya alimentación exclusiva hasta los 4 meses fue lactancia materna, en estos momentos sigue con LM y alimentación complementaria según programa del niño sano.

La madre ha recibido un entrenamiento Hospitalario en el debut de su diabetes y dos cursos sobre Diabetes en la Universidad.

- Tiene conocimientos para un autocuidado adecuado.
- El TT ° insulínico antes del embarazo era Insulina Glargina 18 un, NPH 8 - 8 - 8 en este momento, tras la lactancia ha disminuido la dosis de insulina Insulina Glargina 16 en la mañana y NPH 6 - 6 - 6.
- Los valores de Hemoglobina Glicosilada al inicio del embarazo fue 5,8 durante el embarazo 4,8 al final de la gestación 6,5, ahora tras 8 meses de lactancia es de 4,5.
- La niña tiene adecuada ganancia ponderal, encontrándose en percentil de peso (50/75) y talla (97), un desarrollo psicomotor adecuado según edad.
- La madre expresa satisfacción por la lactancia materna

CONCLUSIÓN:

- La lactancia materna ha mejorado el control metabólico en esta madre con diabetes.
- El lactante ha presentado un desarrollo pondero - estatural adecuado.

P135

Lactancia Materna y Cirugía Mamaria

Remedios Martínez Aragonés; Ana María García Pérez.

Introducción:

La lactancia materna, favorece la salud del niño desde el nacimiento, le procura un mejor desarrollo y una vida adulta más sana.

Promueve un especial vínculo afectivo con la madre, incrementa el auto confianza con su cuidado, y satisface las necesidades nutricionales, inmunológicas y psicoafectivas del niño.

La cirugía mamaria ha aumentado considerablemente, en mujeres en edad fértil, en los últimos años; de aquí la importancia del tema.

La lactancia no debe verse afectada por está cirugía, ya sea por implante de prótesis o reducción mamaria.

Revisada la bibliografía existente, y recabada información de profesionales de cirugía plástica, pediatras y ginecólogos existen opiniones controvertidas sobre el tema. Sin embargo todos ellos coinciden en que hay tres factores que son decisivos, para el éxito de la lactancia:

- La capacidad de lactar de la mujer.
- El interés de la madre.
- La técnica quirúrgica realizada.

Hipótesis:

Toda mujer sometida a implante o reducción mamaria podría lactar hasta cierto grado.

Objetivos:

- Animar a las madres sometidas a cirugía mamaria a que lacten.
- Informar de las técnicas existentes.
- Difundir esta información en las unidades de puérperas del Hospital.

Material y método:

Material:

- Información de profesionales de cirugía plástica, pediatras y ginecólogos.
- Bibliografía existente sobre cirugía mamaria numerosos estudios que confirman la posibilidad de dar lactancia materna a las madres sometidas a estas intervenciones.

Método:

Análítico descriptivo, retrospectivo de los últimos 8 años.

Utilizaremos una base de datos, con variables cualitativas y cuantitativas, recogidas de historias de pacientes sometidas a dichas intervenciones, y que posteriormente hayan parido.

Conclusiones:

La cirugía mamaria no disminuye la capacidad de lactar de la mujer.

Con la prevelección del aumento de mujeres que desean amamantar después de una cirugía de mama, es muy probable que se lleven a cabo más estudios en este campo, generando un mejor desarrollo de técnicas quirúrgicas para preservar la función de lactancia.

Una información adecuada, e individualizada es fundamental para desmitificar la imposibilidad de lactar tras la cirugía.

Resultados:

En el estudio se analizaron y evaluaron.

P136

Posturas de Lactancia Materna en la Mujer con Fibromialgia

Aránzazu Gracia Barambio; Lucía del Carmen Galindo Arjona; Esther Brotons Cantó; Rosario Cantó García; Ana Belén Moreo Hernández; Alejandra Andreu Mula.

Introducción:

La fibromialgia es una alteración músculo esquelética compleja de carácter crónico que ocasiona dolores generalizados y profundo agotamiento. Las personas que padecen fibromialgia sufren intensos dolores en distintas partes del cuerpo. Se puede afectar cualquier tejido fibromuscular, pero lo más frecuente son los dolores del occipucio, cuello, hombros, tórax, zona baja de la espalda y músculos de los glúteos y de la línea de articulación de la rodilla.

La lactancia tiende a ser dificultosa debido al dolor muscular crónico provocado por la fibromialgia. Los síntomas se incrementan durante el último trimestre de la gestación y perduran intensos hasta 3 meses después de dar a luz.

Objetivo:

Proporcionar posturas alternativas de amamantamiento para las púerperas que padecen fibromialgia y promover así la lactancia en este colectivo de mujeres que encuentran dificultades para la continuidad de este tipo de alimentación.

Material y método:

Revisión de la literatura científica en bases de datos

(Medline, Pubmed, Cuiden, Cochrane, Enfispo), así como en historias de vida de madres que han lactado padeciendo fibromialgia. Así mismo se ha obtenido información a partir de redes de apoyo informal y distintas asociaciones relacionadas con esta patología.

Resultados:

Algunas de las posturas de amamantamiento convencionales como son: cuna tradicional, cuna cruzada, balón de rugby, tumbada de lado, a horcajadas. Se pueden adaptar a las púerperas que padecen fibromialgia disminuyendo las molestias músculo esqueléticas que les provocan.

Conclusiones:

Una postura adecuada unida a un ambiente íntimo y relajado pueden hacer posible una lactancia exitosa. Es recomendable, aparte de adoptar variantes de las posturas de amamantamiento habituales, realizar estiramientos específicos para disminuir la tensión en las zonas que se suelen sobrecargar.

P137

¿Debe Estar Contraindicada la Lactancia en Madres Infectadas por el VIH con Tratamiento Antirretroviral?

Enrique Jesús Jareño Roglán; María Dolores Silvestre Castelló; Francisco Javier Romero Gómez.

La infección por el VIH es una de las escasas contraindicaciones de la lactancia materna en el mundo desarrollado, ya que la lactancia teóricamente genera un riesgo de contagio del virus entre 5 y 17%. No obstante en el tercer mundo se sigue recomendando la lactancia materna en las madres VIH porque de lo contrario el riesgo de muerte por desnutrición, diarreas o infecciones es mucho mayor.

Pero estas cifras de riesgos se refieren a madres sin tratamiento; con el tratamiento antirretroviral materno adecuado se reducen drásticamente los riesgos, ya que se reduce hasta límites indetectables la carga viral en leche. En un estudio realizado en Ruanda en 2007 con 528 parejas madre-hijo (estudio AMATA) se ha demostrado que el riesgo de transmisión vertical es similar entre el grupo cuyas madres recibieron triple terapia durante los meses que duró la lactancia y el grupo a los que se les proveyó de sucedáneo; sólo se produjo un contagio atribuible a la lactancia materna (0.6%).

No obstante la lactancia materna en madres VIH tratadas no estaría exenta de dificultades:

- todavía persiste un mínimo riesgo de contagio (0.6%)
- debe ser exclusiva y es preciso retirarla al iniciar la alimentación complementaria (6 meses) para evitar contagios asociados a lesiones intestinales producidas por intolerancias a proteínas de la vaca u otros alimentos
- se debe vigilar muy escrupulosamente la posible aparición de problemas en la mama (mastitis, grietas) y en la mucosa oral del lactante (muguet) que puedan aumentar el riesgo de contagio
- es preciso monitorizar muy de cerca las cargas virales y los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo de la medicación antirretroviral.

Puede ser el momento de permitir en nuestro medio la lactancia en madres VIH con tratamiento adecuado (como en su momento ocurrió con el parto vaginal de bajo riesgo), o al menos de realizar un ensayo similar al estudio AMATA, ponderando las dificultades descritas con los conocidos beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación con sucedáneos. En todo caso también cabría la posibilidad de pasteurizar la leche para inactivar al virus.

P138

Lactancia Materna: ¿Prevención del Cáncer de Mama?

Marcos Camacho Ávila; Sandra Rodríguez Villa; María Florenciano Meseguer; María Tabata Ríos Del Solo; María del Carmen Moñino Martínez.

Antecedentes

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que es el tumor maligno más frecuente en la mujer y el que mayor número de muertes femeninas produce en nuestro país. En España se diagnostican 16.000 casos al año. Se han estudiado numerosos factores de riesgo y también parecen existir algunos factores protectores, entre los cuáles parece encontrarse la lactancia materna.

Objetivos

- Analizar la bibliografía existente sobre la lactancia materna como factor protector frente al cáncer de mama.
- Fomentar la lactancia materna.
- Prevenir el cáncer de mama.
- Fomentar la investigación de la matrona sobre la lactancia materna como factor de protección frente al cáncer de mama

Metodología

Se realizan búsquedas bibliográficas en bases de datos como Cochrane, Cuiden, Medline, Sciente direct utilizando como palabras clave; lactancia materna, prevención, cáncer mama y factores de riesgo. Además se realizan búsquedas en manuales de ginecología y lactancia materna.

Resultados

Después de revisar toda la bibliografía y estudios respecto a este tema hemos recopilado:

- La SEGO y la Asociación Española de Pediatría, defienden que la lactancia materna es un factor protector frente al cáncer de mama.
- Varios estudios, uno realizado por Rojas-Camayo, otro realizado por Tryggvadottir et al, y un último de Valaoras et al. avalan que existe una asociación entre el riesgo de cáncer mamario y la lactancia materna.
- Otro estudio en Hong Kong realizado por Ing et al, demostró que en las mujeres que habían amamantado de una sola mama aumentaba cuatro veces el riesgo de cáncer en la mama sin succionar.

Conclusiones

La lactancia materna es un factor protector frente al cáncer de mama, si bien algunos de los estudios daban una significación estadística poco importante.

Resaltar la importancia de la matrona como agente educador y como investigadora sobre la lactancia materna porque, además de los numerosos beneficios que ya se conocen se le atribuye uno más, la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama.

P139

Rol de la Matrona en la Identificación de Lesiones Cutáneas Mamarias Frecuentes que Puedan Contraindicar la Lactancia Materna

Sonia García Duarte; Flora Sánchez López; Manuela Zaragoza Soler.

Antecedentes y objetivos

En muchas ocasiones la lactancia materna es abandonada por motivos no justificados, a veces, influenciado por desconocimiento del personal sanitario.

Con este trabajo se quiere conseguir como objetivo principal:

- Recopilar información para informar a las matronas en la identificación de lesiones cutáneas mamarias.

Mediante la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- reconocer las lesiones de las mamas que contraindican el inicio y/o continuación de la lactancia materna.
- reconocer las lesiones de las mamas compatibles con la lactancia materna

Material y método.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las lesiones cutáneas que pueden contraindicar la lactancia materna en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cuiden e IME.

Resultados.

Tras la revisión bibliográfica, las lesiones cutáneas mamarias más frecuentes que pueden contraindicar la lactancia materna son: lesiones sífilicas, varicela, herpes simple y las neoplasias maternas que están en tratamiento. No contraindicarían la eliminación de la lactancia materna la hiperqueratosis de pezón y los piercing en el pezón, siempre y cuando la madre se los quite.

Conclusiones.

Una de las funciones del rol de la matrona es el poder identificar las lesiones cutáneas mamarias que puedan influir en la lactancia. Su correcto conocimiento permitirá asesorar a la madre sobre estas lesiones y si está indicado o no continuar la lactancia.

P140

Abordaje de la Ingurgitación Mamaria

María Elena Sánchez Terrer; Ascensión Gómez López; Rocío Martín-Gil Parra; José María Herrera Fernández; Esther Martínez Bienvenido; Paloma López Ros.

Introducción:

La ingurgitación mamaria es la distensión de la glándula mamaria debida a la obstrucción del drenaje linfático, debida al edema secundario al aumento de la vascularización en la mama y la acumulación de leche en los acinos mamarios. Es una complicación frecuente en el puerperio, que suele aparecer a los 2-4 días postparto.

Se distinguen tres tipos de ingurgitación mamaria: areolar, periférica y mixta, precisando cada una de ellas un abordaje terapéutico diferente. Si no se hace un abordaje terapéutico específico podemos dar lugar a complicaciones del cuadro clínico.

Objetivos:

- Definir las características de cada uno de los tipos de ingurgitación mamaria para poder hacer un diagnóstico diferencial entre ellos y la subida de la leche, la obstrucción de un conducto y la mastitis.
- Determinar el abordaje adecuado para cada una de ellas.

Material y método:

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline y Cochrane. También hemos consultado material bibliográfico especializado en Lactancia Materna.

Resultados y discusión:

En la ingurgitación mamaria hay clínica inflamatoria local y la leche no fluye, por lo que el agarre es difícil y el bebé está insatisfecho. Frecuentemente es bilateral, de inicio precoz, progresivo, y puede acompañarse de clínica general.

Lo que diferencia cada uno de los tipos de ingurgitación es: que el edema esté localizado en la parte más externa y superficial de la mama (areolar), en la parte más interna y profunda (periférica), o en toda la mama (mixta).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL			
	INGURGITACIÓN	OBSTRUCCIÓN	MASTITIS
INICIO	Precoz, progresivo	Tardío, progresivo	Tardío, brusco
LOCALIZACIÓN	Bilateral, toda la mama	Unilateral, sectorial	Colateral, sectorial
SÍNTOMAS GENERALES	Regular estado general. Puede aparecer febrícula.	Regular estado general. Puede aparecer febrícula.	Fiebre alta y malestar general

TRATAMIENTO DE LA INGURGITACIÓN MAMARIA			
	AREOLAR	PERIFÉRICA	MIXTA
Presión Inversa Suavizante	SÍ	NO	SÍ
Extracción de leche	Manual	Mecánica intermitente	Manual
Tomas frecuentes Posición correcta Frío local Antiinflamatorios y analgésicos			

Conclusiones:

Es fundamental conocer y diferenciar los distintos tipos de ingurgitación mamaria.

Su abordaje terapéutico debe ser individualizado para evitar complicaciones del cuadro.

P141

Actuación sobre Problemas Mecánicos de la Mama en el Establecimiento de la Lactancia Materna

Trinidad Ramos Rodríguez; Concepción Agulló Velasco; Isabel María De la Torre Gálvez; Rosa María González Lorca; Paloma Trillo López; Lucía García Gutierrez; Ana María Sinoga de la Torre; Luz Inmaculada Vicente Peralta; Leonor García López; María Ángeles Sans Guerrero.

Introducción.

Los problemas mecánicos presentes en la mama, pueden ser la causa o hándicap que la mujer manifiesta para desestimar el establecimiento de la lactancia materna como método de nutrición a su recién nacido. Estos problemas pueden generar baja autoestima situacional en la mujer y sentimiento de culpa al no satisfacer las necesidades de una alimentación natural cada vez más aconsejada y difundida en los sistemas sanitarios y sociales.

Objetivos.

- Definir problemas mecánicos de la mama que repercuten en el establecimiento de la lactancia materna. Describir su incidencia.
- Recoger información útil para solventar estos problemas a la hora del establecimiento de la lactancia materna.
- Valorar el nivel de satisfacción tras la actuación realizada para mejorar el amamantamiento.

Metodología.

Se recopiló información sobre los problemas mecánicos presentes en la mama y que influyen de forma negativa a la hora de que la mujer se plantee dar de lactar a su hijo. Se confeccionó un registro para recoger las variables a analizar. Se compiló, mediante búsqueda bibliográfica, la información necesaria para realizar un documento de enseñanza e información a las madres de cómo paliar o disminuir estos problemas en beneficio de la nutrición a base de lactancia materna.

Se diseñó y validó una encuesta autocumplimentable sobre la satisfacción y calidad percibida del proceso de actuación realizado.

Resultados.

Se han detectado problemas mecánicos de la mama como el pezón doloroso, retracción del pezón, mastitis, etc. La realización de un documento informativo de los métodos que pueden mejorar el amamantamiento en estas circunstancias, ha aportado una guía a utilizar en el tiempo para este tipo de usuarias. La calidad percibida de las personas tratadas ha sido satisfactoria, observándose manifestaciones de bienestar consigo misma y de agradecimiento hacia el personal implicado.

Conclusiones.

La interacción sanitario-mujer, nos permite poder detectar, planificar y decidir juntos las actividades para la resolución de sus problemas. Es nuestra aportación la que va a ayudar en la toma de decisión de sus cuidados que, tras una eficaz enseñanza, se llegará a una eficiente lactancia materna y mejora de su visión psicosocial.

P142

Lactancia Materna: Una Opción Terapéutica en la Prevención de la Depresión Postparto

María Ángeles Gil Buendía.

Antecedentes:

La depresión postparto (DPP) constituye un problema importante de salud pública, es la complicación más frecuente durante este periodo, afecta aproximadamente al 15% de las mujeres, y causa devastadores y duraderos efectos sobre la madre y el niño. La lactancia materna (LM) parece proteger contra el estrés psíquico en el postparto por lo que representa un potencial terapéutico en patologías como la depresión.

Objetivo:

Conocer el papel de la LM en la prevención de la DPP.

Método:

se llevó a cabo una revisión de publicaciones de la enfermería y la literatura biomédica a partir de examinar las búsquedas en las bases de datos MEDLINE-PUBMED, COCHRANE, LILACS, IBECS, CUIDEN, Y ENFISPO, con las palabras clave “depresión postparto” y “lactancia materna”, y se incluyeron las revisiones sistemáticas / meta-análisis, ensayos comparativos, prospectivos de cohortes, estudios de casos y controles relacionados con los efectos de la LM sobre el estado psíquico materno en el postparto.

