



unicef 

Leche Materna: Salud para todos I.H.A.N.: Nacer es diferente

VI Congreso Español de Lactancia Materna y 3ª Reunión de Bancos de Leche Humana



Ávila
7, 8 y 9 Abril 2011

VI
Congreso
Español
de
Lactancia
Materna
3ª Reunión de
Bancos de Leche Humana

www.ihan.es



A01. IMPLANTACIÓN Y AMPLIACIÓN DE TRABAJO CONJUNTO ENTRE BANCOS DE LECHE HUMANA Y EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA

Cristiano Siqueira Boccolini. PCRJ E FIOCRUZ
Rosane Valéria Viana Fonseca Rito. PCRJ E UFF

Introducción: El exceso de producción de leche puede ocurrir en cerca de 10% de las madres que están amamantando, y la donación de ese excedente puede auxiliar tanto las madres como los recién-nacidos ingresados em la UTI-Neonatal.

Objetivo: Establecer la promoción de la lactancia materna y donación de leche humana a través de el trabajo conjunto entre los Bancos de Leche Humana (BLH), teniendo como referencia la Maternidad, y los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS), denominados Entrepuestos de Recolección de Leche Humana.

Métodos: Describir las acciones de promoción de lactancia materna y donación de leche humana ordeñada, teniendo como eje a legislación actual (RDC/ANVISA-171). El plan de acción prevé la expansión de esa red de asistencia para nueve más EAPS y prevé 5 etapas: 1-planificación de la acciones; 2-capacitación y entrenamiento; 3-prospección; 4-operacionalización; y 5-evaluación. Actualmente, bajo la gestión del Programa de Salud del Niño, existen cinco BLH y nueve EAPS en distintas fases de implantación de esa experiencia.

Resultados: Fueron creados nueve Entrepuestos de Recolección de Leche Humana Ordeñada (LHO), donde, en suma, las EAPS incentivan la donación y recolecta domiciliar de LHO, almacenando temporalmente esa donación hasta que un BLH pueda recoger y procesar la LHO.

Com eso fueral logrados la sensibilización de las donantes; construcción de conocimientos; campañas de donación de LHO; y fortalecimiento de las redes de apoyo interinstitucional y interdisciplinario.

Conclusión: Se espera cambiar la relación de las madres de la comunidad, una vez que las mismas siéntense responsables por el bien estar de las gestantes (vecinas, amigas, o conocidas) que tendrán sus hijos en la maternidad que abriga el BLH de referencia. El paradigma de funcionamiento de los BLH y de las EAPS cambia con esas prácticas, una vez que tradicionalmente los BLH tienen su actuación restricta al ámbito hospitalario, y que las EAPS pasan a tener contacto directo con el nivel de atención hospitalaria.

A02. CARACTERÍSTICAS DE LAS DONANTES DE LECHE MATERNA A UN BANCO DE LECHE HUMANA

*Ester Torres Martínez. Pediatra; María Gormaz Moreno. Pediatra
Vicente Roques Serradilla. Pediatra; Máximo Vento Torres. Pediatra
Amparo Ramón Beltrán. Enfermera
Rosario Sirvent Coloma. Auxiliar enfermería
La Fe*

INTRODUCCIÓN

Un banco de leche humana (BLH) es un departamento especializado responsable de promover y apoyar la lactancia materna, la recolección, procesamiento, control de calidad y distribución de la leche donada a cualquier niño que la necesite. Es fundamental la existencia de DONANTES, sin cuyo esfuerzo y altruismo no sería posible.

OBJETIVO: describir la experiencia de donación en nuestro banco, conocer aspectos sociodemográficos de las donantes y problemas surgidos en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo sobre la población de donantes del BLH desde su inauguración (10 meses). Análisis de datos sociodemográficos, y sanitarios de las donantes, recogidos en la base de datos diseñada para el BLH.

RESULTADOS: 72 madres fueron entrevistadas. Rango de edad: 18-45 años. Exclusión de 2 (2.7 %), por consumo de alcohol y hábito tabáquico. 7 madres (9.7 %) no iniciaron la donación y 11 han sido entrevistadas recientemente. De las que aportan leche, el 72.7% inicia la donación antes de los 6 meses de lactancia. Se han recibido 245l de leche materna donada (LMD), oscilando el volumen donado por madre entre 100 ml y 33l. La mayoría (52.6%) dona entre 1 y 10l. Actualmente el 47.2% han finalizado su donación, por finalizada la lactancia o por haber cumplido su hijo el año de edad (criterio de exclusión). Conocen el banco preferentemente a través de el servicio de neonatología (22.2%) o los medios de comunicación(19.5%) y el 97.2% pertenecen a la misma provincia que el banco. El 22% han tenido a su hijo ingresado en el servicio de Neonatología y casi el 10% son madres de prematuros. Un 7% han sido donaciones puntuales tras el fallecimiento del recién nacido (RN).