Resultados:

De 340 publicaciones se seleccionaron 9 revisiones, 4 estudios comparativos, 4 ensayos clínicos, 3 estudios de casos-controles, y 2 estudios primarios. La investigación en el ámbito de la psiconeuroinmunología sugiere dos objetivos para la prevención y el tratamiento de la DPP: reducir el estrés materno y la reducción de la inflamación. Estudios recientes demuestran que la LM tiene un efecto protector sobre la salud mental materna, ya que atenúa el estrés y modula la respuesta inflamatoria. La LM se asocia con un aumento del sistema nervioso parasimpático, y a través de la oxitocina mejora la tensión inducida por la respuesta mediante la reducción de la ACTH y la secreción de cortisol. La prolactina cuyo nivel sérico está elevado durante la lactancia, también se asocia con efectos antidepresivos y ansiolíticos.

Conclusión:

El acto de la LM está asociada con disminución de la respuesta neuroendocrina al estrés y del estado de ánimo negativo, y por tanto, con una mejora de la salud física y mental en comparación con las que optan por alimentación artificial.

La nueva investigación sugiere que los beneficios que aporta la LM a la salud materna son aún un inexplorado camino.

P143

Contraindicaciones y Falsas Contraindicaciones de la Lactancia Materna

Marta González Orenes.

Introducción:

Actualmente la lactancia natural materna se ha convertido en un objetivo a conseguir en nuestra sociedad, por los beneficios que presenta tanto para la madre como para el bebé; beneficios nutricionales y en el crecimiento del bebé, relacionados con la inmunidad, ante enfermedades crónicas del bebé, beneficios odontológicos, físicos y emocionales para la madre, beneficios económicos y sociales.

La lactancia materna contribuye a crear un vínculo entre la madre y su hijo. El contacto físico con la madre para un recién nacido le ayuda a sentirse más seguro.

Objetivo:

Dar a conocer las contraindicaciones y falsas contraindicaciones de la lactancia materna.

Métodos:

Método de investigación bibliográfica.

Resultados:

La lactancia materna es muy recomendable, sin embargo existen determinadas patologías en las que dar el pecho supondría un gran riesgo para el bebé y, en algunos casos, también para la madre.

Contraindicaciones: VIH, infecciones por el virus de la leucemia humana de células T, galactosemia, deficiencia primaria congénita de lactasa y consumo de heroína, cocaína, anfetaminas y marihuana; son situaciones totalmente inapropiadas para la lactancia.

Falsas contraindicaciones: Diabetes mellitus, infecciones agudas comunes, hepatitis A y B, rubeola, parotiditis, salmonelosis, malaria, hipo e hipertiroidismo, pezón plano o invertido e implante mamario de silicona.

Enfermedades infecciosas maternas (tuberculosis activa no tratada, herpes simple, hepatitis C, citomegalovirus, brucelosis...) y enfermedades no infecciosas maternas (miastenia "gravis", cáncer de mama, prolactinoma...); son situaciones que requieren una valoración individualizada.

Conclusiones:

Por la importancia y los beneficios que la lactancia materna tiene sobre el recién nacido, creemos necesaria la difusión de la información que se aporta para poder evitar mala praxis enfermera y confusiones en las gestantes.

P144

Deshabitación Tabáquica y Lactancia. Una Oportunidad para la Acción

María Trinidad López Fernández; Encarna Pastor Torres; Miguel Felipe Sánchez Saucó; Rafael Pérez Sarmiento; María Espín Olmo; Juan Antonio Ortega García.

Introducción

El tabaco contamina más el aire que respiran los recién nacidos que el resto de contaminantes del aire juntos. Además disminuye la cantidad, calidad y duración de la lactancia materna. La evidencia científica sugiere que una de cada diez madres que reciben consejo breve optará por dejar de fumar, cifra que se ve aumentada en los periodos críticos de embarazo-lactancia.

Objetivo

Analizar el papel del tabaco en una cohorte de madre-recién nacido respecto de la duración de la lactancia materna. Compartir la experiencia de deshabituación tabáquica y consejo breve en madres embarazadas, lactantes y sus familias.

Metodología

Estudio analítico prospectivo del seguimiento de una cohorte de 120 parejas madre-recién nacido. Supervivencia de la lactancia materna. Revisión de los registros de consulta y consejo breve desde 1 de enero de 2008 a 1 de diciembre de 2008 (11 meses).

Resultados

Las madres fumadoras en el momento del nacimiento lactan casi la mitad de tiempo que las no fumadoras (OR: 1.89; 95%IC 1.18-3.02). El 60 % de los fetos (exposición intrauterina-fetal) tenían al padre y/o madre fumadores. Un 42 % y 25% de las madres eran fumadoras al inicio de la gestación, y durante el 2º -3º trimestre respectivamente. El 46 % de los padres eran fumadores.

El consejo breve se ha realizado en 700 puérperas (intento de cesación en 92). En consulta de deshabituación tabáquica se han atendido con fuerte adicción psicológica a 23 embarazadas (cesación 5%, reducción drástica de consumo 43%). Se han realizado 240 intervenciones breves.

Conclusiones

Todos los programas dirigidos a la protección del embarazo y lactancia deben incluir acciones específicas para un abandono integral del consumo de tabaco en las familias y a eliminar la exposición al humo de tabaco del recién nacido. Durante el embarazo-lactancia son periodos sensibles para desarrollar estas intervenciones.

P145

Integrando la Hoja Verde en los Cuidados Durante Embarazo-Lactancia

Juan Antonio Ortega García; María Trinidad López Fernández; Encarna Pastor Torres; Mónica Esquerdo Laib; Miguel Felipe Sánchez Saucó; María Espín Olmo.

Objetivo

Los hábitos tóxicos durante el embarazo han sido identificados como unas de las principales causas prevenibles de defectos congénitos y alteración del desarrollo del feto. No se conoce una cantidad de alcohol y tabaco que sea segura. La hoja verde es un conjunto de preguntas mínimas básicas y concisas que nos permite identificar los riesgos ambientales, incluidos los hábitos tóxicos para prevenirlos. En esta comunicación describimos los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y cannabis) transplacentarios mediante la hoja verde.

Métodos.

Estudio descriptivo basado en la hoja verde que se ha realizado a 120 madres púerperas de la maternidad de nuestro hospital de noviembre de 07 a febrero 2008.

Resultados

Tabaco: El 60 % de los fetos (exposición intrauterina-fetal) tenían al padre y/o madre fumadores. Un 42 % y 25% de las madres eran fumadoras al inicio de la gestación, y durante el 2º -3º trimestre respectivamente. El 46 % de los padres eran fumadores. Alcohol: El 34 % de las madres no beben, el 51% ingieren hasta 8 g/día, el 10% ingiere de 8 a 20 g/día y el 5% sobrepasa los 20g/día al inicio de la gestación (1 trimestre). Durante el 2-3 trimestre el 83% no beben. Cannabis: El 10 % de las madres han estado expuestas durante el embarazo al humo de cannabis (4 de las 10 son fumadoras activas de cannabis-marihuana). Estaban buscando el embarazo el 83 % de las parejas. No se observación diferencias por el hecho de estar buscando el embarazo, solo cambian una vez que se enteran que están embarazadas.

Discusión

La vida intrauterina constituye el periodo de la vida del individuo con mayor prevalencia de consumo de tabaco en España. El embarazo empieza desde el mismo momento en el que se plantea la pareja tener un hijo. La escasa percepción de riesgo sobre los hábitos tóxicos que tiene los padres a la hora de planificar los embarazos, especialmente con el alcohol, sobreexpone a su acción teratogénica a muchos fetos. Tanto la espermatogénesis en hombre, como los factores periconcepcionales en la mujer, deben de ser cuidados al mínimo detalle para reducir los riesgos de futuras generaciones.

La enfermería tiene una extraordinaria posición para detectar los riesgos ambientales. La necesaria formación para el desarrollo de la hoja verde durante pre-embarazo y lactancia nos permite una vez detectados, dar consejos breves de salud para reducir y/o eliminar estas conductas.

P146

Yoduria en el Postparto, Antecedentes Maternos y Duración de la Lactancia. Primeros Resultados

Sergio Verd; Diego De Sotto; Laura Barriuso; Antoni Gayà.

Los estudios sobre la deficiencia de yodo (YD) en gestantes de España se han realizado en la última década. Todos presentan unas yodurias medias inferiores a 150 µg/L, o de inadecuada nutrición de yodo según el punto de corte de la OMS. En nuestra comunidad no hay estudios de este tipo, que guían sobre la mayor o menor necesidad de suplementar con yodo a las madres lactantes, por lo que hemos planteado el presente. La población diana son las madres que lactan y la yoduria se indica en la primera visita al Pediatra. Se ha analizado la posible asociación entre yodurias bajas, antecedentes maternos y evolución de la lactancia. Los análisis de las primeras 27 madres lactantes dan una yoduria media de 110 (95% CI 75 a 145); pero es más importante que 17 de estas mujeres, el 63%, tienen una yoduria < 100, o deficiente. No hay diferencias entre los dos grupos en cuanto a saber que han recibido suplementos de yodo en el embarazo (33% vs 29%). En cuanto a morbilidad materna, la principal diferencia entre los dos grupos es que hay más patología tiroidea materna en el grupo con DY: dos hipotiroidismos (uno diagnosticado en el mismo postparto) y un hipertiroidismo frente a ningún caso en el grupo sin DY. No ha habido diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a duración de la lactancia materna exclusiva (88 vs. 102 días). Este estudio, cuya principal limitación es que el número de casos estudiados es todavía pequeño, muestra tres tendencias a tener en cuenta: 1º los suplementos de yodo en el embarazo no son suficientes para conseguir un adecuado estado nutricional al respecto de las madres lactantes; 2º las únicas tres madres con patología tiroidea tenían yodurias muy bajas (59, 28 y 14 µg/L); y 3º La yoduria no parece interferir en el éxito de la lactancia, no había indicios sobre este resultado porque había datos contradictorios: el tabaquismo acorta la lactancia al mismo tiempo que reduce la yodolactia pero, por otra parte, las mujeres con DY concentran yodo en la leche materna.

P147

Uso de Antisépticos Yodados Durante el Embarazo, Parto y Lactancia

Ascensión Gómez López; Esther Martínez Bienvenido; María Elena Sánchez Terror; José María Herrera Fernandez; María del Carmen Pérez Valverde; Rocio Martín-Gil Parra.

Introducción

El uso de antisépticos yodados es todavía una práctica habitual en muchas maternidades para la preparación de la piel en caso de cesárea o cateterización epidural, desinfección del periné durante el parto, y en las curas del cordón umbilical del neonato.

Las preparaciones comerciales tienen grandes cantidades de yodo (10 gramos de yodo/100 ml), al cual la piel es muy permeable. Durante la lactancia se concentra activamente en la glándula mamaria, y alcanza concentraciones en leche materna veinte veces superiores a las sanguíneas (índice leche/plasma: 25).

Objetivo:

Determinar los posibles riesgos de la utilización de la povidona yodada durante el periodo perinatal.

Material y método:

Se realizó revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, MEDLINE, DOYMA, BDIE, CUIDEN, LILACS. Bibliografía especializada en lactancia materna, asepsia y antisepsia.

Como palabras clave se utilizaron "Povidone iodine" AND "Pregnancy", "Delivery", "Breast Feeding"

Se realizó un análisis y descripción de la información obtenida que posteriormente se plasmó en un póster.

Resultados y discusión:

Según los estudios analizados, la aplicación cutánea de antisépticos yodados aumenta la yodemia materna, la yodemia en sangre de cordón (en un 50%), la yoduria materna y la excreción de yodo en la leche materna.

La gran permeabilidad de la piel al yodo y su excreción elevada por la leche materna, producen una sobrecarga yodada incontrolada y un bloqueo tiroideo en la madre y en el recién nacido conocido como efecto de Wolf-Chaikoff.

El hipotiroidismo transitorio en el neonato altera los resultados de las pruebas de detección precoz de hipotiroidismo congénito y puede afectar a su desarrollo cerebral.

Numerosos autores han puesto de manifiesto la superioridad de la clorhexidina como antiséptico frente a la povidona yodada.

Conclusión:

La povidona yodada es un antiséptico poco seguro durante el periodo perinatal, por lo que desaconsejamos su empleo durante el periparto, en unidades de neonatología y lactantes, siendo la clorexidina el antiséptico de elección

P148

Lactancia Materna y Alfuzosina. A Propósito de un Caso

Encarnación Rosique Gómez; María Elena Sánchez Terror; Juana María Galera Pérez; Carmen Guirao Molina; Fabio Cañavate Payá; Ana Belén Guirao Molina.

Antecedentes

La LM es compatible con la mayoría de enfermedades y medicamentos. La alfuzosina es un antagonista α_1 -adrenérgico utilizado en el tratamiento de la hipertrofia prostática. Algunos estudios han demostrado su utilidad para la eliminación de cálculos de las vías urinarias. Hasta el momento, no hay estudios de su transferencia a la LM.

Como profesionales debemos informarnos de la compatibilidad de los tratamientos que reciben las madres con la LM y de las posibles alternativas, en caso de ser incompatibles. La página Web del Hospital Marina Alta es una fuente de información de fácil acceso, fiable y rápida.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer puérpera de 24 años y su bebé de 10 semanas con LME. La madre es diagnosticada de hidronefrosis derecha secundaria a litiasis ureteral, por lo que ingresa. Se decide ingreso conjunto con su bebé, tras solicitud materna del mismo para continuar con el amamantamiento.

Durante su estancia se le coloca catéter ureteral y se administra alfuzosina para ayudar a la eliminación del cálculo. Se informa a la madre de la incompatibilidad de este tratamiento con la LM.

Tras consultar con un GALM, la madre decide extraerse la leche y desecharla mientras dure el tratamiento (5 días), presentando ingurgitación mamaria durante este periodo, deterioro del estado de ánimo e intención de abandono de la LM. El personal del GALM consultó en la Web del Hospital Marina Alta la alfuzosina, que no estaba incluida en la base de datos. No se pudo contactar telefónicamente con el Servicio de Pediatría al ser el ingreso hospitalario en periodo no laborable. Tras el alta hospitalaria la madre reanudó el amamantamiento exclusivo de su bebé.

Con posterioridad al alta de la paciente se contactó con el Servicio de Pediatría del Hospital de la Marina Alta de Denia, que confirmó la falta de estudios sobre la alfuzosina y la LM e indicó la alternativa: tamsulosina, de Riesgo 1.

Comentarios

- La madre podía haber continuado el amamantamiento.
- Tras este caso se incluyó la alfuzosina en la Web de Marina Alta...
- Hacen falta estudios farmacocinéticos de la alfuzosina en LM.

P149

Ciclo de Mejora de la Calidad del Tratamiento Analgésico Postoperatorio en Cirugía Obstétrica y su Repercusión en la Lactancia Materna

Rocío Martín-Gil Parra; Diego Fuentes García; Paloma Domenech Asensi; Magdalena Arance García; María Beatriz Rodríguez Martín-Gil; Vicente Roqués Escolar; María del Mar Serna Barquero; Pilar Vázquez Pérez; Samuel E. Quesada Torres.

Introducción:

Es necesario ofrecer un tratamiento analgésico de calidad a las madres sometidas a cesárea por razones médicas y humanas. El dolor postoperatorio dificulta el inicio precoz y a demanda de la LM en estas madres. Un tratamiento analgésico adecuado aumenta su capacidad para amamantar y cuidar al recién nacido.

Objetivo:

Evaluar y mejorar la calidad del tratamiento analgésico postoperatorio tras cesárea y su relación con la LM.

Material y métodos:

Tras aprobación por el Comité de Ética, realizamos un estudio observacional, prospectivo, cruzado, en 118 pacientes sometidas a cesárea en el hospital (Mayo-Noviembre de 2008). La técnica de muestreo ha sido aleatoria simple de entre los casos identificados en el registro de intervenciones en quirófano. Para la evaluación del cumplimiento de los criterios hemos utilizado la historia clínica de la paciente, y para la evaluación de la alimentación del bebé hemos utilizado la encuesta de recuerdo de 24 horas de la OMS.

Criterios para evaluar la calidad:	Plan de mejora:
1.- Tratamiento analgésico en perfusión intravenosa durante las primeras 24h. 2.- Tratamiento analgésico intravenoso de rescate para el dolor incidental durante las primeras 24h. 3.- Tratamiento analgésico vía oral pautado durante el 2º día postoperatorio 4.- Analgésicos orales pautados para el dolor incidental durante el 2º día postoperatorio	Elaboración y difusión de un protocolo analgésico postoperatorio.

Resultados:

Diagrama tipo estrella de cumplimientos:

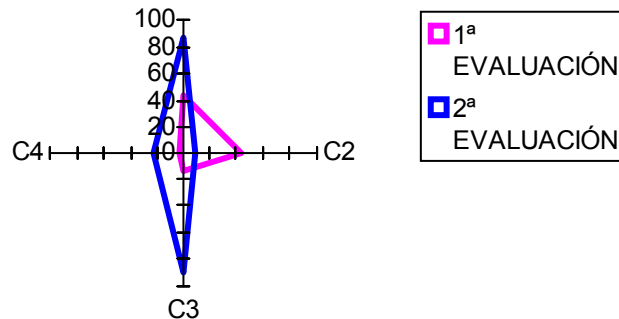
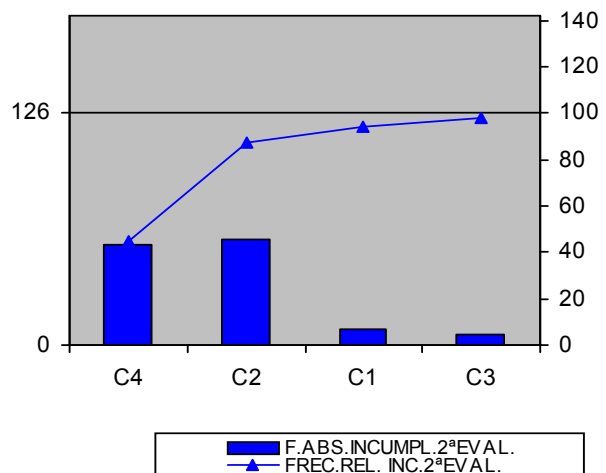
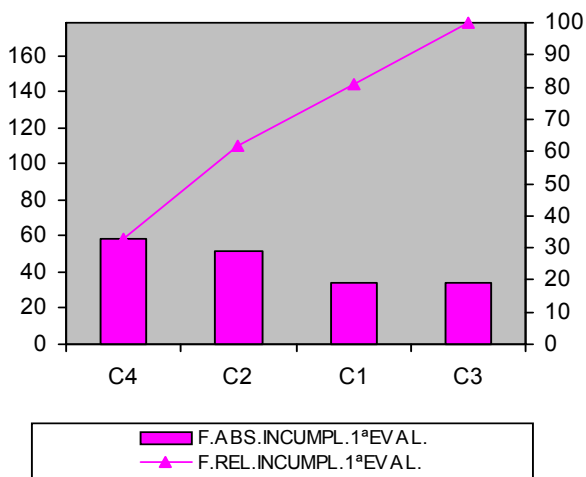


Diagrama de Pareto:



Tasa de LM:

L.M.COMPLETEA		L.MIXTA		L.ARTIFICIAL	
1ª EVAL.	2ª EVAL.	1ª EVAL.	2ª EVAL.	1ª EVAL.	2ª EVAL.
21%	42%	76%	52%	3%	5%

Conclusiones:

Nuestro plan de mejora ha aumentado el cumplimiento de los criterios 1 y 3 (analgesia pautada durante el primer y segundo día postoperatorio), y no tanto con los criterios 2 y 4 (analgesia de rescate). Sería conveniente realizar otro ciclo de mejora para aumentar el cumplimiento de los criterios propuestos.

La mejora de la calidad del tratamiento analgésico postoperatorio en cesáreas se ha asociado a un aumento de la tasa de LMCompleta en estas pacientes. Serían necesarios más estudios para confirmar una posible relación causa-efecto y descartar la influencia de otras intervenciones que se puedan haber realizado simultáneamente.

P150

Lactancia Materna y Anestesia Obstétrica

Diego Fuentes García; Rocío Martín-Gil Parra; Paloma Domenech Asensi; Magdalena Arance García; Vicente Roqués Escolar; Beatriz Rodríguez Martín-Gil; María del Mar Serna Barquero; Samuel Quesada Torres; Pilar Vázquez Pérez.

Introducción:

Se sabe que el efecto analgésico de algunas técnicas anestésicas puede prolongarse durante las primeras 24 horas postoperatorias; sin embargo, no se conoce la posible influencia en las tasas de lactancia materna de cada una de ellas. Numerosos estudios intentan poner de manifiesto esta relación; sin embargo, la mayoría de ellos no logra resultados concretos en cuanto a dosis de anestésicos utilizados.

Objetivos:

- Determinar la tasa de lactancia materna completa a los tres días del nacimiento en caso de cesárea.
- Determinar si la técnica anestésica influye en la tasa de LM Completa a los tres días del nacimiento.

Material y método:

Tras ser aprobado por el Comité de Ética, realizamos un estudio observacional prospectivo, entre 51 pacientes sometidas a cesárea en el hospital.

Hemos realizado un registro de la técnica anestésica y las dosis de anestésicos utilizados a partir de la H^o Clínica. A los tres días del nacimiento realizamos una encuesta a las madres sobre sus características sociodemográficas, momento de puesta al pecho en el postoperatorio inmediato y recuerdo de LM de 24h.

Resultados y discusión:

Las técnicas anestésicas más utilizadas son:

- Epidural: Grupo E (21/51 pacientes) (Bupivacaína 22.5mgr + Lidocaína 90mgr+Fentanilo 50µgr+Bicarbonato 8.4% 1M 0.5 mEq/gr).
- Intradural: Grupo I (25/51): Bupivacaína HB 10mgr + Fentanilo 20µgr.

La tasa de LM Completa global ha sido de un 45%. El grupo con mayor tasa de LM Completa fue el Grupo I (48%). El grupo con mayor tasa de LM Mixta o L Artificial ha sido el grupo E (71%).

Pensamos que las dosis de anestésicos que se administran a las madres pueden influir en el establecimiento de su LM, así como la falta de cumplimiento de sus expectativas respecto a su parto.

Conclusiones:

- Las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea necesitan un apoyo especial en el inicio de la LM ya que su tasa de LM es muy baja (45%).
- La técnica anestésica con mejores tasas de LM es la intradural con fentanilo, mientras que las madres a las que se realiza una técnica epidural son las que tienen más dificultades en el inicio de su LM.

P151

El Rol de la Matrona en la Administración de Fármacos a la Mujer durante el Amamantamiento

María del Mar Sánchez Guisado; María del Carmen Ariza Salamanca; Amparo Pulido Arcas.

Introducción y justificación

La matrona actualmente no prescribe medicación a la mujer lactante, pero es muy importante que conozca qué fármacos se transfieren a través de la leche materna y el riesgo de dicha exposición. El inicio de un tratamiento farmacológico se encuentra entre las principales causas de abandono de la Lactancia Materna.

Durante la lactancia puede que la mujer acuda a la matrona en busca de información ante la necesidad de iniciar un tratamiento, podemos proporcionarle una serie de consejos útiles para poner en práctica.

Objetivos

Investigar estudios realizados a nivel mundial acerca de administración de fármacos a la mujer durante el amamantamiento.

Elaborar una lista de consejos que la matrona pueda indicar a la mujer para minimizar los riesgos de la administración de fármacos durante la lactancia.

Metodología

Revisión bibliográfica de bases de datos: Cochrane, Medline, PubMed, Cinahl y Cuiden.

Revisión de recomendaciones de la FDA sobre administración de fármacos durante Lactancia Materna.

Resultados

Recomendaciones para minimizar la exposición del lactante al fármaco, sus efectos dependen de la concentración de fármaco presente en leche materna:

Limitar la administración de fármacos a la mujer durante la Lactancia a casos de estricta necesidad.

Es preferible el uso de la vía tópica, siempre que sea posible.

Aquellos fármacos que sean seguros para su administración en lactantes generalmente también lo son para su administración en la mujer durante la lactancia.

Los fármacos seguros para su administración durante el embarazo a veces no lo son durante la lactancia.

Evitar el amamantamiento durante el pico de concentración plasmática del fármaco.

Tomar la medicación antes del intervalo de sueño del lactante más largo.

Amamantar al bebé e inmediatamente después tomar la medicación...

Conclusiones

La administración de fármacos a la mujer durante la Lactancia a veces es imprescindible y debido a la toxicidad de algunos fármacos el cese de la Lactancia es obligatorio. En otras ocasiones el cese de la Lactancia se produce como consecuencia del desconocimiento de la mujer. El papel de la matrona en estos casos es fundamental, asesorando a la mujer para minimizar la exposición del lactante al fármaco sin necesidad de abandonar la Lactancia.

P152

Valoración de la Calidad de la Dieta Durante el Embarazo

Adriana Ortiz-Andrellucchi; Almudena Sánchez-Villegas; Octavio Ramírez-García; Lluís Serra-Majem.

Fundamento y objetivos:

Una ingesta nutricional adecuada durante el embarazo permite no sólo potenciar la salud de la mujer y prevenir enfermedades gestacionales, sino que también se relaciona con la salud del niño, principalmente con el peso del recién nacido, con la probabilidad de partos prematuros, con la aparición de algunas malformaciones congénitas e inclusive con la aparición de enfermedades crónicas en la vida adulta. El objetivo de este estudio es describir la calidad de la dieta en embarazadas sanas utilizando el *Healthy Eating Index (HEI)*.

Sujetos y método:

Estudio transversal de 103 mujeres entre los 18 y 40. Se estimó el consumo de alimentos, macro y micronutrientes mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos utilizado en la Encuesta Nutricional de Canarias (ENCA). Se calculó el HEI que incluye 10 componentes, siendo el puntaje máximo posible del índice de 100.

Resultados:

El puntaje del índice fue de 54,9. Esta puntuación se aleja de la puntuación óptima de ≥ 80 requerida para calificar como buena la calidad de la dieta de las embarazadas de nuestra población de estudio. La puntuación media de los 5 primeros componentes del índice mostró que el consumo de cereales fue inferior al número de raciones diarias recomendadas, mientras que el consumo de vegetales, frutas, lácteos y carnes superó las recomendaciones. Además, se observó que un importante porcentaje de gestantes no alcanzaron el 50% de la ingesta recomendada de hierro, folatos y vitamina D (36,9%, 26,2% y 38,8% respectivamente). Sin embargo, más de un 30% de la población superó el 200% de la ingesta recomendada para las proteínas, tiamina, niacina, riboflavina, vitaminas A y C.

Conclusiones:

Es necesario el consejo dietético para mejorar la calidad de la dieta durante el embarazo y la suplementación principalmente con hierro y folatos. Es importante destacar que la mujer durante la gestación se encuentra más receptiva a adoptar estilos de vida más saludable. Por ello, el consejo dietético en esta población podría ser una buena estrategia a corto y largo plazo para favorecer la adopción de hábitos alimentarios saludables en el entorno familiar.

P153

Revisión Sistemática sobre los Métodos para Evaluar la Ingesta de Micronutrientes Durante el Embarazo

Adriana Ortiz-Andrellucchi; Lluís Serra-Majem.

Fundamento y objetivo:

La red de excelencia EURRECA pretende aportar directrices claras en cuanto a la validez de los métodos que se utilizan para evaluar la ingesta de micronutrientes en grupos vulnerables de la población. Esta revisión sistemática analiza la validación de la metodología utilizada para calcular la ingesta dietética habitual durante el embarazo.

Material y método:

La búsqueda se realizó en Medline y Embase. La calidad de cada estudio de validación se evaluó mediante un sistema de puntuación desarrollado por EURRECA. Los estudios de validación de cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos (FFQs) se clasificaron en función de si el método de referencia refleja la ingesta a corto plazo (<7 días), a largo plazo (≥ 7 días) o si utiliza biomarcadores. Los diferentes métodos fueron categorizados de acuerdo a la media ponderada de los coeficientes de correlación de cada nutriente: pobres ($r < 0,30$), aceptable ($r = 0,30$ a $0,50$), buena ($r = 0,51$ a $0,70$), y muy buena ($r > 0,70$).

Resultado:

Diecisiete artículos fueron seleccionados para su inclusión en esta revisión que incluye la validación, de 15 FFQs, 2 registros dietéticos, una historia dietética y un check list para evaluar la ingesta de hierro. Se analizaron 26 nutrientes utilizando 6 FFQs validados frente a recordatorios de 24hs, mostrando una buena correlación para 6 micronutrientes. Por otro lado, se analizaron 24 nutrientes utilizando 2 FFQs validados frente a registros dietéticos por estimación, presentando todos los nutrientes correlaciones buenas o aceptables. Un total de 14 nutrientes se evaluaron con 3 FFQs validados frente a registros dietéticos por pesada, mostrando buena correlación sólo para 5 de ellos. Finalmente, 6 FFQs, fueron validados frente a biomarcadores, presentando una buena correlación sólo el ácido fólico.

Conclusiones:

Los cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos parecen ser el método más fiables para medir a corto plazo la ingesta de vitamina E y B6 y largo plazo la ingesta de tiamina. Los biomarcadores no aumentan la fiabilidad de los métodos para evaluar la ingesta de micronutrientes, excepto para el ácido fólico. Se mejora la fiabilidad de los FFQs cuando se incluyen los suplementos dietéticos.

P154

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Carmen María Guirao Molina; María Elena Sánchez Terror; Ana Belén Guirao Molina; Fabio Cañavate Payá; Juana María Galera Pérez; Encarna Rosique Gómez.

Introducción

El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la LM (1981), tiene como objetivo “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución”

Las recomendaciones del Código se recogen desde 1991 en las directivas Europeas y desde 1998 en nuestra legislación. Actualmente están recogidas en la Directiva 2006/141/CE, transpuesta al ordenamiento jurídico español a través del Real Decreto 867/2008.

Sin embargo, seguimos presenciando el reparto indiscriminado de este tipo de productos en las consultas de las matronas y de otros profesionales, por lo que consideramos que existe un desconocimiento generalizado del mismo, tanto a nivel de la población general como de los propios agentes de salud.

Objetivo

Informar sobre el Código y sobre la legislación que lo recoge en nuestro medio.

Material y método

Se hicieron búsquedas sobre el Código en los documentos de la OMS y la legislación.

Resultados y discusión

Los Principios del Código son:

- -Producción de alimentos para bebés sujetos a reglamentos en todas sus fases.
- -Información sobre alimentación del bebé: desde el sistema de salud.
- -Productos con normas de calidad y presentación que informen de la superioridad de la LM.
- -Dar a conocer qué está prohibido.
- -Cuáles son los productos sujetos al código.

Estos principios se integran en nuestra legislación, del siguiente modo:

- -Prohibición de publicidad, distribución de muestras, u ofertas en lugares de venta.
- -Prohibición a fabricantes o distribuidores de preparados de hacer ningún tipo de promoción a través de servicios o personal sanitario.
- -Obligación de las Administraciones de velar para que el material informativo y educativo, sobre alimentación de los lactantes y destinado a mujeres embarazadas, a madre lactantes y de niños pequeños, incluya informaciones claras sobre la LM y el empleo adecuado de preparados.

Conclusiones:

Conocer el Código y legislación vigente al respecto ayuda a matronas y resto de profesionales, a actuar sin interferir en la promoción y fomento de la LM.

P155

Ritos de Nacimiento sobre Lactancia Materna en Tres Culturas Diferentes

Cristóbal Rengel Díaz; Laura Moreno Mira; María Antonia Blanca Morgado; Francisco Morales Bedoya; Antonia Arenas Olmo; María del Mar Avila Campos.

Objetivos

Identificar cuáles son los ritos más frecuentes que aparecen en el inicio de la lactancia materna en mujeres provenientes del Magreb, África Subsahariana y China

Comparar y analizar los distintos ritos descritos en las mujeres de los lugares antes señalados a fin de encontrar semejanzas y diferencias interculturales.

Conocer los distintos ritos en torno al inicio de la lactancia materna que se presentan en la sala de maternidad en mujeres de otras culturas y en qué medida se ven modificados a su paso por el hospital

Justificación

A semejanza de lo que ocurre con otros mamíferos, en los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura. Nuestro manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y recién nacido que seguramente ha contribuido a la caída de la lactancia materna, pero en otras culturas, donde el parto se realiza en un ambiente extrahospitalario y más humanizado, a veces ese proceso natural también se ve interferido por aspectos culturales en el que se alimenta al recién nacido con infusiones o agua.

Material y método:

Revisión etnográfica de carácter bibliográfico en bases de datos Pubmed, WOK, CUIDEN y Google académico a fin de conocer libros y artículos etnográficos sobre ritos de nacimiento y lactancia.

Entrevistas en profundidad con usuarias chinas, magrebíes y subsaharianas que puedan expresarse en castellano y expliquen los principales ritos de sus culturas respecto del nacimiento y la lactancia

Conclusiones:

Conocimiento de cuáles son esas costumbres en los colectivos de mujeres de las distintas culturas que más frecuentan nuestro hospital y una vez explorados los ritos más frecuentes, sería importante dar a conocer al resto del personal implicado en el proceso de lactancia materna, los más usuales en estas culturas para promover su comprensión y respeto a fin de poder dar a las mujeres información no vinculante respecto a la decisión del amamantamiento y del fomento del inicio precoz de la lactancia materna, desde la comprensión de sus costumbres y su realidad social.

P156

Lactancia Materna. Mitos y Creencias

Leticia López López; Belén Pérez López; Lucía García Gutierrez; María Concepción Agulló Velasco; Verónica García Guerrero; Inmaculada Martín Palos.

Introducción:

Hace algún tiempo, venimos detectando desde la observación una actitud dudosa en el momento de dar lactancia materna al recién nacido, debido no sólo a la variabilidad en la información que las usuarias reciben desde los diferentes servicios por los que transitan desde el inicio de su embarazo hasta el final de su proceso, sino por la existencia de muchos falsos mitos que aún están presentes en nuestra sociedad y que pueden provocar confusión y ansiedad en la madre, derivando en el abandono de amamantar a su hijo.

Objetivos

Conocer los mitos más arraigados sobre el proceso de amamantamiento.

Crear una guía que desmitifique estas creencias.

Metodología

Elaboramos una encuesta en la que se recogían cada uno de estos mitos y la pasamos a las mujeres ingresadas en la Unidad de Puerperio.