CONCLUSIÓN: La mayoría de las donantes del BLH son madres de RN a término sanos, sin ingreso; residen en la provincia en la que se sitúa el banco y lo han conocido de leche a través del servicio de neonatología. Nuestros esfuerzos futuros deberían centrarse en potenciar la captación de madres de prematuros, o en sus primeros meses de lactancia y ampliar el sistema de recogida de leche a otras provincias de la comunidad.

A03. REGISTRO DE LA CALIDAD DE LECHE DONADA EN UN BANCO DE LECHE DURANTE 2009: PRINCIPALES CAUSAS DE DESECHO DE LAS MUESTRAS

Mercedes Ratto; Arina Merini; Gisele Lopes; María Goreti.

Universidad Regional Blumenau Furb. Brasil

M^a Carmen López; Dolores Silvestre. *Universidad Cardenal Herrera-CEU*

Antecedentes: A fin de preservar los beneficios para el lactante de la leche procesada en los bancos de leche humana (BLH), es importante someterla a un riguroso control de su calidad que asegure la detección de muestras en deficiente estado y evite posibles riesgos para la salud del neonato.

Objetivo: el estudio tiene como fin analizar la calidad de las muestras de leche donada al BLH durante el año 2009, evaluando las causas de deshecho de acuerdo a los criterios de selección.

Material y métodos: Se han seguido los criterios de selección establecidos en las Normas Técnicas para Bancos de Leche Humana del país.

- Acidez: desecho de muestras con acidez superior a 8º Dórníc
- Calidad microbiológica: deshecho de muestras positivas para coliformes totales
- Envases: se permiten de vidrio, con capacidad entre 50-500mL, con tapa de rosca. Se descartan las muestras con daños en el envase, cierre inadecuado o identificación imprecisa.
- Pureza de la muestra: eliminando las muestras con suciedades o cuerpos extraños.
- Otros: verificación del color, flavor, estado de congelación a la recepción....

Resultados: durante el año 2009, en el BLH, se registraron 625 muestras de leche donada no adecuadas, lo que supuso un desecho de 250 litros (13.4% del total de leche procesada). Las causas de eliminación fueron:

445 muestras por acidez; 87 muestras son coliformes positivo; 30 muestras presentaban envases no adecuados, con fisuras en frasco o tapa, y también con envases no permitidos por material o diseño; en 36 muestras se detectó la presencia de suciedades: pelos, fragmentos de piel, uñas, pedazos de papel; 27 muestras se eliminaron por otras causas.

Conclusión: las causas de desecho de leche son, en muchos casos, evitables con un mejor adiestramiento de las madres donantes, lo que supondría una importante reducción en las pérdidas.

A04. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LAS PÉRDIDAS DE LECHE DONADA EN UN BANCO DE LECHE TRAS IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CERTIFICACIÓN SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008

***María López Maestro. Pediatra; Diana Escuder Vieco;
María Luisa Durán Arroyo;
Victoria Franco García; Nadia García Lara. Pediatra;
Gerardo Bustos Lozano. Pediatra; Hospital 12 Octubre***

Objetivo:

Analizar las causas de las pérdidas de leche humana donada tras la implantación de un sistema de gestión por procesos y la certificación del sistema de gestión de la calidad según la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

Métodos: medición prospectiva trimestral de indicadores de eliminación o pérdida de leche durante el año 2010. Datos obtenidos de la base de datos del banco de leche.

Resultados:

En el año 2010 se recibieron en el banco de leche 694 litros de leche donada y se pasteurizaron 548,76. Antes de la pasteurización (leche cruda) se eliminaron 56,6 L (8,15%). La causa más frecuente fue la caducidad (3,1%) seguida de la excesiva acidez Dornic (7 o más grados, el 2,3%) y el cribado de aroma (1,4%). El 1% de la leche se procesó para estudios de investigación con consentimiento de las donantes y otro tanto se eliminó por descongelación accidental. El motivo más frecuente de eliminación de leche pasteurizada fue la contaminación bacteriana (3,6% del volumen pasteurizado). El 0,4% de la leche pasteurizada se administró a donantes desconocidos (pérdida de trazabilidad).

Comentarios:

La caducidad de leche cruda se relaciona con periodos de mayor donación coincidentes con vacaciones o ausencia de alguno de los técnicos. Las pérdidas por contaminación bacteriana postpasteurización se relacionan exclusivamente con bacterias formadoras de esporas resistentes a la pasteurización (*Bacillus cereus*), contaminantes ambientales ubicuos que colonizan frecuentemente los sacaleches.

La pérdida de trazabilidad se relaciona con la indicación de leche donada durante guardias, sábados o festivos, sin que se cumplan las normas de registro del receptor y sin que se complete la información posteriormente.

Conclusiones:

El volumen global de pérdidas se considera bajo, especialmente las pérdidas por acidez. Las pérdidas por contaminación bacteriana se deben probablemente a la contaminación de los sacaleches por bacterias formadoras de esporas. Los imprevistos, como desconexión de un congelador o el aumento de donación inesperado en periodos con menos personal técnico, general pérdidas pequeñas, pero significativas proporcionalmente.

A05. ¿COMPROMETE LA DISPONIBILIDAD DE LECHE DONADA, LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA Y EL AMAMANTAMIENTO AL ALTA?

**Sara Vázquez Román; Gerardo Bustos Lozano;
Carlos Orbea Gallardo; María López Maestro
María Samaniego Fernández; Clara Alonso Díaz**
Pediatría - Hospital 12 de Octubre

Objetivo:

Evaluar los cambios en la disponibilidad precoz de leche de madre propia (LMP) y en el amamantamiento al alta en neonatos prematuros tras la implantación de un banco de leche humana donada en un servicio de Neonatología.

Material y métodos:

Estudio longitudinal prospectivo, con medida pre y post implantación. Población: 48 prematuros 32 semanas de edad gestacional en cada periodo; 6 meses pre y postimplantación.

Resultados:

En el segundo periodo se inició la alimentación enteral en 58% de los niños con LMP y en 17% con LMP y leche donada (LD), frente a un 65% en el primer periodo. Durante los 4 primeros días de vida el consumo de LMP fue mayor en el segundo periodo con una diferencia estadísticamente significativa. En los primeros 8 días de vida ningún niño del segundo periodo consumió fórmula artificial (FA) y el consumo medio de fórmula artificial en los primeros 14 días de vida es menor en el segundo periodo de forma estadísticamente significativa (ver gráfico 1). Durante prácticamente todo el ingreso se mantiene un mayor consumo de LMP. El 54% de los niños del segundo periodo se fue de alta con LMP exclusiva, frente a un 40% en el primer periodo. El consumo de FA exclusiva al alta se mantuvo prácticamente igual en los dos periodos (29% y 27%) y sí que se ha reducido la lactancia mixta al alta (31% en el primer periodo y 19% en el segundo).

Conclusión:

Disponer de leche donada no retrasa el inicio de la extracción de leche, ni disminuye el consumo de LMP durante el ingreso ni al alta y disminuye la exposición a fórmulas artificiales en los primeros 14 días de vida.

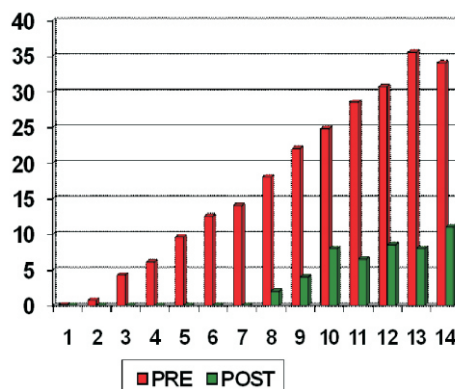


Gráfico 1: consumo medio de fórmula en los primeros 14 días de ingreso

Bo1. DETECCIÓN DE SUBSTANCIAS DE ABUSO EN LECHE HUMANA DONADA

Diana Escuder Vieco; María Teresa Moral Pumarega. *Pediatra.*
Hospital 12 de Octubre
Emilia Marchei. *Istituto Superiore di Sanità*
Bibiana Frigulls. *Parc de Recerca Biomèdica*
Oscar García-Algar. *Pediatra; Oriol Vall Campelles.* *Pediatra*
Parc de Recerca Biomèdica
Manuela Pellegrini; Simona Pichini. *Istituto Superiore di Sanità*
Gerardo Bustos Lozano. *Pediatra; Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos:

En los bancos de leche humana donada se utilizan múltiples medidas para que la leche sea segura respecto a las infecciones (encuesta de hábitos de vida, serologías y pasteurización), sin embargo con respecto a la presencia de sustancias tóxicas en la leche solo se tiene lo que las mujeres refieren en el cuestionario.

Hasta ahora, en la literatura, no existe ningún trabajo que haya validado los cuestionarios de hábitos de vida de las mujeres confirmando que realmente la leche que donan está libre de sustancias de abuso.

El objetivo principal del estudio es confirmar la ausencia de sustancias de abuso en una muestra amplia de unidades de leche donada.

Material y método:

Los tóxicos a determinar fueron: cafeína, nicotina y su metabolito (cotinina), morfina, 6-acetilmorfina (metabolito de la heroína), codeína, anfetamina y su metabolito (3,4-metilendioxi-anfetamina), metanfetamina y su metabolito (3,4-metilendioxi-metanfetamina), cocaína y su metabolito (benzoilecgonina), cocaetileno (producto de la mezcla de cocaína y alcohol), metadona y su metabolito (difenil-pirrilidina), y tetrahidrocannabinol (THC) y sus metabolitos (THC-COOH y THC-OH).

Para ello, se estudiaron 400 muestras de 1 mL post-pasteurización y 34 muestras por duplicado, pre y post-pasteurización, para comprobar el efecto del proceso de pasteurización Holder en dichos tóxicos, en caso de que se detectaran. Las donantes habían autorizado el uso de pequeñas cantidades de su leche para investigación, de todas formas solo una de las investigadoras (DE) tenía acceso a la identidad de la donante ya que se trabajó con códigos que aseguraban la confidencialidad que el estudio requería.

El método empleado fue la cromatografía líquida con espectrofotometría de masa en tándem. Es la primera técnica capaz de cuantificar simultáneamente 18 drogas y metabolitos diferentes en leche materna.