Paralelamente se diseñó una guía en relación a la veracidad de los mismos utilizando la evidencia existente, con el propósito de eliminar cualquier creencia equivocada que las puérperas pudiesen tener. Tras esta recogida de datos se les facilitó la guía, intercambiando impresiones con la usuaria y reforzando la información dada.

Más tarde, se pasó nuevamente la misma encuesta para confirmar la asimilación de dicha información.

Resultados

Se observó por parte de las madres una importante ampliación de conocimientos y como consecuencia la manifestación de una disminución de la ansiedad que expresaban sentir.

Conclusiones

Los conceptos preconcebidos por las madres respecto a la lactancia materna son, en muchos casos, ambiguos y equívocos, fruto de las diferentes connotaciones culturales. Estos mitos pueden ser modificados mediante una adecuada y uniforme educación sanitaria de las puérperas consiguiendo así una lactancia materna más eficaz y duradera.

P157

Enriquecida con Amor

María Concepción Real Hernández; Guillem Sans Real.

Con el proyecto “Enriquecida con amor”, poster-anuncio con el mismo eslogan, se pretende incentivar el uso de la lactancia materna.

Está concebido en formato póster, a modo de anuncio publicitario, en el cual se exhibe y se potencia la lactancia.

La imagen corresponde a un “brick” de leche materna sobre fondo blanco. En ella aparece nuestro eslogan; “enriquecida con amor”, así como un breve copy invitando al espectador a contemplar la tan ancestral y natural forma de alimentar al recién nacido a través de darle el pecho.

El concepto principal es el acercamiento y la naturalización acerca de la alimentación del bebé, usando una imagen impactante, contrastada y transgresora, que llegue al usuario. Con nuestro “brick” de leche materna transgredimos con la equivocada idea sobre la no necesidad para con nuestro bebé de alimentarlo usando nuestros medios naturales, los mismos que el resto de los mamíferos utilizan, y cayendo en la trampa de ofrecerles como sustitución un producto desnaturalizado, procesado industrialmente. Puesto que en la sociedad actual parece ser que “lo artificial es mejor”, consideramos importante potenciar la lactancia.

Nuestro anuncio, de esta manera, pretende metaforizar sobre los productos artificiales, creando una imagen en la que un producto natural es envasado de la misma manera que las leches y preparados lácteos destinados a cubrir supuestamente las necesidades alimenticias de nuestro bebé. Puesto que nuestro producto, la leche materna, ya ofrece en sí todos los nutrientes necesarios, ésta debe ser potenciada y estimulada.

Pretendemos, de esta manera, atribuirle a la leche materna un valor añadido que las leches artificiales no poseen. Este valor se trata del amor, el amor que una madre, con sus sentimientos y también con su leche, ofrece a su bebé durante su crecimiento.

“Enriquecida con amor” pretende exponer, con el anuncio del “brick” de leche materna los beneficios objetivos y subjetivos de la leche materna sobre las leches artificiales, invadiendo su espacio natural y añadiéndole una cualidad que ninguna leche artificial puede ofrecer en la alimentación; el amor que una madre ofrece a su hijo en todo momento.

P158

Lactancia Materna un Bien Intercultural. Dar Pecho es Dar Vida

Mónica Esquerdo Laib; Encarna Pastor Torres; María Trinidad López Fernández; Miguel Felipe Sánchez Saucó; Juan Antonio Ortega García.

Introducción

En un mundo globalizado la lactancia materna es un bien compartido por todas las culturas del planeta. El número de inmigrantes en nuestra región se cifra en aproximadamente 300.000 personas, lo cual implica que un gran porcentaje de la población que atendemos en el hospital presenten barreras de comunicación a causa del idioma. El 20 % de los nacimientos en nuestro hospital corresponden a madres inmigrantes.

Objetivo

Diseñar un cartel de promoción intercultural

Método

Se elaboró el cartel con la imagen de varias familias lactantes de distintas razas o culturas. Las madres fueron requeridas para dar una frase-mensaje de apoyo a la lactancia y de la unión intercultural hacia esta práctica.

Conclusiones

La lactancia es el ecosistema más íntimo e inviolable que nos une y nos vincula al mundo como especie con el resto de mamíferos. Es un bien y patrimonio de la humanidad que hay que proteger y promocionar. Toda madre lactante ha de estar bien informada para proporcionar a su prole la alimentación mas sana en cada etapa de la vida. La lactancia materna acerca, une, dignifica y estimula la convivencia entre las culturas.

P159

Uso Tradicional de las Plantas en la Lactancia Materna

Félix Jiménez Jaén; José Oliva Pérez; Daniel Morillas Guijarro; Jesús Martín Herrero; Casilda Arce Maure; Pilar Del Arco Ramos.

Introducción.

Desde el principio de los tiempos se han empleado multitud de plantas por sus efectos terapéuticos, sin embargo, con el progreso se han ido abandonando y sustituyendo esta práctica por otros productos farmacéuticos. En ocasiones las plantas eran muy eficaces para conseguir el objetivo buscado, otras en cambio tenían además unos efectos indeseables que llegaban a ser extremadamente peligrosos.

Actualmente algunos sectores de la sociedad reclaman volver a emplear remedios tradicionales huyendo de la excesiva tecnificación que nos rodea, a pesar de la escasa evidencia científica que avalan estas prácticas.

Material y método.

Revisión bibliográfica clásica.

Resultados.

Plantas galactogogas: Albahaca (*Ocimum basilicum*), Anís (*Pimpinella Anisum*), Cardo lechal (*Silybum marianum*), Cardo mariano (*Silybum marianum*), Fenogreco o Alholva (*Tregonella foenum-graecum*), Hinojo (*Foeniculum vulgare*), Sésamo (*Sesamun indicum*).

Galactofugo: Cardo corredor (*erygium campestre*), Menta (*Mentha piperita*), Mercurial (*Mercurialis annua*), Perejil (*Petroselinum crispum*), Vincapervinca (*Vinca minor*).

Mastitis: Ajo (*Allium sativum*), Amargo sueco, Cebolla (*Allium cepa*), Col (*Brassica oleracea*), Dulcamara (*Solanum dulcamara*), Fresal (*fragaria vesca*). Tomillo (*Thymus vulgaris*), Zanahoria (*Daucus carota*).

Grietas en el pezón:

Alholva (*Tregonella foenum-graecum*), Azucena (*Lilium candidum*), Consuelda o Sinfito (*Symphytum officinale*)

Modalidades de uso más frecuentes:

Las plantas se pueden emplear en forma de tisana, infusiones, cataplasmas, decocción, macerado glicerinado, polvo (cápsulas), emplastes, jabones, zumos, aceites esenciales, tinturas, pomadas, compresas, alimento (comer las semillas).

Conclusiones

Previo al uso de cualquier preparado con plantas medicinales se debe individualizar cada caso, abordando y corrigiendo todos los posibles factores modificables como: frecuencia y exhaustividad en el vaciado de las mamas en caso de galactogogos o galactofugos; posiciones adecuadas de los elementos implicados en la tetada (madre, lactante y pezón) en caso de grietas y/o mastitis.

Las plantas medicinales, se tienen que considerar como medicamentos, por esto, se recomienda ser prudentes en su uso y evitar la automedicación con estos preparados.

P160

Papel de la Enfermera como Promotora de la IHAN e ICSAN

Beatriz López Muñoz; María Pereda Molina; Sonia Lorente Díaz; Cristina Cerezo Espinosa; Elena Linares Stutz.

Antecedentes y objetivos:

Aún demostrándose científicamente que la leche materna es más beneficiosa que cualquier sucedáneo, se siguen utilizando mayoritariamente los biberones. De esta manera, la lactancia materna se ve afectada como método alimenticio exclusivo.

En los 90, la OMS y UNICEF, declararon mediante 10 pasos a seguir, la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (I.H.A.N) que incentivó la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En el 2002 se sumaron los Centros de Salud a esta iniciativa, denominándose Iniciativa Centro de Salud Amigos de los Niños (I.C.S.A.N), cuya política se centra en adoptar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

Esta iniciativa es de vital importancia, ya que la siguen 15.000 hospitales en todo el mundo, de los cuales 13 de ellos son españoles.

El objetivo que pretendemos con este póster es informar a los profesionales sanitarios acerca de los requisitos, beneficios y dificultades más comunes que encuentran a la hora de aplicar esta iniciativa, tanto de I.H.A.N como de I.C.S.A.N.

Material y métodos:

Recopilación y revisión en las bases de datos: COCHRANE, CUIDEN, MEDLINE, ENFISPO así como en los diversos organismos como: MSC, OMS, UNICEF, acerca de artículos y normativas relacionadas con la I.H.A.N y I.C.S.A.N, utilizando las palabras claves: lactancia, Hospital Amigo y promoción.

Resultados:

Dentro de las principales dificultades que surgen en el establecimiento de esta política se encuentran:

- Inexistencia de un protocolo de la lactancia para el equipo de salud.
- Promoción sistemática de sucedáneos lácteos, biberones, tetinas, y pezoneras.
- No contar con la infraestructura adecuada que impida la cohabitación y la posibilidad de ofrecer lactancia a demanda.
- Inexistencia de contacto madre-hijo tras el parto/cesárea, que dificulte iniciar la lactancia en la primera hora de vida.
- Falta de profesionales cualificados para enseñar la práctica correcta de la lactancia.

Conclusiones:

La enfermera tiene un papel muy importante dentro de las instituciones sanitarias, en la promoción y apoyo en el cumplimiento de los requisitos necesarios para acreditarse como I.H.A.N e I.C.S.A.N.

P161

Diagnósticos de Enfermería y Lactancia Materna

Esther Brotons Cantó; Rosario Cantó García; Ana Belén Moreo Hernández; Alejandra Andreu Mula; Aránzazu Gracia Barambio; Lucía del Carmen Galindo Arjona.

Introducción:

El modelo de enfermería “Teoría del talento para el papel materno” de Ramona Mercer, tiene en cuenta el amor y el apoyo de la pareja y la alimentación como factores importantes para hacer posible que una mujer cuide a su hijo. Tiene lugar durante un periodo en el cual, la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimente la alegría y la gratificación de su papel.

En referencia a la lactancia materna surgen problemas que debemos saber abordar y no menos importante saber reflejar en la historia clínica. Por ello es imprescindible la utilización de la taxonomía NANDA, NOC, NIC, para describir los problemas y las intervenciones encaminadas a solventarlos.

Objetivo:

Promover la utilización de un lenguaje sistematizado que aborde los problemas de lactancia para facilitar la comunicación entre los distintos profesionales sanitarios.

Difundir la utilización de la nomenclatura NANDA, NOC, NIC relacionada con la lactancia materna.

Material y método:

Revisión de la literatura científica consistente en la identificación de los diagnósticos de enfermería NANDA, así como de los objetivos NOC, y las intervenciones NIC para solventar los problemas de lactancia

Resultados:

Diagnósticos NANDA

- Conocimientos deficientes en lactancia materna 00126
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante 00107
- Interrupción de la lactancia materna 00105

Objetivos NOC

- 1800 Conocimiento de la Lactancia Materna.
- 1000 Establecimiento de la Lactancia Materna (lactante).
- 1001 Establecimiento Lactancia Materna (madre).
- 1102 Curación de las heridas.
- 1003 Lactancia Materna: destete.

Intervenciones NIC

- 5244 Asesoramiento en la lactancia
- 1054 Ayuda en la lactancia materna
- 3660 Cuidado de las heridas.
- 6522 Exploración de la mama.

Conclusiones:

Existen diagnósticos que hacen referencia a la lactancia materna. Al igual que están descritos los objetivos y las intervenciones que debemos utilizar a la hora de elaborar un plan de cuidados.

Es necesaria la utilización de esta nomenclatura para que toda nuestra actividad de matrona o enfermera quede registrada y se puede evaluar de forma objetiva nuestra actuación en la resolución de los problemas de lactancia.

P162

Valoración Continuada de la Lactancia Materna

Margalida Quetglas Porquer; Beatriz Alos Gámez; Catalina Barceló Mascaró; Beatriz Compte Hadler; Rosal Obrador Francesca Rosa.

Una función importante de la enfermera durante el puerperio es la valoración de la Lactancia Materna (LM). Aspectos como la postura de la madre y el niño, favorecer el vínculo afectivo, la duración y frecuencia de las tomas, conocer las experiencias previas por parte de los padres... son puntos importantes a tener en cuenta para conseguir un exitoso amamantamiento.

Por esta razón hemos creado un registro enfermero informatizado que nos facilite la recogida de datos de dicha valoración. Con ello conseguimos unificar criterios dentro del equipo multidisciplinar, ofrecer una atención individualizada adaptándonos a las diferentes culturas y situaciones. El objetivo final es conseguir una LM efectiva y duradera.

P163

La Lactancia Materna en el Espacio Europeo de Educación Superior. La Exigencia de una Formación en Competencias

Montserrat Edo Gual; Gemma March Vilà.

La adaptación de los estudios universitarios a los criterios del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) supone una readaptación de la asignatura troncal de Enfermería Materno-Infantil del 3er curso de la Diplomatura de Enfermería, que a su vez implica un rediseño en las diferentes actividades de aprendizaje, entre ellas el bloque temático de Lactancia Materna. El cambio de paradigma, donde el estudiante ha de ser el protagonista en la gestión de su aprendizaje, implica un cambio en la metodología de la asignatura adecuado a la adquisición de competencias. Este cambio implica un aprendizaje dinámico que busca la formación integral de las personas así como la adquisición de competencias no solo cognitivas, sino también de habilidades prácticas y personales, actitudes y consideración de los valores profesionales.

El objetivo de esta comunicación es explicar la nueva metodología implementada en el Seminario sobre Lactancia Materna respondiendo a los criterios del EEES y como su aplicación supone un aprendizaje más significativo e integrativo para el estudiante. Para la elaboración de la metodología se ha tenido en cuenta en cuenta la necesaria coherencia entre las competencias profesionales a desarrollar, las actividades de aprendizaje que permitan trabajarlas y una evaluación que demuestre su consecución.

El diseño de esta actividad de aprendizaje responde a 3 etapas:

- 1- Elección de las competencias en Lactancia Materna que se pretenden desarrollar en los alumnos a partir del perfil de competencias diseñado por la Escuela (conocimientos teóricos, habilidades e intervenciones específicas de enfermería, análisis clínico, resolución de problemas, comunicación oral y comunicación escrita).
2. Diseño de las diferentes actividades de aprendizaje (entrega de documentación, visionado de video, seminario de habilidades, estudio y resolución de casos simulados).
3. Evaluación de las competencias específicas mediante diferentes actividades evaluativas.

P164

Lactancia Materna en el Currículum de las Profesiones Sanitarias: Estudio Comparativo

Fabio Cañavate Payá; Carmen María Guirao Molina; Ana Belén Guirao Molina; María Elena Sánchez Terror; Juana María Galera Pérez; Encarna Rosique Gómez.

Introducción:

Para que la lactancia pueda establecerse con éxito, las madres necesitan soporte activo durante embarazo y postparto. Es responsabilidad de todos los profesionales dentro de los cuidados de salud materno-infantil, el comprometerse en la promoción y apoyo de la LM, proporcionando una información adecuada y mostrando un profundo conocimiento del manejo de la misma.

Basándose en esta evidencia, la OMS y UNICEF dieron a conocer los “Diez pasos para una feliz lactancia natural” en 1989. Este documento, proporciona una importante justificación de la correcta, adecuada y reglada preparación que deben poseer los profesionales sanitarios en relación a la LM, necesitando de unos conocimientos mínimos que deben reflejarse en sus planes de estudio.

Objetivo:

Comprobar si las titulaciones de medicina, enfermería, y sus respectivas especialidades de obstetricia-ginecología y pediatría, disponen de horas de formación en LM que les capaciten para la correcta promoción de la misma.

Material y método:

Se realiza una búsqueda y comparación de los planes de estudio de las titulaciones de enfermería, medicina, sus respectivas especialidades de obstetricia-ginecología y pediatría, a través de su guía docente y de residentes. Paralelamente se busca en las bases los datos Medline, Cochrane, Enfispo y Cuiden.

Resultados:

Existe un escaso contenido en materia de lactancia en la mayoría de planes de estudio consultados, dándose una igualdad en cuanto a horas de formación en la titulación de enfermería, medicina y en la formación de médicos residentes de ginecología-obstetricia y pediatría. Se observa un número de horas mayor en el plan docente desarrollado por las matronas, generándose una tendencia positiva respecto a la LM por parte de estas profesionales, debido a su mejor conocimiento de la misma.

Conclusiones:

Es importante incluir horas dedicadas a la LM dentro de los planes de estudio de las titulaciones sanitarias de enfermería, medicina, y sus respectivas especialidades de obstetricia-ginecología y pediatría, para apoyar la LM eficazmente y cumplir con los “Diez pasos” de la OMS-UNICEF.

Se pone de manifiesto, la necesidad de aumentar el número de horas lectivas destinadas a la LM en casi todas las titulaciones y especialidades sometidas a estudio, excepto en la de matrona.

P165

El Rol del Padre en la Lactancia Materna

Ana Belén Moreo Hernández; Alejandra Andreu Mula; Aránzazu Gracia Barambio; Lucía del Carmen Galindo Arjona; Esther Brotons Cantó; Rosario Cantó García; ; ; ;

Introducción

Las dificultades que aparecen durante la lactancia materna se pueden solventar con empeño, información y un deseo firme de seguir adelante, pero todo es mucho más fácil y las probabilidades de éxito aumentan cuando existe la figura del “soporte”.