Resultados:

El único tóxico que se detectó fue cafeína en un 17,6% de las muestras de leche materna con un rango de concentración de 295,1 – 2190.8 ng/mL.

Conclusiones:

Por primera vez se confirma que la leche humana donada está libre de sustancias de abuso y que la información que proporcionan las donantes en los cuestionarios parece fiable. El único tóxico detectado fue la cafeína pero se acepta que las donantes tomen dos cafés o dos bebidas con cafeína al día. El rango tan amplio de concentración de cafeína depende de cuando se haya realizado la extracción en relación con la ingesta.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040

B02. VARIABILIDAD EN LA CALIDAD NUTRICIONAL DE LA LECHE MATERNA (LM) DONADA A UN BANCO DE LECHE

*Nadia Raquel García Lara. Pediatra; Diana Escuder Vieco
Javier de la Cruz Bértolo; David Lora
María Luisa Durán Arroyo
María Teresa Moral Pumarega. Pediatra
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos

Los macronutrientes de la LM muestran en los estudios científicos un amplio rango de valores. El valor más variable es el contenido graso, mayor determinante a su vez del contenido calórico. No existen valores de referencia de LM donada en cuanto a su contenido calórico se refiere.

Nuestro objetivo es describir el contenido calórico y lipídico de la muestra obtenida de la LM donada al Banco de Leche Humana del Hospital.

Material y métodos

De la base de datos del Banco de Leche se extrajeron los datos de contenido graso y calórico de la LM de todos los lotes aceptados desde su apertura. Dichos cálculos habían sido realizados con el método del crematocrito.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico STATA.

Consideramos los siguientes puntos de corte: para una LM hipocalórica los valores menores del percentil 25 y para una LM hipercalórica los mayores del percentil 75.

Resultados

1625 lotes de LM donada procedentes de 203 donantes se incluyeron en el análisis. La mediana de edad de las donantes fue de 34 años (rango 18-52).

El 23% de las donantes tuvieron a sus hijos antes de la 37 semanas de gestación y un 10% antes de la semana 32.

La mediana de lotes por mujer fue de 4, aunque el rango fue muy amplio (1-123).

Se realizó una distribución porcentual del contenido medio calórico y de grasa por donante. La mediana del contenido calórico fue 61,1kcal/dl (rango intercuartílico 55,5-67,2). La media de grasa fue 3,03 g/dl (IC 2,98-3,08)

Los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 para el contenido calórico medio fueron respectivamente 50,5; 55,8; 61,2; 67,3 y 72,8 kcal/dl. Los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 del contenido graso medio fueron respectivamente 1,8; 2,32; 2,9; 3,52 y 4,07 g/dl.

Conclusiones

Con una amplia muestra de leches se han establecido unos percentiles que permitirán clasificar las leches en cuanto a su valor energético y así se podrán adecuar a las necesidades de los receptores.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

Bo3. VARIABILIDAD EN LA CALIDAD NUTRICIONAL DE LA LECHE MATERNA DONADA EN FUNCIÓN DE LA EDAD MATERNA, LA EDAD GESTACIONAL DEL HIJO, TIEMPO DESDE EL NACIMIENTO Y EL TENER HIJOS PREVIOS

***Diana Escuder Vieco; Nadia Raquel García Lara. Pediatra
Javier de la Cruz Bértolo; David Lora Pablos
Victoria Franco García; María Teresa Moral Pumarega. Pediatra
Hospital 12 de Octubre***

Antecedentes y objetivos

El contenido calórico de la LM muestra un amplio rango de valores. Entre los factores que podrían influir se han señalado la edad materna, la edad gestacional del hijo (LM término o pretérmino), el tiempo desde el nacimiento del mismo (calostro, intermedia y madura) y el tener hijos previos.

El objetivo de este estudio es determinar la influencia de las 4 variables señaladas en el contenido calórico de la LM donada.

Material y métodos

De la base de datos del Banco de Leche del Hospital se extrajeron los datos de contenido calórico de la LM de todos los lotes aceptados. Dichos cálculos habían sido realizados con el método del crematocrito. Asimismo se recogieron los datos relativos a las donantes. Se analizaron los datos con el programa estadístico STATA.

Resultados

1625 lotes de LM donada procedentes de 203 donantes se incluyeron en el análisis. La mediana de edad de las donantes fue de 34 años (rango 18-52).

El 62% de las mujeres no tenían hijos previos.

El 77% de las donantes tuvieron a sus hijos entre las semanas 37-42 de gestación; el 13% entre la 32-37 semanas; el 5% entre la 28-31 y el 5% antes de la semana 28.

No se encontró una asociación significativa entre la edad de la donante y el contenido calórico de la LM.

El valor calórico de la LM a término fue 61,26 kcal/dl (IC 60,13-62,05) y el de la pretérmino 62,04 kcal/dl (59,73-64,35) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

El valor calórico de la leche madura fue 60,26 kcal/dl (IC 59,04-61,45). Tanto la LM intermedia como el calostro mostraron un contenido calórico significativamente mayor que la madura. El valor de la LM intermedia fue 65,22 kcal/dl (IC 63,31-67,13) y del calostro 66,94 kcal/dl (IC 64,66-69,21).

El contenido calórico de la LM de aquellas donantes sin hijos previos fue 62,6 kcal/dl (IC 60,1-65,3) y el de las que sí los tenían de 59,2 kcal/dl (IC 57,3-61,2) siendo la diferencia estadísticamente significativas.

Conclusiones

El calostro y la LM intermedia son más calóricas que la LM madura. El no tener hijos previos se asocian a una LM más calórica.

Bo4. INFLUENCIA DE LA PASTEURIZACIÓN EN LOS MACRONUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA DONADA A UN BANCO DE LECHE HUMANA

María Gormaz Moreno. Pediatra
Ester Torres Martínez. Pediatra
Vicente Roques Serradilla. Pediatra
Máximo Vento Torres. Pediatra
Rosario Sirvent Coloma. Auxiliar enfermería
Amparo Ramón Beltrán. Enfermera
La Fe

INTRODUCCIÓN

La leche materna donada (LMD) es una buena alternativa a la leche materna de madre propia cuando ésta no puede ser proporcionada. En muchos bancos de leche humana es práctica habitual pasteurizar la leche antes de administrarla a los pacientes con la finalidad de garantizar la seguridad microbiológica de la leche. El tratamiento térmico de la leche mediante la pasteurización Holder (62,5°C durante 30 minutos) altera parcialmente la composición de la leche materna. OBJETIVOS: valorar la influencia de la pasteurización Holder en la composición de macronutrientes de la leche materna donada. MATERIAL Y MÉTODOS: La leche materna donada a un banco de leche materna, es conservada congelada a -20°C hasta su procesamiento. Tras la descongelación controlada, se hacen lotes compuestos por la mezcla de varias muestras de leche de una misma donante. Una alícuota (2 ml) de dicho lote se analiza antes y después de la pasteurización Holder, mediante el método de espectrometría de transmisión de infrarrojos (MIRIS milk analyzer, Suecia). Análisis estadístico mediante programa Epidat. Versión 3.1 RESULTADOS: el análisis de 24 muestras procedentes de 24 lotes de LMD antes y después de la pasteurización arroja los siguientes resultados.

Media (D.estándar)	Grasa (g/100ml)	Proteínas (g/100ml)	Lactosa (g/100 ml)	Calorías(kcal/100ml)
Prepasteurización	4.98 (1.03)	0.88 (0.24)	6.74 (0.63)	75.28 (11.10)
Postpasteurización	4.83 (1.01)	0.91 (0.23)	6.71 (0.55)	70.70 (17.05)
p*	1.8	0.30	0.79	1.6

*Nivel de confianza 95%

CONCLUSIONES: la pasteurización Holder no afecta significativamente la composición de macronutrientes de la leche materna donada. Dicho análisis puede realizarse indistintamente antes o después de la pasteurización.

Bo5. EFECTO DEL TIEMPO DE CONGELACIÓN EN LOS MACRONUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA

***Nadia Raquel García Lara. Pediatra; Diana Escuder Vieco
Javier de la Cruz Bértolo; David Lora; Leónides Fernández Álvarez
María Teresa Moral Pumarega. Pediatra
Hospital 12 de Octubre***

Antecedentes y objetivos

Existe escasa evidencia científica del efecto de la congelación en los macronutrientes de la LM. El analizador de leche humana MIRIS® determina simultáneamente la grasa, nitrógeno total, lactosa y aporte calórico.

Pretendemos valorar el efecto del tiempo de congelación hasta 3 meses en los macronutrientes de la LM.

Material y métodos

Se recogieron prospectivamente muestras de LM fresca de 35ml (extraídas máximo 24 horas antes y refrigeradas <5°C) donadas voluntariamente por madres de neonatos ingresados tras firma de consentimiento informado.

Cada muestra se homogeneizó “manualmente” (calentándola a 40°C y agitándola) y se distribuyó en 7 alícuotas. Una se analizó el día 0 (LM fresca) y el resto se congelaron para ser descongeladas y analizadas 7, 15, 30, 60 y 90 días después. Cada alícuota previo a su análisis fue homogeneizada “manualmente”. Se analizaron con MIRIS®

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa STATA y el test estadístico ANOVA para medidas repetidas. El límite de significación fue $p < 0.05$.

Resultados

Se recogieron 60 muestras donadas por 60 madres. La EG media de los hijos fue de 32,6 semanas (DS 5,82).

El valor medio de grasa fue 4,88 g/dl (IC 4,52-5,24). A los 3 meses se objetivó una disminución significativa siendo el valor medio 4,35 g/dl (IC 3,95-4,75) y la disminución porcentual 13,2%.