Esta figura puede ser desempeñada de manera decisiva por el padre el cual deberá implicarse tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que esta situación precisa.

Si contamos con una madre, un hijo y un padre-soporte tenemos lo que se conoce como triángulo de la lactancia, que hará que las probabilidades de éxito de la lactancia aumenten considerablemente.

Objetivo:

Fomentar la implicación del padre como figura de apoyo- soporte a la lactancia materna.

Material y método:

Revisión de la literatura científica en base de datos

(Enfispo, Cuiden, Medline, Cochrane, Pubmed) así como de los documentos de consenso de organizaciones nacionales e internacionales de apoyo a la lactancia materna.

Resultados:

Aunque la naturaleza ha dado un privilegio único a las mujeres de poder amamantar a sus hijos, en el padre también se segregan hormonas durante el embarazo y en el contacto piel con piel con sus hijos, ésta secreción hormonal tiene gran importancia en el establecimiento del vínculo afectivo padre-hijo. Es en nuestro tiempo cuando el papel del padre en el cuidado de los hijos está adquiriendo gran relevancia.

El Puerperio es una etapa de aprendizaje para los padres y el bebé. La mamá experimenta cansancio y angustia. Aquí el papá puede desempeñar de forma activa su rol paterno, colaborando con la madre en asuntos relacionados con el cuidado y la crianza de su hijo y labores domésticas. También fomentar un ambiente de calma y tranquilidad, ayuda a que la madre asuma el amamantamiento con mayor naturalidad.

Conclusiones:

El ser padre-soporte y formar un triángulo de la lactancia es algo que los padres no deberían dejar pasar y es una experiencia muy enriquecedora y placentera tanto a nivel individual, como a nivel familiar.

Su figura de apoyo resulta indispensable para conseguir un incremento en las tasas y en la duración de la lactancia materna

P166

La Pareja Soporte: Una Figura Fundamental en el Triángulo de la Lactancia

Encarna Rosique Gómez; María Elena Sánchez Terror; Fabio Cañavate Payá; Juana María Galera Pérez; Ana Belén Guirao Molina; Carmen María Guirao Molina.

Introducción

Todas las díadas de lactancia mamá-bebé que cuentan con la figura de soporte que conforma el triángulo de la lactancia, tienen porcentajes de éxito mucho mayores en cuanto a instauración y mantenimiento de la lactancia que aquellas que no la tienen. Si esta figura además es la pareja, el éxito está asegurado.

Entendemos el concepto “soportar” en este contexto, como el apoyo, contención emocional, y cuidado que la madre necesita durante la época del puerperio y la lactancia.

Objetivo:

-Explicitar a través de la imagen el rol de la pareja soporte en el triángulo de la lactancia.

Material y método

Revisión bibliográfica de artículos sobre esta temática, así como fotografías que evidencian el rol de la pareja soporte en el triángulo de lactancia, montadas a modo de película a través de programa informático.

Resultados y discusión.

La pareja soporte en el triángulo de lactancia:

-Da facilidades para que la fusión mamá-bebé se produzca, permitiendo y defendiendo esta a la vez mediante: solicitud de vacaciones y permisos para poder estar en casa y ejercer este rol, asumiendo las tareas domésticas o buscando ayuda externa, cuidando de hijos mayores, organizando el hogar y la economía doméstica, haciendo frente a los conflictos y a la presión del entorno, apoyando las decisiones de la madre y disponiendo de información actualizada sobre el funcionamiento de la lactancia.

-Protege el nido, proporcionando a la madre-bebé la intimidad necesaria y asegurándoles la tranquilidad y el confort que necesitan.

-Permite que la madre explore su instinto y acompañarla afectuosamente en este proceso.

-Acepta y ama la díada de lactancia mamá-bebé no cuestionando las decisiones o intuiciones de la madre hacia el bebé, permitiendo un espacio para el desahogo, y compartiendo las tareas del cuidado del bebé conforme la díada lo vaya permitiendo.

Conclusiones

Para vivir una lactancia satisfactoria es necesario contar con una persona soporte, que si es la pareja aumenta el porcentaje de éxito y la satisfacción de la díada de lactancia.

P167

Binomio Desnudo: Indumentaria en la Lactancia Materna

María Luisa Reñé Gómez; María Elena Sánchez Terrer; Pedro de Alba y Vega.

Introducción:

El seno femenino es el órgano que produce la alimentación natural del niño, tanto física como emocional. En las sociedades civilizadas, el seno es un símbolo primordial de la feminidad con tres vertientes: la condición de mujer, la manifestación de la belleza y la representación explícita del erotismo, relegando su significado de elemento nutricional ligado a la maternidad.

Por binomio desnudo-indumentaria, entendemos el uso que se hace del vestido para cubrir o exhibir partes del cuerpo que tienen connotaciones de belleza y/o erotismo. Así, la exhibición total o parcial del seno es aceptada y, paradójicamente, genera una gran controversia cuando está relacionada con la lactancia, convirtiéndose en una dificultad.

Objetivo:

Explicitar la controversia entre la percepción social del seno femenino y el desarrollo óptimo de su función orgánica a través del binomio desnudo-indumentaria.

Material y método:

Recopilación y análisis de anuncios publicitarios donde aparece el seno femenino como símbolo de la feminidad, y de artículos científicos, de prensa y de opinión de madres lactantes, sobre la dificultad de amamantar en público.

Resultados y discusión:

En el análisis del material recopilado se detecta:

- Consideración generalizada de la visibilidad de la lactancia como un acto ofensivo aun sin exhibición del seno.
- Escasa permisividad y comprensión hacia el amamantamiento público, lo que hace que este sea difícil para las mujeres.
- Desconocimiento social de los derechos del niño y la mujer en relación con la LM.
- Tolerancia generalizada de la exhibición del seno desligada de su función orgánica.

Conclusiones:

Dentro del ámbito sanitario, tanto médico como de enfermería-matronas, en los consultorios pre y postnatales, se establece la necesidad de devolver la importancia del significado del seno femenino como órgano ligado a la maternidad.

Es urgente cubrir las necesidades de información de la sociedad en general y de apoyo emocional de las mujeres lactantes en particular, para que el binomio desnudo-indumentaria no suponga una dificultad en el éxito de la lactancia.

P168

Uso Idóneo de la Indumentaria para la Lactancia

María Luisa Reñé Gómez;

Introducción:

El uso de una ropa adecuada durante el periodo de lactancia es un aspecto importante como apoyo para dicha actividad. Problemas como obstrucción de los conductos galactóforos, dermatitis, dolor mamario, o derrames de leche, pueden ser prevenidos o solucionados por medio de la indumentaria adecuada. La elección de dicha ropa debe realizarse bajo criterios funcionales y estéticos.

La incorporación, cada vez más temprana, de la mujer a una actividad normal, junto con la importancia de mantener una lactancia prolongada, hace necesario que exista una información sobre el uso y características de la indumentaria más adecuada durante la lactancia.

Por otro lado, el binomio desnudo-indumentaria, en el ámbito de la lactancia, ha generado socialmente una controversia, en la que, en algunos ámbitos es una dificultad para lograr una lactancia exitosa, convirtiéndose esta y sobre todo la de larga duración, en una actividad poco comprendida y respetada.

Objetivo:

Describir cuáles son las características y usos idóneos de la indumentaria durante el periodo de lactancia para facilitar el amamantamiento en el ámbito privado y público.

Material y método:

Análisis de mercado de las prendas destinadas a la lactancia.

Revisión de publicaciones especializadas sobre las complicaciones de la lactancia derivadas del uso de una indumentaria inadecuada.

Análisis de la dificultad de amamantar en público por medio de artículos de prensa, opinión y experiencia de madres lactantes.

Resultados y discusión:

Se realiza una descripción de las características de la ropa más adecuada para su uso durante el periodo de lactancia, como composición, color, formas, líneas, cuidados y conservación de la misma para que no dañe la piel, e incluso ropa que facilita determinadas posturas en la lactancia.

Conclusión:

Se establece la necesidad de informar a la madre del uso y los cuidados sobre la indumentaria durante el periodo de lactancia y sobre aquellos aspectos relacionados con esta, que faciliten una lactancia exitosa.

P169

El Club de las Muñecas: Otra Forma de Jugar y Educar

Julia Perez Villegas; Amparo Alcantara Benavent.

Antecedentes y objetivos

Nuestro grupo de apoyo nace en el año 2000 desde un taller de lactancia en un Centro de Salud.

En estos espacios, las madres experimentan plenamente la vivencia de la lactancia materna y el contacto inmediato. Paralelamente, los niños crecen todavía inmersos en la cultura de la lactancia artificial, siendo prueba de ello los juguetes que les rodean, especialmente, las muñecas, acompañadas de su chupete y biberón.

De esta manera, surge en el año 2005, la iniciativa del Club de las Muñecas, en el seno de nuestro grupo, con la única finalidad de confeccionar muñecas que paren y amamenten, de forma que los niños y las niñas se acerquen a la lactancia materna y a la crianza natural a través del juego.

También, se apoya el proyecto educativo de la lactancia materna facilitando de forma desinteresada muñecas a los centros educativos que colaboran con nuestro grupo.

Desarrollo de la actividad:

El Club de las Muñecas está integrado por catorce mujeres trabajando en cadena, haciéndose todo ello de forma totalmente artesanal, desde el corte de la pieza hasta la confección del vestido, obteniéndose así la "Amamantita". Se contemplan varias razas: europea, africana, oriental e hindú. Todas van vestidas según la procedencia. Así se simboliza la universalidad de la lactancia materna y la crianza natural.

Las muñecas miden 60 cm de longitud, llevan al bebé en su interior y pueden parirlo de forma natural y ponérselo al pecho con un velcro. Además, el bebé está unido a la muñeca con una cinta elástica que simboliza el cordón umbilical, así se impide que los niños lo pierdan. Los brazos de la muñeca son articulados y con velcro en las manitas para poder abrazar al bebé.



Conclusiones y perspectivas de futuro:

1.- En el año 2007 se confeccionaron 125 *Amamantitas* con las características anteriormente descritas.

2.- Las muñecas se destinaron a potenciar el proyecto educativo en los colegios donde colabora nuestro grupo de apoyo.

3.- Proyecto de creación de una cooperativa para promocionar un trabajo remunerado a las componentes del Club de las Muñecas.



P170

Vigilando el Código: Las Lecturas y los Juegos que Atentan Contra la Lactancia Materna

María Elena Sánchez Terrer; Rocío Martín-Gil Parra; Ascensión Gómez López; José María Herrera Fernández; María Beatriz Rodríguez Martín-Gil; María Luisa Reñé Gómez.

Introducción:

La cultura de la lactancia materna se transmite a través del proceso de enculturación. Este proceso es permanente a lo largo de la vida, pero se produce fundamentalmente durante la infancia. De este modo los valores culturales, creencias y hábitos relacionados con la alimentación infantil que nuestros hijos interioricen durante su niñez les acompañarán toda la vida.

Es frecuente la denuncia de las violaciones del artículo 4 del Código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Este artículo regula los materiales informativos y educativos sobre alimentación infantil destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad.

El artículo 5 regula la publicidad y promoción de los sucedáneos de la leche materna, otros productos lácteos, biberones y tetinas destinados a la población general. La publicidad explícita de la lactancia artificial es objeto habitual de denuncias. Sin embargo, las violaciones del código en cuentos, juguetes e incluso libros de texto utilizados en educación infantil y primaria son numerosas, se han naturalizado, y pasan inadvertidas.

Objetivos:

Analizar el cumplimiento del código de los materiales lúdicos y educativos destinados exclusivamente a población infantil.

Material y método:

Para el presente estudio hemos analizado el cumplimiento del código en materiales destinados a niños menores de diez años en los que se reproduzca la alimentación infantil (lactancia materna/lactancia artificial).

En caso de que aparecieran imágenes o referencias de niños o animales alimentados con leche artificial, biberones o tetinas consideramos que el libro o juguete está incumpliendo el código.

Resultados y discusión:

La mayoría de los anuncios publicitarios, juguetes, cuentos y libros de texto analizados violan el Código, dado que incluyen biberones, tetinas, o imágenes de niñas dando el biberón a sus muñecos. Pensamos que esto puede influenciar negativamente la transmisión de la cultura de la lactancia y el aprendizaje de la técnica de amamantamiento, posiblemente de forma intencionada.

Conclusiones:

La vigilancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna debe abarcar todos los materiales, también los destinados a la población infantil, entre los que están incluidos los juguetes, cuentos y libros de texto.

P171

Lactancia Materna en el Arte

Mariana Ferrandini Price; Alicia Menárguez Luque; Sonia Romero Rodríguez; David González Salas; Diego Alejandro Perez Sola; Manuela de la Encarnación Menárguez Alcaina.

Antecedentes:

El amamantamiento es un acto fisiológico y consciente presente a lo largo de la Historia, en todas las civilizaciones. A través de un recorrido pictórico puede apreciarse la ubicuidad de la lactancia materna como elección para la alimentación del recién nacido.

Objetivo:

Estimular la lactancia materna a través del análisis de representaciones artísticas.

Material y método:

Revisión bibliográfica de las bases de datos Medline y Cuiden. Análisis amateur de documentación pictórica.

Resultados:

- 1- La lactancia materna está presente en todos los periodos de la Historia.
- 2- No distinción entre clases sociales. 3- Influencia del contexto sociopolítico.

Conclusiones:

La lactancia materna es un acontecimiento profundamente inspirador y sensible, que sin duda ha servido como numen para artistas de todos los tiempos. El arte entendido como conocimiento sensorial, nos acerca a la lactancia materna como una actividad romántica bajo un halo de hermetismo privado entre una madre que amamanta y su hijo. ¿Está entonces, la lactancia materna al servicio del arte o es arte en sí misma?

La lactancia en suma, se alza a la consideración de virtud, entendida como una actividad con tintes poéticos y lozanos, y constituye el momento más extraordinario de la relación materno-filial.

P172

Alimentación Natural y Lactancia Materna en los libros de texto de Educación Infantil y Primaria

María Inmaculada Pérez Puche; Encarnación Lax Vidal.

Antecedentes y justificación

La lactancia materna es una simbiosis de instinto y cultura. La mujer tradicionalmente ha sostenido y controlado la alimentación del recién nacido y transmitido los saberes de esta práctica de generación en generación, de madres a hijas. No obstante profundos cambios culturales unido a otros factores como las prácticas médico sanitarias o las presiones procedentes de las casas comerciales han devastado esta cadena de aprendizaje dando lugar a una “cultura del biberón” que entre otros aspectos nos ha dejado una serie de mitos y creencias erróneas sobre la alimentación de nuestros niños. Esta cultura del biberón plantea un cambio cultural sin antecedentes y desencadena un importante problema de salud ante el cual la propia OMS junto con Unicef se posiciona en su Declaración de Innocenti de 1989. Lo anteriormente expuesto plantea un problema educativo de gran necesidad e importancia.

Objetivo

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo una revisión del tratamiento que en los libros de texto en Educación Infantil y Primaria de nuestras escuelas se da en cuanto a la primera alimentación y alimentación natural en las aulas.

Metodología:

Análisis de contenidos

Resultados:

Se prevé que el tratamiento de la cuestión de la lactancia materna en los libros de textos de Educación Infantil y primaria se escasee o sea inexistente. Además de que se promuevan creencias procedentes de la llamada “cultura del biberón” y que predominen las imágenes y alusiones al biberón sobre las del amamantamiento.

Conclusiones:

Los libros de texto de Educación Infantil y Primaria no están sensibilizados con la cuestión de la lactancia materna ni la tratan correctamente. Además de que el valor que se le da a la crianza y la alimentación infantil en esta materia es muy pobre.

P173

La Leche con Buena Letra. Lactancia Materna y Medios de Comunicación

Trinidad López Fernández; Miguel Felipe Sánchez Saucó; Encarna Pastor Torres; Mónica Esquerdo Laib; Juan Antonio Ortega García.

Antecedentes:

Los medios de comunicación con frecuencia recomiendan y difunden aspectos relacionados con conductas y alimentos más saludables. La lactancia materna constituye el alimento más sano y saludable para la infancia.

En la presente comunicación estudiamos la repercusión que tiene las noticias de lactancia materna en de los principales periódicos nacionales. Para ver la difusión de la lactancia materna en prensa escrita hemos revisado los 3 periódicos nacionales con mayor tirada: El país, El mundo y ABC (media de 4.267.000 de lectores diarios).

Materia y Métodos

Revisión de la hemeroteca digital de El país, El mundo y ABC utilizando las siguientes palabras clave: lactancia materna, lactancia y amamantar. Donde aparecía alguna de las palabras clave el artículo era revisado con lectura de titular y cuadro de texto.

Resultados:

De las 1600 entradas que encontramos referidas a las palabras claves antes mencionadas solo 34 (2,12%) eran noticias relacionadas con la promoción y/o protección de la lactancia materna. Un 26.46% eran artículos de opinión, 35.29% eran eventos y actividades organizadas por grupos de madres y el 38.23% son noticias relacionadas con la promoción de la lactancia. Ninguno hacía referencia a artículos científicos.

Conclusiones:

Son pocas las noticias relacionadas con el ecosistema de la lactancia. La lactancia materna suele ser excluida del debate social sobre seguridad y calidad alimentaria en los medios de comunicación. Es necesario integrar en las noticias sobre seguridad, calidad alimentaria, alimentación natural y dietas saludables a la lactancia materna.

P174

La Matrona en la Promoción de la Lactancia Materna

Sonia Romero Rodríguez; Alicia Menárguez Luque; Mariana Ferrandini Price; Diego Alejandro Perez Sola; David González Salas; Dolores García Calín.

Introducción

La alimentación de los lactantes y niños pequeños ha sido una preocupación constante de los organismos internacionales que le han dedicado importantes esfuerzos personales y económicos.

La leche humana y la lactancia materna deben considerarse como referencia de la alimentación del lactante y niño pequeño pues es la fuente más adecuada y completa de nutrientes durante los primeros años de vida.

Objetivos

Resaltar el papel de la matrona como agente educador para la salud de la mujer en toda su etapa reproductiva.

Destacar a la matrona como agente promocional de la lactancia materna.

Metodología

Revisión bibliográfica de las bases de datos Medline y Cuiden y revisión de revistas, textos y comunicaciones en lengua castellana que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda informatizada.

Resultados

Para la población a nivel individual la Lactancia Materna adquiere su verdadera importancia cuando la mujer y su pareja deciden ser padres.

Gran parte de las mujeres, y futuras madres, de las últimas generaciones no han recibido casi ningún legado de los que anteriormente se transmitían de madres a hijas relacionados con la maternidad, el parto o la lactancia materna.

La matrona tiene una importante tarea en el asesoramiento y educación para la salud, no solo para con la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

Las matronas promueven de forma activa su pleno papel autónomo como el profesional experto educando para cuidar a la mujer y su bebé durante el embarazo, parto y puerperio.

La matrona va a suponer esa red de apoyo continuo y una importante fuente de conocimientos que va a permitir diagnosticar, tratar y resolver los problemas relacionados con el amamantamiento y que en la mayoría de los casos conllevan al fracaso de la lactancia materna.

Conclusiones

La matrona como integrante del sistema sanitario y su rol estrechamente vinculado a todo el proceso reproductivo de la mujer se convierte en el profesional de la salud clave para proporcionar el apoyo y la información necesaria a las madres y a sus parejas que desean comenzar y mantener la lactancia materna.

P175

El Rol de la Matrona Frente Leche Insuficiente

María Isabel López López; María Celeste García Hernández.

Introducción

Tanto la OMS como UNICEF recomiendan amamantar exclusivamente a los niños al menos hasta los seis meses de vida. Sin embargo, sólo unos pocos niños consiguen ser amamantados unas pocas semanas, introduciéndoles comidas y bebidas complementarias precozmente.

Entre los motivos más importantes se encuentra que la mayoría de las madres piensan que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala.

Objetivos

Explicar las ventajas de la lactancia materna exclusiva y los peligros de los complementos innecesarios

Reforzar la confianza de la madre asegurándole que ella puede producir suficiente leche.

Ayudar a la madre a mejorar el agarre del niño al pecho.

Material y método

Revisión bibliográfica en bases de datos tipo cochrane, cuiden y medline.

Resultados

Cuando una madre dice “que no tiene leche suficiente”, es necesario por parte de la matrona la elaboración junto con la madre un plan de actuación, donde se descarten una serie de factores asociados:

Factores r/c (relacionado con) la lactancia: retraso en la primera toma, tomas infrecuentes, no tomas nocturnas, tomas cortas, mal agarre en el pecho, biberones, tomas complementarias, etc.

Factores psicológicos de la madre: pérdida de confianza, preocupación, estrés, rechazo del niño, etc.

Factores r/c el estado físico de la madre: embarazo, alcohol, tabaco, problemas en el parto, valoración mama, etc.

Factores r/c el estado del niño: enfermedad o malformaciones.

Una vez detectado el problema se ha de establecer un plan de asesoramiento donde se instruya a la madre, sobre las medidas a seguir en su caso. Hay que reforzar la confianza de la madre, explicar como deben ser las tomas (posición correcta del niño, cuantas debe hacer, como, etc...), también como estar segura de que su bebe esta tomando la cantidad suficiente de leche con el peso que debe ganar, control de deposiciones, etc.

Conclusiones

Es importante que la matrona, como personal cualificado, informe a las madres sobre una correcta lactancia y averigüe cuales son los motivos por los que se produce poca leche y así poder ayudar y apoyar a las madres que quieren dar lactancia materna.

P176

La Matrona Como Promotora de la Implicación del Padre en la Lactancia

Pablo Rodríguez Coll; María del Mar Ruiz Carmona; Belén Acosta López; Vanesa Gallardo Rueda; Esteban Rodrigo Mulero.

Antecedentes y objetivos:

Durante el embarazo, parto y puerperio los padres son los grandes olvidados y solamente la Asociación Americana de Pediatría indica la necesidad de educarles pero no sugiere cual es la manera exacta de hacerlo.

Muchos hombres creen de manera errónea que la lactancia está rígidamente confinada a las mujeres y los niños, ven su rol como pasivo y consideran que no tienen importancia en esta etapa. El comprender la importancia de su rol como padres es el primer paso para ayudar a su pareja en este proceso ya que ciertos estudios afirman que los padres tienen gran influencia sobre la decisión de iniciar y/o mantener la lactancia asegurando el éxito de la misma.

Los objetivos a desarrollar son: Informar a las matronas acerca de la importancia del rol del padre en la instauración y mantenimiento de la lactancia.

Indicar una serie de consejos para asegurar el éxito del proceso.

Material y métodos:

Recopilación de artículos y revisiones publicadas en las bases de datos: Cochrane, Medline, Cuiden y en asociaciones como la Asociación Americana de Pediatría y la La liga de la Leche. Se han utilizando las palabras claves: lactancia, padre, rol e influencia paternal.

Resultados:

Del resultado de los estudios de referencia se desprende que los padres son importantes en la decisión de amamantar e influyen en la duración de este periodo. Se ha demostrado que están poco informados acerca de las ventajas de la lactancia y sus falsas creencias acerca del proceso pueden ejercer una influencia negativa la lactancia.

Se ha demostrado que la enseñanza que la matrona puede aportar al padre sobre cómo resolver y manejar las dificultades que surgen está relacionada con altas tasas de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses.

Conclusiones:

Las matronas dentro de las Instituciones Sanitarias (especialmente en Atención Primaria) deben promover la implicación del padre en la lactancia, animándole a asistir a las clases de educación materna y a comprender la importancia de su rol, ya que numerosos estudios demuestran que el éxito de la lactancia depende en gran medida de la implicación del padre.

P177

Análisis DAFO para la Implantación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo de un Servicio de Neonatología

Alicia Lizano López; Milagros Mas Cerdán; Ana Belén Monreal Tomás; Isabel Castillo Garijo; Verónica Muñoz Soler; Beltrán García; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivo.

Un hospital amigo de los niños se propone implantar los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) como una estrategia de mejora de los cuidados neonatales. Se presenta un análisis exploratorio sobre la capacidad del centro para poner en marcha actividades basadas en este tipo de cuidados.

Material y métodos.

Se presentan datos preliminares de un estudio cualitativo basado en la técnica de análisis DAFO para conocer las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades para la implantación de CCD identificadas por el personal sanitario del servicio de neonatología de un hospital amigo de los niños. Para obtener los datos se distribuyó entre los profesionales un documento informativo acerca de los CCD y de las actividades a implantar en el servicio y una planilla de papel, donde se les pidió que registraran los aspectos relativos al análisis DAFO. Tras esta reflexión individual se están realizando grupos de discusión para alcanzar un resultado por consenso.

Resultados.

En el análisis provisional de datos individuales el aspecto más destacado del servicio es la experiencia en los “cambios”. Una fortaleza que aporta bagaje y “ambiente consolidado de trabajo” aunque a su vez, cierto “desgaste”. Como debilidades se menciona la dificultad de la modificación de rutinas hospitalarias y la diferente implicación y acceso a la información sobre la estrategia entre los profesionales. La oportunidad la brinda seguir avanzando en la mejora de los cuidados tras la obtención del reconocimiento HAN junto con condiciones favorables al cambio en la comunidad. Las amenazas se relacionan con los cambios de personal o el desgaste del equipo.

Discusión.

Los resultados preliminares del análisis DAFO individual, a la espera de la realización de grupos de discusión, apuntan a un entorno favorable a la implantación de los CCD especialmente en relación a la experiencia previa en un proceso de cambio complejo.

Las debilidades y amenazas implican la necesidad de un esfuerzo organizativo adicional para coordinar y facilitar a los profesionales la implementación de los cambios necesarios, así como promover la formación del personal en este tipo de cuidados (prevista ya para 2009).

P178

La Persuasión de la Imagen al Servicio de los Cuidados Neonatales

Alicia Lizano López; Piedad Gallardo Chacón; Mónica Hernández Martínez; Verónica Muñoz Soler; Ricardo García de León González.

Antecedentes y objetivo.

Los neonatos prematuros necesitan completar su desarrollo neurológico con las mínimas interferencias del entorno. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) trata de imitar las condiciones de la gestación, a través de modificaciones del ambiente y de las rutinas de trabajo. Pero estos cambios requieren la implicación tanto de los profesionales como de los padres y ello motivó la propuesta de una intervención basada en la teoría psicosocial de la persuasión, que postula que los mensajes que apelan a la emoción resultan más persuasivos que aquellos que se orientan a la razón.

Material y métodos.

Una artista y dibujante profesional ha estado acudiendo a las sesiones de trabajo sobre la implantación de los CCD en nuestro servicio de neonatología surgiendo, como propuesta de colaboración por su parte, la elaboración de un conjunto de dibujos que representen los diferentes aspectos que es necesario implementar. Posteriormente se colocarán en espacios visibles del servicio como intervención para mejorar la adherencia de profesionales y familiares a su cumplimiento.

Resultados.

El proyecto de colaboración se encuentra en su primera fase. La autora ha presentado un póster en el que se recogen todas las intervenciones que es necesario implantar para conseguir un entorno de CCD alrededor del binomio padres-hijo como metáfora de la protección que brinda esta iniciativa a su objeto de atención. Con posterioridad se colocarán las ilustraciones en el servicio y se podrá valorar si generan impacto en los receptores.

Discusión.

La elección de imágenes en vez de palabras para transmitir la información responde a un intento de aumentar el eco del mensaje entre profesionales y familiares. Es indispensable la colaboración activa de ambas partes para conseguir un ambiente de trabajo acorde con la filosofía de los CCD ya que sus pilares básicos no descansan sobre grandes infraestructuras hospitalarias, sino sobre las actitudes de las personas que se encuentran en el entorno cercano del bebé. Esperamos que la difusión de un mensaje evocativo de la idea a transmitir, en lugar de uno prescriptivo, mejore la adherencia a la iniciativa de los CCD, aunque eso es algo que habrá que valorar.

P179

Exploración de la Humanización del Proceso Reproductivo de la Mujer Mediante Grupos Focales

María Emilia Martínez Roche; José Arnau Sanchez; Encarnación Bas Peña; María Dolores Nicolas Viguera; Rosario Morales Lopez.

Introducción

La “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud” (M.S.C. 2007) y puesta en práctica desde las Comunidades Autónomas, se establecen con el fin de asegurar una atención sanitaria de excelencia, integral y centrada en las necesidades y expectativas de la población de mujeres que demanda su participación e implicación en el proceso de parto así como toma de decisiones.

Dado que la atención al parto normal ha ido progresivamente “medicalizándose”, por abarcar procesos que antes no estaban definidos como entidades médicas, es por lo que vemos la necesidad de profundizar en el fenómeno de “Humanización” del proceso del parto y puerperio, convirtiéndolo “en algo más humano, menos cruel y menos duro”. (Moliner, M. Diccionario).

Objetivos

Estudiar el significado del fenómeno del parto y puerperio normal de la mujer desde una perspectiva de salud integral.

Averiguar las actividades, necesidades y expectativas de matronas, ginecólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería, en relación al proceso de parto y puerperio normal.

Metodología

Desde el marco de la “Teoría Fundamentada” (Glaser y Strauss, 1967) se realiza un diseño de investigación cualitativa, utilizando como instrumento grupos focales.

En la selección estratégica de la muestra se buscará homogeneidad entre grupos, heterogeneidad intragrupal y saturación de datos.

Los participantes serán invitados a participar por carta donde especifica el objetivo de nuestro estudio, fecha y lugar de celebración.

Las reuniones serán moderadas por un miembro del equipo investigador, recogiendo notas de campo por parte de un segundo observador. Después de la celebración de cada grupo, el moderador y el observador harán una primera audición provisional de la grabación magnetofónica registrada, con transcripción de los datos, y posterior análisis de los mismos, codificación y categorización.

Resultados y Conclusiones

La necesidad de devolverle al nacimiento su verdadero sentido, dando protagonismo a la mujer que da a luz, a su pareja y al recién nacido, humanizando así el proceso del parto y puerperio normal.

La importancia de la implementación de la “Estrategia del Parto y Puerperio Normal” como práctica habitual de los Profesionales de la Salud.

P180

Aplicación Práctica de la Iniciativa al Parto Normal: A Propósito de un Caso

Mariana Ferrandini Price; Sonia Romero Rodríguez; Alicia Menárguez Luque; David González Salas; Diego Alejandro Perez Sola; Rebeca Nuria Zamora Puche.

La Iniciativa al parto normal (IPN), se elaboró en base a una búsqueda bibliográfica científica además de contrastarlo con la propuesta de organismos de Salud y evidencia. A propósito de este proyecto se pone en práctica el mayor número posible de estrategias en una primigesta muy motivada frente a su embarazo.

Objetivos

Divulgar la IPN al colectivo profesional a través de un caso explicativo.

Hacer tangible la IPN a través de un estudio de caso.

Metodología

Se realiza un estudio de caso descriptivo tras la aplicación de las distintas alternativas propuestas en la IPN, para el embarazo, parto y puerperio de una primigesta sana.

Resultados

La gestante desempeña un papel muy activo en su embarazo y parto, colaboró en todas las actividades propuestas:

- Búsqueda activa de información
- Ejercicios del suelo pélvico
- Ejercicios con pelota suiza
- Asistir a clases de educación maternal
- Masaje perineal
- Libertad de movimiento
- Estimulación de los pezones
- Duchas de agua caliente
- Apoyo emocional
- Aplicación de técnicas de relajación y respiración

Todas estas actividades derivaron en un parto eutócico, se reguló la dinámica con la deambulación y la estimulación de los pezones. Alivio de dolor mediante tens, homeopatía, técnicas de relajación, pujos en posición cuadrúpeda, expulsivo en bipedestación.

Nace un recién nacido sano de 3130g, contacto piel con piel y se deja el cordón hasta que deje de latir. Se inicia lactancia materna en paritorio. Periné íntegro.

A día de hoy, Alejandro tiene 3 meses, continua lactando a demanda y pesa 7 Kg. Su madre presenta el mismo peso que cuando inició la gestación.

Conclusiones

“El hecho de saber lo que supone el parto te hace estar mas preparada y por tanto mas relajada ya que la incertidumbre siempre genera estrés”

Las estrategias propuestas por la IPN reducen las complicaciones periparto.

Ayudan a la gestante a afrontar la vivencia de la gestación y su parto con más conocimientos y con las herramientas físicas y psicológicas necesarias para afrontar este proceso desde el protagonismo materno con el apoyo de la matrona como guía en el proceso de dar vida.

P181

La Matrona en el Alivio del Dolor: Beneficio del uso del Tens Durante el Periodo Activo del Parto

Alicia Menárguez Luque; Mariana Ferrandini Price; Sonia Romero Rodríguez; David González Salas; Diego Alejandro Perez Sola; Yolanda Parra Parra.

Introducción:

Con la puesta en marcha de la iniciativa al parto normal, la mujer se convierte en la protagonista del proceso reproductivo. Esta tendencia limita el uso de la analgesia epidural ya que condena a la mujer a la pasividad como consecuencia de su bloqueo motor. Uno de los objetivos de la Iniciativa es adiestrar a la gestante en técnicas alternativas de alivio del dolor para afrontar el parto con las herramientas necesarias. Por este motivo se están potenciando alternativas analgésicas para el parto normal. Una de las alternativas analgésicas propuestas es la estimulación nerviosa transcutánea que basa su eficacia en la bien conocida teoría del “gate control” teniendo una eficacia comprobada científicamente además de carecer de los tan temidos efectos secundarios para la madre y el feto(1). A pesar de esto es poco utilizado en el ámbito obstétrico por lo que la matrona debe conocer y divulgar esta técnica de alivio del dolor.

Justificación:

Se elige esta técnica alternativa por su eficacia probada científicamente en el alivio del dolor. Existen multitud de estudios científicos que avalan la efectividad frente al dolor del TENS, además de que resulta inocuo para el usuario. Por otro lado este recurso requiere su conocimiento previo por parte de la usuaria y de la matrona para su manejo. Hoy en día este recurso no es bien conocido y su uso está poco extendido.

Objetivos:

Divulgar la efectividad y beneficios del uso del TENS durante el periodo activo del parto.

Promover su uso en el ámbito hospitalario.

Metodología:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases Cochrane, Lylacs, Medline.

Resultados:

Después de revisar la bibliografía disponible se describe el proceso de colocación y uso del TENS. Localización, uso de mandos, recursos humanos y materiales necesarios, además de los posibles costos.