El valor medio de nitrógeno total fue 1,35 g/dl (IC 1,28-1,41). A los 3 meses se objetivó una disminución estadísticamente significativa, siendo el valor medio 1,32 (1,24-1,40) g/dl y la disminución porcentual 1,06%

El valor medio de lactosa fue 5,94 g/dl (IC 5,78-5,97). A los 3 meses se objetivó una disminución estadísticamente, siendo el valor medio 5,88 g/dl (IC 5,78-5,97) y la disminución porcentual media 0,9%

El valor medio calórico fue 75,33 kcal/dl (IC 71,91-78,76). A los 3 meses se objetivó una disminución estadísticamente significativa, siendo el valor medio de 69,75 kcal/dl (IC 65,96-73,54); la disminución porcentual media fue 8,81%

Conclusiones

La congelación de la LM supone una pérdida grasa y calórica que aumenta conforme lo hace el tiempo de congelación. Se objetiva también una disminución del nitrógeno total y lactosa pero clínicamente poco relevante.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

Co1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE LA WEB

Consuelo Cañamas Ochoa. Enfermera; **M. Angels Mas Server.** Enfermera
Rosa Martorell Mestre. Enfermera; **Antonio Valdivia Pérez.** Médico
Magdalena Cholbi Cruaños; Enfermera
Esméralda Solanes Escudero. Auxiliar enfermería
Pepe Mut Buigues. Pediatra
Iluminada Ferrer Perez. Enfermera
M. Dolores Mestre Donet. Auxiliar enfermería
Marta Sánchez Palomares. Pediatra
H. Denia

Antecedentes y objetivos: Durante la lactancia materna (LM) pueden aparecer dudas sobre compatibilidad con medicamentos. Ante la dispersión de información al respecto, se concibió una página web donde aparece el teléfono de la unidad Materno-Infantil, que es atendido por personal de enfermería de cada turno. Más del 85% tiene formación específica en LM.

Los objetivos del estudio son conocer los motivos de consulta telefónica más frecuentes y la calidad de la información previa recibida.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo realizado de Julio a Diciembre de 2010. Se diseñó una plantilla para recoger los siguientes datos: fecha de consulta, profesional que la atiende, medicamento o duda consultada, edad y tipo de alimentación del lactante, quien llama, si han recibido otra información previamente o la indicación de suspender LM, tiempo de respuesta, quien responde y si necesita consultar con un pediatra. Se analizaron los datos con STATA 9.1. Las variables se describen con proporciones y frecuencias.

Resultados: Se registraron 106 llamadas telefónicas. La edad media de quien llamó fue de 34 años (rango 25 a 45) y en un 85.3% fue la madre.

El rango de edad de los lactantes fue de 0 a 27 meses (52.9% eran <4 meses). El 58.1% recibía LM exclusiva (94.2% entre los menores de 6 meses).

El 86.8% de llamadas consultaban sobre medicamentos, siendo los más frecuentes: antibióticos (18.1%), antidepresivos-ansiolíticos (15,2%), analgésicos-antiinflamatorios (14,3%) y corticoides (8,5%). El 13.2% consultaron sobre enfermedades o agentes externos.

El 86,8 % de llamadas las contestaron Enfermeras, y el 13,2% Auxiliares. Precizando consultar con un Pediatra en el 28.3% de las llamadas.

El 72,6% de las personas que consultaron habían solicitado previamente información en otro medio (Atención Primaria: 33,3%, otro médico especialista: 38,9%, prospecto: 22,2% y farmacéutico: 5,6%). De ellas, el 53.3% recibió información errónea y al 48.3% se le indicó suspender LM.

Conclusiones: Los usuarios de la Web obtienen mayor seguridad consultando telefónicamente, permitiéndonos mejorar con sus aportaciones la calidad del contenido. Aún existiendo información de calidad en la Web, hay muchos profesionales sanitarios que suspenden LM innecesariamente.

Co2. RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y INTERNACIONES HOSPITALARIAS POR NEUMONÍA ENTRE NIÑOS CON MENOS DE UN AÑO DE VIDA EN LAS CAPITALS BRASILEÑAS, 2008

Cristiano Siqueira Boccolini. PCRJ e Fiocruz
Márcia Lazaro de Carvalho. Pediatra - Fiocruz
Maria Inês Couto de Oliveira. UFF
Patricia de Moraes Mello Boccolini. IESC UFRJ

Introducción: La prevalencia de lactancia materna ha aumentado en las últimas décadas en todo Brasil como resultado de las políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Objetivo: evaluar la relación entre lactancia materna y las internaciones hospitalarias por neumonía entre niños con menos de un año de vida.

Metodología: se trata de estudio epidemiológico ecológico, que utilizó datos secundarios de internación por neumonía (outcome) y de prevalencia de lactancia materna (exposición) en la población de niños con menos de un año de vida en las capitales brasileñas y Distrito Federal en 2008. La Razón de Tasas (RT) de internación hospitalaria fue estimada por modelo estadístico binomial negativo (Intervalo de Confianza = 95%), ajustado por el Índice de Gini de la población y por la prevalencia en la población de fumadoras y de bajo peso al nacer.