Efectividad y eficacia: limitaciones durante el proceso activo de parto.

Conclusiones:

Este recurso presenta un sinnúmero de ventajas: es económico, de fácil manejo, inocuo, estímulos a demanda de la mujer, no produce efectos en el centro respiratorio del feto, no altera la consciencia materna, es reutilizable y efectivo.

P182

La Influencia del Parto en la Lactancia Materna

Ascensión Gómez López; Esther Martínez Bienvenido; María Elena Sánchez Terror; José María Herrera Fenández; María del Carmen Pérez Valverde; Rocío Martín-Gil Parra.

Antecedentes:

La evolución de la medicalización del parto en la sanidad ha sido vertiginosa en los últimos años. Desde la introducción de las mujeres de parto en los hospitales, el proceso del parto se ha visto estimulado, acelerado y alterado desde distintos ámbitos, teniendo estas intervenciones repercusiones directas sobre la lactancia materna.

Objetivo:

Determinar la posible influencia entre el tipo de parto y la lactancia materna.

Material y método:

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las intervenciones en el parto y la afectación posible sobre la lactancia materna. Para ello se hizo una búsqueda en PUBMED, COCHRANE, LILACS, CUIDEN y ENFISPO utilizando como palabras clave: Delivery Obstetric; Term Birth, Breast-Feeding, Labour, Anesthesia Epidural; Nitrous Oxide y combinaciones de las mismas. La búsqueda se realizó entre junio y septiembre de 2008.

Resultados:

Obtuvimos una selección inicial de 113 artículos, de los cuales revisamos 17 por su relación más directa con el tema a tratar, aunque en ninguno era verdadero objetivo de estudio esta relación.

Se organizó la información en bloques: tipo de parto (vaginal: instrumental, no instrumental; cesárea), analgesia (epidural, óxido nitroso, analgésicos intramusculares/intravenosos, analgesia no farmacológica), actuaciones durante el parto (vía venosa, enema, rasurado, libertad de movimiento, postura durante el expulsivo).

Entre los textos revisados hemos encontrado que las intervenciones durante el parto y una mala vivencia del mismo y del dolor suponen una dificultad para el inicio de la LM y se asocian a LM de menor duración. Cuanto mayor es el discomfort de la madre y/o el bebé, menores son sus probabilidades de éxito en la lactancia.

Conclusiones:

El tipo de parto es determinante en el inicio y duración de la LM.

Hacen falta más estudios para ponderar la influencia de cada una de las posibles intervenciones.

P183

Nacimiento Respetado ¿Están Adecuados los Paritorios?

Catalina Lorite Garzón; Gema Ruiz Liébanas.

Introducción

En la actualidad nos encontramos ante una situación de gran variabilidad en la atención al parto normal y un debate público desde diferentes enfoques.

El Decreto 246/2005 reconoce que los servicios sanitarios implicados en la atención perinatal adecuarán su organización y sus recursos para favorecer el vínculo madre-hijo en el proceso del parto.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en virtud de la Resolución de 20 de Diciembre 2007, suscribe un convenio de colaboración con la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma para el desarrollo de las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal. Una de estas recomendaciones consiste en la adecuación de espacios para el desarrollo de actuaciones relacionadas con un trato más personalizado y humanizado de la mujer y su familia.

Objetivo

Indagar acerca de las medidas más adecuadas a desarrollar en el paritorio para lograr un nacimiento respetado.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, MEDLINE Y COCHRANE

Resultados

Han sido obtenidas las siguientes recomendaciones:

- Facilitación de la libre elección de la postura en la dilatación y expulsivo.
- Evitar prácticas clínicas rutinarias (enema, rasurado...)
- Potenciar un entorno amigable mediante: ambiente cálido y silencioso, luz tenue...
- Ofertar las distintas alternativas para el alivio del dolor.
- Acompañamiento en todo el proceso.
- Promoción del contacto madre-hijo.

De estas recomendaciones se deducen todos los recursos necesarios: sala de dilatación parto-postparto en un único espacio, bañera o ducha, cama articulada, monitor de telemetría, luces indirectas, música, silla de partos, pelotas para el balanceo,..

Conclusiones

El entorno tiene una gran influencia en el desarrollo del parto, el utillaje necesario es fácil de obtener especialmente si la actitud del profesional es favorable.

El profesional que atiende el parto debe favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad.

P184

Protocolo para la Valoración del Bienestar Fetal en un Parto Eutócico de Bajo Riesgo

Carmen María Bru Espin; María Victoria Segundo Ortin; Beatriz Martínez Pascual; Almudena Pernas Barahona; Pilar Postigo.

Antecedentes y objetivos

El uso sistemático de la monitorización continua se ha generalizado en nuestro medio, a pesar de que en partos de bajo riesgo, la evidencia científica la asocia a: un incremento del intervencionismo sin claro beneficio para el feto, un grado adicional de incomodidad para la mujer, y una desviación del lugar de atención de la mujer a la máquina

Como objetivo, proponer un modelo de valoración del bienestar fetal, en partos de bajo riesgo, que identifique precozmente la aparición de distrés fetal; y aumentar la calidad asistencial mediante una valoración conjunta de la mujer.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Google, cuiden, cochrane, lilacs, scielo y doyma, utilizando como descriptores: parto, cardiotocografía, monitorización fetal intraparto y valoración del bienestar fetal. Posteriormente se hizo una lectura, evaluación y análisis de las publicaciones encontradas, plasmándose los principales resultados en un póster

Resultados

La auscultación intermitente es el método de elección para la monitorización del feto en un parto normal. Se registrará cada 15 minutos durante la fase activa de dilatación, y cada 5 minutos durante el expulsivo, abarcando como mínimo el periodo entre dos contracciones. Si la auscultación está alterada se realizará la monitorización fetal electrónica para descartar el riesgo de pérdida del bienestar fetal. La confirmación del distrés fetal intraparto, requerirá la utilización de otros medios complementarios. En todo momento se valorará el nivel de riesgo para adaptar nuestra conducta.

Conclusiones

El principal obstáculo para realizar este protocolo es la necesidad de una matrona por cada mujer en trabajo de parto.

Es necesaria este tipo de asistencia, ya que así permitimos el uso de recursos más naturales para el alivio, control y afrontamiento del parto.

Supone un aumento del grado de satisfacción de la mujer por la mayor atención y vigilancia de la mujer por parte de la matrona.

P185

Evolución Histórica de la Legislación Española en Materia de Lactancia Materna (1884-2008)

Lucía del Carmen Galindo Arjona; Esther Brotons Cantó; Rosario Cantó García; Ana Belén Moreo Hernández; Alejandra Andreu Mula; Aránzazu Gracia Barambio.

Introducción:

La lactancia materna está en un proceso de resurgimiento que requiere un apoyo institucional y legal. El apoyo ofrecido a las madres lactantes ha variado a lo largo de los años.

Los numerosos cambios sociales acontecidos a lo largo de la historia han ido modificando los hábitos de lactancia influyendo en los cambios legislativos.

Objetivo:

Conocer la evolución de la legislación española en materia de lactancia materna a lo largo de los siglos XX y XXI.

Material y método:

Revisión de la literatura científica y bases de datos

(Medline, Pubmed, Cuiden, Cochrane, Enfispo), así como de documentos históricos y leyes que han protegido los derechos de las madres y los niños lactantes.

Resultados:

Existen legislaciones de apoyo a la lactancia desde 1884 hasta 1944. Aparece un periodo de vacío legal en este sentido comprendido entre 1944 y 1984 en el que de nuevo se hace referencia a permisos de reducción de jornada por lactancia, y a partir del cual, la evolución de las modificaciones legales acompañan la protección de la lactancia.

Conclusiones:

La incorporación a la vida laboral de la mujer y la aparición de fórmulas de lactancia artificial iniciaron el periodo de vacío legislativo. A principios de los años 80 desde organismos internacionales empieza el resurgimiento de la lactancia materna, que años más tarde tendrá sus repercusiones en nuestro marco legal. El proceso de cambio ha sido importante a nivel nacional, pero aún quedan muchos logros que alcanzar para equiparnos a otros países europeos. Lo importante es estar en el camino.

P186

Situación Actual en la Prevención de Riesgos Laborales en la Lactancia Materna

Isabel María Aznar Mula; Eva María Del cerro hidalgo.

Tanto la OMS como la UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva y a demanda durante los 6 primeros meses de vida del recién nacido, ampliando hasta los 2 años junto a la introducción de alimentación complementaria; y hasta que la madre y niño quieran.

Sin embargo, la baja por maternidad, que actualmente finaliza a las 16 semanas posparto (18 semanas en caso de parto gemelar) supone la incorporación de la mujer a su trabajo y por lo tanto la disrupción en esta recomendación y la consecuente dificultad en la continuación y éxito de la lactancia materna exclusiva.

El marco legal actual pretende ayudar a contrarrestar esta situación mediante diferentes medidas de apoyo a la madre lactante, aunque en la práctica diaria nos encontramos algunos obstáculos en la implantación de las normativas.

La metodología utilizada para exponer esta situación ha sido una extensa revisión bibliográfica de la legislación vigente sobre lactancia materna y riesgos laborales, un estudio descriptivo de la situación real en el hospital respecto a las diferentes solicitudes de riesgo laboral por lactancia y su resolución en la sección de salud laboral, así como las diferentes noticias recopiladas en prensa sanitaria y pública.

P187

Legislación que Protege la Lactancia Materna en Mujeres Trabajadoras de una Región

Sandra Rodríguez Villa; María Florenciano Meseguer; Tabata Rios del Solo; María del Carmen Moñino Martínez; Marcos Camacho Ávila; Bartolomé Sánchez Vives.

Antecedentes y objetivos:

El amamantamiento es la forma natural de alimentación del recién nacido. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva a demanda los seis primeros meses de vida del niño.

Aunque en la duración de la lactancia materna influyen múltiples agentes, estudios demuestran que la reincorporación al trabajo constituye un factor negativo para el mantenimiento de la misma.

El actual permiso de maternidad establece que la mujer tiene derecho a ausentarse del trabajo 16 semanas sin pérdida de remuneración, pudiéndose incrementar en dos semanas, en caso de parto múltiple, por cada hijo a partir del segundo.

Para conseguir que estas mujeres, que tras 16 semanas deben reincorporarse en sus lugares de trabajo, mantengan la lactancia exclusiva hasta los seis meses y que la continúen posteriormente, existen una serie de derechos laborales relacionados directamente con la lactancia.

El propósito de ésta comunicación es analizar las bases de datos existentes acerca de las leyes que protegen la lactancia materna en las mujeres trabajadoras de nuestra Región y resaltar la importancia del conocimiento de dichas leyes por parte de la matrona para promover la lactancia materna y evitar su abandono.

Material y método:

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Iberlex, Aranzadi, y en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y en el Boletín Oficial De la Región (BORM).

Resultados:

Se expondrán los artículos incluidos en las leyes más importantes que protegen la lactancia materna en las mujeres trabajadoras de la Región.

Conclusión:

La reanudación de la jornada laboral no tiene por qué significar el fin de la lactancia natural, para ayudar a que esto no suceda, las matronas necesitan conocer la legislación vigente acerca de la lactancia materna para evitar su abandono precoz.

Empresarios, sindicatos, políticos y la sociedad en su conjunto, tienen la responsabilidad de establecer protecciones legales para las mujeres lactantes en sus lugares de trabajo.

P188

Prestación por Riesgo para la Lactancia. A Propósito de un Caso

José María Herrera Fenández; María Elena Sánchez Terror; Rocío Martín-Gil Parra; Ascensión Gómez López; Josefa Olmos Melón; María Ponce Sánchez.

Antecedentes

La Directiva 92/85/CEE, sobre la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud en el puesto de trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, fue transpuesta a la normativa española mediante la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales, la Ley 39/1999 para la conciliación de la vida familiar y laboral, y la Ley 3/2007 de igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

El RD 5/2000 desarrolla esta legislación y tipifica el incumplimiento de las normas de protección de la seguridad y salud en periodo de lactancia como infracción muy grave. En aplicación de todo ello, el Servicio Murciano de Salud publicó en BORM, el 11 de Marzo de 2008, la Resolución del Director Gerente por la que se aprobaban las instrucciones para la reubicación de las madres lactantes

Caso clínico

Médico con contrato de interinidad en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria en baja maternal, solicita una valoración de su puesto de trabajo por riesgo para la lactancia materna. Tras dicha valoración se indica que el puesto de trabajo tiene riesgo para la lactancia materna.

La Gerencia responsable resuelve, que no es posible la reubicación y eleva el caso a la Dirección General de RRHH del SMS, que determina que no es posible la reubicación y envía el expediente a la mutua para que se haga cargo de la prestación, a lo que la mutua se niega.

La trabajadora inicia acciones legales bajo asesoramiento sindical, y desarrolla un cuadro de ansiedad y angustia, planteándose el abandono de la LM. Finalmente opta por agotar todos sus permisos vacacionales para continuar con la lactancia hasta la resolución del procedimiento.

Comentarios

La mutua podría estar incurriendo en una infracción muy grave según el artículo 13.1 del RD 5/2000.

La trabajadora queda en una situación de indefensión legal.

Proponemos la concesión de la prestación por riesgo para la lactancia para todas las mujeres lactantes que la soliciten y tengan puestos de trabajo de riesgo, como medida de ayuda al mantenimiento de la lactancia.

P189

Análisis del Documento Orientaciones para la Valoración del Riesgo Laboral Durante la Lactancia Natural de la AEP

José María Herrera Fernández; María Elena Sánchez Terror; Rocío Martín-Gil Parra; Esther Martínez Bienvenido; María Ponce Sánchez; María José Pellicer Botía; ; ; ;

Introducción:

La Asociación Española de Pediatría (AEP) ha realizado un informe titulado “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la Lactancia Materna”, en el que realiza valoraciones generales de las situaciones o agentes que pueden interferir en la lactancia natural.

Dicha Guía está considerada por las mutuas de trabajo como un informe de expertos en Lactancia Materna, y está siendo utilizada para la denegación de la prestación por riesgo por LM.

Objetivos:

Analizar el contenido de este documento y sus posibles repercusiones en la aplicación de la prestación por riesgo durante la Lactancia Materna.

Material y método:

Hemos analizado las recomendaciones y valoraciones de los riesgos laborales para la lactancia materna del informe “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la Lactancia Materna” de la AEP, y las hemos contrastado con las recomendaciones de otros organismos oficiales, como la OMS, el Comité de LM de la AEP, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (Nota Técnica de Prevención 664), la OIT, y el documento “Comentarios de UGT al documento “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural”. Por último, hemos analizado la legislación española y europea, en relación con la LM y el trabajo.

Resultados y discusión:

Entre otras afirmaciones, el documento analizado recomienda la introducción de alimentación complementaria a los 4 meses, y no reconoce la nocturnidad y la turnicidad como riesgo para la LM.

La Guía elaborada por la Asociación Española de Pediatría, realiza recomendaciones erróneas y valoraciones de riesgos laborales de las madres lactantes incompletas o sesgadas. No considera de forma integral a la mujer lactante trabajadora.

Conclusiones:

El informe “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural” contiene afirmaciones erróneas.

No debería usarse esta guía para la valoración de los riesgos laborales para la LM.

Sería necesario modificar este informe de manera prioritaria, para que realmente cumpla con la función de protección de la LM.

P190

El Milagro de la Vida se Llama Pablo

Silvina Gianivelli; Pilar Montes Muñoz; Nuria Hidalgo Toribio.

Antecedentes:

R.N. con cardiopatía congénita (TRUNCUS) diagnosticada durante la gestación y que por el bajo índice de supervivencia es aconsejado el aborto pero los padres deciden continuar.

Ingresa en UCIN para corrección quirúrgica y es operado a la semana de vida.

Previo a la operación el bebe es alimentado con leche materna mediante biberón y/o sonda nasogástrica.

Caso clínico:

Tras la operación el bebe necesita asistencia respiratoria durante 16 días y se le alimenta con nutrición parenteral. Después de la extubación requirió asistencia respiratoria con CPAP durante una semana más. En este periodo el bebe fue alimentado mediante enteral discontinua con leche materna. Al retirársele la ayuda respiratoria inicia alimentación por boca con biberón pero no es satisfactoria por aversión a la tetina por lo que se inicia la alimentación directa al pecho realizándolo con buen agarre y succión.

El bebe se fue de alta con lactancia materna exclusiva que mantiene en la actualidad.

Comentarios:

Con este caso queremos presentar que la lactancia materna con patologías cardiacas complicadas es posible y satisfactoria tanto para la recuperación del bebe como para el estado psíquico de los padres como nos lo ha hecho llegar la madre del bebe cuyo caso presentamos narrado por ella misma.

P191

Relactación ¿Mito o Realidad?

María Isabel Tocados García; Magdalena Riera Veciana; María Teresa Molero Sánchez; Ana Bonachera Rivas; Eva Carmona Palma; Adriana Calvo Sala; Teresa Ribera Lahoz; Mauricio Mónaco.

Una labor constante en atención primaria pediátrica es la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, y continuarla junto con la alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad o más. Sin embargo, por diferentes motivos, la lactancia materna es interrumpida frecuentemente antes de llegar a los 6 meses de vida.

El profesional sanitario debe recordar siempre que la lactancia materna puede ser restablecida en cualquier momento, mediante la relactación. Por ello, es importante tener los conocimientos adecuados para poder poner en práctica aquellas técnicas que ayuden a la madre a relactar cuando ella lo desee. No debemos olvidar, que para conseguir una relactación exitosa es fundamental la motivación de la mamá, un apoyo familiar, comunitario y de los profesionales sanitarios.

A continuación, exponemos dos casos clínicos donde el equipo pudo relactar con éxito.

El primero es de un varón de un mes y 18 días de vida que, tras sufrir un síndrome bronquiolítico con dificultad respiratoria grave, requirió ingreso hospitalario. Por ello, se suspendió la lactancia materna durante ese tiempo. Tras un estado de agalactia total, la madre expone el deseo de volver a amamantar. El equipo pediátrico del ABS se planteó una serie de actuaciones sanitarias que consiguieron que la relactación se lograra con éxito, y fuera posible la alimentación con leche materna hasta los 2 años de edad del niño.

El segundo es un bebe de 22 días de vida que por orden médica se introduce 2 o 3 ayudas por día por poca ganancia ponderal, se cita a la semana y la ganancia ponderal es correcta, pero la mama expresa que le ha aumentado los biberones a 5 por día porque ella cree que se queda con hambre, se le aconseja la relactación y ella accede, disminuyendo un biberón por semana y ofreciendo pecho a demanda, finalmente tras varios controles se consigue lactancia materna exclusiva.

Para que la relactación sea posible es imprescindible un pilar básico como es el fuerte deseo de la madre para relactar, sin olvidar el soporte del núcleo familiar y de la comunidad. Para que todo ello sea posible, también es importante que el personal sanitario tenga los conocimientos técnicos necesarios, y pueda brindar todo el apoyo necesario a la madre.

P193

Mamá, que Guapa Estás. Dos Casos de Lactancia Materna Tras Implantes Mamarios

Isabel María Pérez Caballero; Carmen Calero Barbé; Víctor Bohórquez Sánchez.

Antecedentes

No existe evidencia científica de que la prótesis mamaria afecte a la función de la glándula, ni a la fertilidad, ni a la lactancia. Hay creencias populares tan arraigadas que se convierten en verdaderas “leyendas urbanas”. Frecuentemente trascienden el terreno profesional, perjudicando a nuestros clientes, al no recibir información veraz.

Caso clínico

Dos hermanas, Sandra y Silvia, intervenidas en 2005 y 2006 de implantes de silicona. Informaron al cirujano plástico de la intención de amamantar a sus futuros hijos. La prótesis de Sandra fue implantada en la zona submuscular con un peso de 375gr siguiendo la técnica de colocación submuscular. Por el contrario la prótesis de Silvia de 325gr lo fue en la zona retroglándular siguiendo también la misma técnica de abordaje.

Sandra tuvo la subida de la leche sin problemas, pero “Julia, no supo coger el pezón correctamente y la leche me duró sólo un mes”.

En la actualidad Silvia sigue dando de mamar a Pablo de seis meses de vida, “toma papilla de cereales desde los cuatro meses por recomendación de la pediatra para que duerma la noche entera”.

Sería apropiado y necesario el correcto plan de cuidados tras el implante de las prótesis así como durante la lactancia materna.

Comentarios

Hay poca literatura de enfermería que describa casos de lactancia materna en madres portadoras de prótesis de mamas. Destacamos estas experiencias para erradicar mitos que hacen pensar a las mujeres en la imposibilidad de amamantar a sus hijos, con alto grado de culpabilidad en muchos casos. Debemos formarnos para dar seguridad a los usuarios y una calidad asistencial excelente, incluso en la información.

P194

La Historia de mi Lactancia

Ana Belén Guirao Molina; María Elena Sánchez Terrer; Carmen María Guirao Molina; Encarnación Rosique Gómez; Fabio Cañavate Payá; Juana María Galera Pérez.

Introducción:

La historia de vida es un método cualitativo de investigación, en el cual se interpreta uno o varios relatos de vida para analizar aspectos globales de la vida social: la inmigración, el empleo, la maternidad, etc.

Sabemos que el apoyo a las madres facilita una LM exitosa. Los círculos de apoyo reconocidos son: la red familiar y social, la atención de la salud, los lugares de trabajo, el gobierno y legislación, la respuesta a las crisis y emergencias, y las propias mujeres.

Las madres adolescentes presentan un índice más elevado de abandono de la lactancia si no cuentan con apoyo eficaz.

Objetivo:

Descubrir a través del relato autobiográfico, los factores y apoyos que han influenciado el inicio y mantenimiento del amamantamiento en una madre adolescente y a lo largo de sus tres lactancias, todas ellas prolongadas.

Material y método:

Revisiones bibliográficas en las bases de datos Cochrane, Medline y revistas científicas electrónicas, y análisis de la historia de vida de una mujer que fue madre adolescente con la lactancia materna como punto de inflexión.

Resultados y discusión:

Los factores que parecen influir decisivamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en madres adolescentes son: percepción del vínculo materno-filial a través de la lactancia, apoyo materno y de la pareja, percepciones sociales con respecto a la LM, experiencias de lactancia, apoyo sanitario y de otras mujeres lactantes, educación, actividad desempeñada, paridad y método de alimentación utilizado con hijos anteriores.

Para nuestra informante, la primera motivación en el inicio y mantenimiento de su primera lactancia siendo madre adolescente fue el asegurar el vínculo materno-filial, y su principal apoyo la matrona del centro de salud. Con su segunda lactancia, la experiencia de su lactancia anterior de la que intuyó los beneficios de la LM tanto para su bebé como para ella misma. Con su tercera lactancia además, el conocimiento científico de los beneficios del amamantamiento.

Conclusión:

El relato autobiográfico es un recurso eficaz para descubrir y analizar los factores y apoyos que influyen el inicio y mantenimiento del amamantamiento.

P195

Papá Canguro: Bienestar y Confianza

P. Marta Bajo Cacho; María Begoña Rodríguez Bayón; María Dolores Romero Escós.

Introducción:

Además de la utilización del método canguro en niños prematuros, se pueden obtener los mismos beneficios en las cesáreas como mejor alternativa para el bebé.

Caso clínico:

Mujer de 33 semanas de gestación que precisa cesárea urgente por pancreatitis aguda. Posterior complicación postoperatoria grave por la que permanece un mes ingresada, aislada y sin tener contacto con su bebé.

Niña de 33 semanas, ingresa en Unidad Neonatal (incubadora) por pretérmino, distres respiratorio, apneas,...

Padre angustiado por la situación de su mujer y de su hija, llora continuamente, no duerme y no quiere ir a su domicilio.

Intervención:

A la semana de vida de la niña coincidiendo con el inicio de la alimentación intermitente, comienza el padre el método canguro; inicialmente por periodos cortos aumentando a medida que el padre pierde el miedo, reduce la angustia y gana confianza.

Evolución:

Desde el inicio del canguro la niña mejoró notablemente, con desaparición de las pausas de apnea, mejora de la saturación de oxígeno, reducción llamativa del estrés paterno; estableciéndose un vínculo muy especial con el padre que perdura hasta la actualidad, que tiene 2 años.

Conclusión:

El método "padre canguro" en caso de problemas de la madre es la mejor alternativa para el bienestar del recién nacido porque:

Fomenta el papel natural de los padres, como cuidadores principales del bebé.

Reduce de manera significativa la estancia hospitalaria.

Crea vínculo de la familia con el niño.

Los padres tienen más autoconfianza y menos estrés.

P196

Conseguir el Agarre a los 21 Días

María Espín Olmo; Encarna Pastor Torres; María Trinidad López Fernández; Antonio Martínez Hernández; Rocío Delgado Martos.

Antecedentes.

Madre de 31 años sana. Embarazo buscado durante 5 años recurriendo finalmente a FIV. Es controlado por ginecólogo y evoluciona normalmente.

Parto a término, eutócico. La madre vive el periodo de dilatación con mucha ansiedad encontrándose sola la mayor parte del tiempo y sin nadie que resuelva sus dudas.

Caso clínico.

El recién nacido no está en contacto directo con la madre hasta 6 horas después del parto.

El primer día se intenta poner al pecho pero está aletargado y no muestra interés.

En días posteriores busca algo, sin conseguir agarre, lamiendo la leche que sale espontáneamente del pecho.

El tercer día al no conseguir agarre eficaz se comienza con extracción de leche y alimentación a demanda mediante jeringuilla mientras se estimula la succión con el dedo.

Se intenta poner al pecho frecuentemente y piel con piel, no pudiéndose todo lo deseado por el tiempo requerido para la extracción y administración de la leche materna.

La familia recibe muchas presiones por parte del entorno, que cree que el niño no obtiene alimento suficiente al darle con jeringa y que se está poniendo en peligro su salud y la de la madre por el desgaste de estar constantemente con el sacaleches día y noche, además de que todo este esfuerzo es inútil porque el niño nunca se enganchará.

Tras 21 sin utilizar chupetes ni tetinas y alimentado solamente con LM extraída se consiguió el agarre efectivo tras mucho insistir y mantener las 24 horas el contacto piel con piel sin interrupción. Al principio fue doloroso mejorando progresivamente y consiguiendo en una semana tomas sin dolor.

Comentarios.

Es muy importante el contacto piel con piel, especialmente durante las primeras horas, y en general en todo momento.

Cuando se presentan dificultades durante la lactancia son vitales el apoyo de la pareja y los grupos de madres.

P197

La Lactancia Materna de las Tres Mellizas

Josep Escolà Escribà; Esperanza Rebassa Tortella; Laura Esperanza Martorell Bon; Helena Torrens Espinosa.

Antecedentes:

Trillizas prematuras de 33+6 SG, nacidas por cesárea con peso al nacer: 1ª 1620 g, 2ª 1500 g y 3ª 1430 g. Estuvieron ingresadas durante 39 días destacando como Dx membrana hialina leve y persistencia del conducto arterioso en la tercera y hemangioma profundo parotídeo en la primera.

Caso clínico:

Tras el nacimiento las dos primeras trillizas iniciaron alimentación enteral y a los 6 días de vida iniciaron lactancia materna al pecho a la vez que se administraba leche materna extraída por SNG. La tercera trilliza empezó a los 13 días ya que estuvo en UCI donde recibió nutrición parenteral. A los 19 días se pudo retirar SNG a las tres, presentando buena succión al pecho y cuando la mamá no podía (noche) con jeringa o biberón. Recibieron LM exclusiva durante los 3 primeros meses, excepto una que empezó a recibir suplementos a partir de los 2 meses. Recibieron tomas de pecho hasta los 3 meses y medio y la mamá se sigue sacando leche (5 meses). Durante el ingreso la mamá utilizaba el sacaleches después de cada toma (lactario) y por la noche (domicilio). Al alta, la mamá llegó a sacarse unos 2 litros de leche diarios.

La postura más cómoda para la mamá fue la de cuna y de una en una respetando la demanda y alternando los pechos. La posición doble en balón de rugby también fue practicada en el hospital pero en casa no le resultaba práctica ya que le obligaba a tener alguien pendiente de ella para ayudarla si alguna lloraba.

Los papás han valorado mucho el hecho de poder tener un contacto físico directo a cualquier hora y hacer método canguro largas horas.

Comentarios:

La LM, en partos múltiples, supone un reto para los profesionales de la salud y un desafío para los padres, que con la voluntad y el apoyo necesarios terminará en éxito.

P198

Estudio Correlacional entre Condiciones de Crianza y Primer Vínculo Afectivo

María del Pilar Abad Real.

Resumen

El estudio aborda dos aspectos del estilo de crianza; alojamiento conjunto y contacto (abrazar u ofrecer el pecho) para calmar los llantos nocturnos del bebé, frente al alojamiento separado y ausencia de contacto (ofrecer chupetes, agua o palabras de consuelo) y su influencia en el desarrollo del primer vínculo afectivo (apego), en bebés menores de 3 años.

La hipótesis de partida es: La situación de estrés de los bebés cuando despiertan llorando en la noche y no son calmados inmediatamente, afectará en el establecimiento del vínculo, produciendo bebés con menor seguridad en la relación de apego.

Antecedentes

Tomando como antecedente el estudio de Sagi et al. (1994) sobre desarrollo del apego en kibbutz y el estudio de Aviezer, Sagi, Joels y Ziv (1999) sobre disponibilidad emocional de las madres, y el hecho de que las situaciones de ansiedad no reducida producen desapego, me propongo realizar un estudio de casos de la influencia del tipo de crianza y el apego en niños menores de 3 años.

Metodología

La muestra está compuesta por 3 bebés con las siguientes características:

Bebé1: Alojamiento conjunto en cuna separada. Suelen abrazarlo cuando despierta llorando, y no consiguen calmarlo con palabras de consuelo o chupete.

Bebé2: Alojamiento conjunto en la misma cama (colecto). Ante cualquier tipo de llanto su madre responde abrazándolo y ofreciendo el pecho.

Bebé3: Habitación separada. Calman su llanto con chupete, y palabras de consuelo. Nunca lo toman en brazos.

En el estudio se utilizará como medida del apego el Attachment Questionay sort (AQS), y el análisis de las correlaciones con los prototipos propuestos por Waters y Deane

Resultados y Conclusiones

Los resultados muestran que Bebé2 ha desarrollado un apego más seguro que Bebé1; y que Bebé3 desarrolló un apego inseguro. Lo que confirma la hipótesis de partida. La conclusión es que la cercanía y el afecto fortalecen el vínculo hacia un vínculo seguro.

En cuanto a la dependencia de los padres, ninguno de los bebés resultó dependiente, siendo la independencia encontrada mayor cuanto menos seguro es el apego

bebé	Prototipo Seguro	Prototipo Dependiente
Bebé1	0.21	-0.19
Bebé2	0.53	-0.04
Bebé3	-0.21	-0,22

P199

Agarre Espontáneo al Pecho

Ana Mialaret Lahiguera; Lorena Navarro Portillo; Cristina Martínez Porcar; Lorena Comin.

Se realizará una introducción acerca de la importancia de conseguir que el RN se agarre por sí mismo al pecho, es decir, que el bebé consiga por sus propios instintos llegar hasta al pecho de su madre, lo cual logrará por medio de los sentidos del olfato, reconocerá el olor del calostro por ser de similar olor que el líquido amniótico en el que estaba contenido durante los meses que duro la gestación, el tacto, irá deslizándose por el cuerpo de la madre e ira palpando y protuyendo el pezón, gusto, durante el proceso estará salivando y preparándose hasta llegar al pecho, la vista, ya que reconocerá el pezón por ser la zona más oscura, el oído, se precisa ambiente tranquilo y relajado para este precioso encuentro del bebe con el pecho de su madre. Durante este proceso el profesional participará únicamente tranquilizando y animando a la madre, la mamá sólo tendrá que sujetar al bebé para que no se caiga, mejor si lo sujeta de la espalda y las nalgas, sin tocarle la cabeza

El objetivo principal es conseguir que se establezca una lactancia materna exitosa desde el momento del nacimiento o durante las 2-3 primeras horas tras el nacimiento, bien en paritorio o en la habitación. Mejorando el vínculo afectivo entre madre-hijo y mejorando la confianza de la madre para alimentar a su bebé

El objetivo secundario es que todos los profesionales conozcan el método para que animen y colaboren en este proceso de arrastre al pecho y posteriormente intervenir en las distintas situaciones que puedan surgir durante el periodo de hospitalización de la madre y/o bebé: bebe dormilón, mejorando posturas, dudas, mitos y creencias, observación de las tomas

Se colgara el póster en paritorio y en la maternidad

El desarrollo del póster tratará de 4 casos distintos de arrastre al pecho como son tras un parto natural con o sin epidural, tras una cesárea, en madres con pechos dificultosos (pechos muy grandes o caídos, pezones muy largos o invertidos y en bebes que no han conseguido cogerse al pecho bien después de los 3-5 días de nacimiento, donde se tendrá en cuenta en cada ocasión los movimientos y el tiempo empleado por cada RN para llegar por sí mismo hasta el pecho de su madre.

Se obtendrán conclusiones de los 4 casos a estudiar para conocer el establecimiento correcto de la lactancia a corto plazo, es decir al mes de vida

Se aportará bibliografía consultada

P200

Cada Gota: Fuente de Salud para tu Hijo

María Begoña Rodríguez Bayón; P. Marta Bajo Cacho; María Dolores Romero Escos.

Introducción:

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, no simplemente la ausencia de una enfermedad o dolencia.

Resumen:

Desde el comienzo del embarazo las mamas se preparan para la lactancia. Hay muchas clases de mamas: grandes, pequeñas, pezones planos, pezones invertidos, etc.

El tamaño de las mamas no guarda relación con la cantidad de leche que produce. Cada madre está capacitada para satisfacer las necesidades de su bebé; cada bebé encuentra cubiertas sus necesidades en su madre.

Tanto las mamas grandes como las pequeñas tienen la misma capacidad de producción de leche. Sin embargo encontramos en las mamas grandes, mayor capacidad de almacenamiento. En mamas con pezones invertidos o planos hay que tener más paciencia con los bebés y cuesta un poquito más un buen agarre; pero si perseveramos, los bebés acaban aprendiendo.

Comentarios:

La leche de madre es la mejor alternativa para alimentar al recién nacido, y el tipo o tamaño de las mamas no influye en los resultados.

Es necesario enseñar a las madres a dar de mamar a sus bebés, y más a las que tienen dificultades por forma o tamaño de las mamas y/o pezones, haciendo que aumente su autoconfianza.