Resultados: Fueron considerados 642792 niños con menos de un año de vida residentes en las 26 capitales brasileñas y Distrito federal en 2008, con 139075 internaciones hospitalarias (24437 por neumonía). La prevalencia de lactancia materna en niños de nueve a doce meses incompletos de vida se mostró asociada a una más pequeña tasa de internación hospitalaria por neumonía (RT = 0,62; IC95%=0,51-0,74), así como la prevalencia del lactancia materna exclusiva (RT=0,52; IC95%=0,39-0,69). El Índice de Gini (RT=1,11; IC95%=1,01-1,21) y la prevalencia de fumadoras en la población (RT=1,12; IC95% =1,03-1,22) estuvieron negativamente asociadas con las tasas de internación hospitalaria.

Conclusión: todos los factores considerados en el presente estudio tuvieron la misma dirección de asociación (protección o riesgo) de otros estudios observacionales, lo que favorece el uso del estudio ecológico como una alternativa barata y eficiente para evaluar el efecto de la prevalencia de lactancia materna sobre la salud de la población infantil. Finalmente, ese estudio buscó demostrar lo cuánto las diferencias de la prevalencia de lactancia materna entre las capitales pueden influenciar en las tasas de internación hospitalaria, pudiéndose concluir que la promoción del lactancia materna entre la población, y el aumento de su prevalencia, pueden implicar en la reducción de las internaciones hospitalariaes, y de los gastos en salud pública.

Co3. ESTUDIO DE LA LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN EL CÁNCER DE MAMA EN LA POBLACIÓN DE BARCELONA

Gia Segura Roca - MIR otra especialidad - H. Mar
Gemma Segura Roca - MIR otra especialidad - H. Trueta Girona
Francesc Macià Guilà - Médico otra especialidad - H. Mar
Valentí Juncà Valdor - Médico otra especialidad - H. Mar
José Antonio Pereira Rodríguez - Médico otra especialidad - H. Mar
Luis Grande Posa - Médico otra especialidad - H. Mar

Introducción

El conocimiento de los factores protectores (FP) y factores de riesgo (FR) del cáncer de mama (CM) es útil para sospechar la existencia del mismo y por su papel con fines preventivos. Algunos estudios publicados mencionan que la lactancia materna podría tener efecto protector por demorar el restablecimiento de la ovulación, disminuir la síntesis de estrógenos y convertir la glándula mamaria en tejido totalmente diferenciado. Dentro de los factores posibles, interesa conocer aquellos comprobados en la población propia. El objetivo del estudio ha sido valorar los FP y los FR relacionados con el CM, de la población de Barcelona cribada por nuestro hospital.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio prospectivo recogiendo los principales FR i FP conocidos de CM, en todas las mujeres atendidas en el Dispensario de Patología Mamaria (DPM) por alguna lesión hallada en el estudio mamográfico de cribado, dentro del Programa de detección precoz del CM para mujeres de entre 50 y 70 años de edad, que se lleva a cabo en cuatro distritos de Barcelona dependientes de nuestro centro. Se compararon los factores entre el grupo diagnosticado de cáncer y el grupo de mujeres con patología benigna.

Resultados

De 4.701 pacientes atendidas se diagnosticaron 554 de CM. De entre los factores analizados, se hallaron diferencias significativas en: la lactancia (OR:0,83; IC95%: 0,68-1; $p<0.05$), la obesidad (OR: 1,27; IC95%: 1,03-1,57; $p=0.02$), diabetes (OR: 1,47; IC95%: 1,03-2,09; $p<0.03$) y antecedente familiar de CM (OR: 1,33; IC95%: 1,03-1,72; $p<0.03$).

Conclusiones

- 1.- Deberíamos aconsejar la lactancia en todas las madres como factor preventivo del CM, además de ser un beneficio para el lactante.
- 2.- Asimismo se debería perseverar en informar a las pacientes con obesidad y diabetes, que especialmente entre las edades de 50 y 70 años tienen un riesgo superior de CM.

Co4. LACTANCIA MATERNA Y DISMINUCIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA: IMPACTO ECONÓMICO

Carlos Iglesias Gómez - MIR pediatría
Francisco Pellicer Orenes; Beatriz Alemany Tomás
Miguel F. Sánchez Saucó - Enfermero
Concepción Martínez Romero - Matrona
Manuel Alcaráz Quiñonero - Pediatra
Manuel Sánchez Solís - Pediatra
Juan Antonio Ortega García - Pediatra
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Trabajos previos han reportado el efecto positivo en la disminución de ingresos hospitalarios por la implementación de programas y acciones de la lactancia materna. La consulta de lactancia materna trabaja con una visión de calidad medioambiental en colaboración con otros grupos de interés desde el año 2006, y desarrolla el proyecto Medio ambiente y lactancia materna (MALAMA). MALAMA es un estudio de cohortes en multietapas iniciado en 2006 con metodología de Action-Research. Desde 2006 se objetiva un descenso mantenido de los ingresos hospitalarios en niños menores de 1 año. El objetivo del presente trabajo es estudiar el efecto sobre los ingresos hospitalarios en lactantes por cuadros infecciosos (gastroenteritis e infecciones respiratorias de vías bajas y altas) y analizar el impacto económico relacionado con el niño ingresado.

Método: Estudio de cohortes desde el nacimiento hasta el año de vida durante 2009/10, con primera visita presencial y seguimiento telefónico (1, 3, 6, 12 meses) de 327 recién nacidos y sus familias. Fueron identificados 24 niños ingresados (en el primer año, tras revisar sus historias se admitieron 16 de ellos con patologías relacionadas en la literatura científica con el tipo de alimentación en el primer año de vida. Se realizó estudio descriptivo y regresión logística. Otras variables como número de fumadores en casa, tabaquismo materno durante el embarazo, nivel de renta familiar y nivel de estudios de la madre, asistencia a guardería fueron considerados. Se utilizaron las definiciones de lactancia materna exclusiva (LMex), completa (LMC) y algo de lactancia o total (LMT) de la OMS. Fueron calculados los NNT e IC 95%. El estudio económico fue realizado en base al precio cama día considerando la estancia media en el área implicada del caso.

Resultados. De 2006/07 a 2009/10 la duración media de la LMC en el área ha crecido de 63 a 83 días. La mediana ha pasado de 45 a 70. La prevalencia a los 6 meses de la LMT ha pasado del 35% al 50%, la LMC del 8% al 13,6% y la LMex del 1% al 6,5%. En el modelo multivariable de regresión permanece de forma significativa la OR de LMC es 0,98 (IC95% 0,96-0,99) y LMex 0,98 (IC95% 0,98-0,99). En la Odds de las tablas de contingencia se aprecia un gradiente de efecto protector en las lactancias prolongadas LMex y LMC. La NNT de la terapia experimental LMC durante 6 meses es 12 (IC95%, 6-200) y para LMex 6 meses es 10 (IC95%, 6-35) con una disminución de los ingresos anuales de 39-45 menos (IC95% 13-78). Atendiendo al coste diario, estancia media del GDR implicado se ahorraron en 2009/10 250.000 € y en el acumulado de 2006/07 a 2009/10 cercano a los 500.000 €. Adicionalmente por el incremento en la prevalencia, se estima un ahorro doméstico de las familias murcianas de otros 500.000 € euros adicionales en este periodo.

Conclusiones. El efecto beneficioso de una LM prolongada en la economía de la salud de las familias y de los sistemas sanitarios es intenso y observable a corto plazo. La planificación, liderazgo y acciones coordinadas en lactancia materna requieren un mínimo de inversión económica y dedicación de recursos humanos. Es más rentable para los sistemas sanitarios invertir 1 céntimo de euro en lactancia materna que 1000 euros en nuevas terapias.

Co5. EXPOSICIÓN AL HUMO MEDIOAMBIENTAL DE TABACO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA AL AÑO DE VIDA

Carlos Iglesias Gómez - MIR pediatría
Miguel Sánchez Sauco - Enfermero
Lorenzo Quesada Dorigne - MIR pediatría
Elena Martínez Cayuelas - Mir pediatría
Cristina Martos Luengo
Alicia Cánovas Conesa
Mónica Esquerdo Laib - Enfermera
Manuel Sánchez Solís - Pediatra
Juan Antonio Ortega García - Pediatra
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción.

Es conocido el efecto de la acción del tabaquismo materno en la inhibición de la lactancia. En este trabajo exploramos la exposición al humo medioambiental de tabaco durante el embarazo y 1º año de vida y sus efectos sobre la duración de la lactancia materna.

Método.

Estudio realizado en 2009/2010 descriptivo y de supervivencia en una cohorte de seguimiento de 327 familias desde el nacimiento hasta el 1º año de vida de la duración de la lactancia materna total (LMT en días) y exposición a humo de tabaco desde la etapa periconcepcional hasta el 1 año de vida (tabaquismo materno, paterno, número de fumadores en casa, exposición pasiva recreativa y laboral). Otras variables consideradas en la regresión de COX fueron el nivel de estudios de los padres y el tipo de nacimiento (vaginal versus cesárea).

Resultados.

Mediana duración de la LMT: 180 días. El 20% continúan dando algo de lactancia al año de vida. Intraútero-fetal: el 63% de los niños durante el periodo fetal convivían con algún fumador en casa. El 73 % de los fetos han estado expuestos a humo ambiental de tabaco durante el embarazo. El 57% de las madres no fumadoras al inicio del embarazo han estado expuestas al humo ambiental de tabaco. Tabaquismo materno: periconcepcional 37 % (75,3 cig/sem), al nacimiento 12,5% (34,7 cig/sem), a los 6 meses 22,3 % (58,1 cig/sem) y al año 26,7 % (51,2 cig/sem). Tabaquismo paterno: inicio de embarazo 48 % (105,6 cig/sem), al nacimiento 42,9% (104,3 cig/sem), a los 6 meses 40,5 % (90,3 cig/sem) y al año 39,3 % (81,1 cig/sem). Análisis univariante, el tabaquismo materno disminuye la duración de LMT al año ($p < 0.001$). No se aprecia el efecto con el tabaquismo paterno. La exposición pasiva recreativa (nada, poco, bastante, mucho) disminuye la LMT con gradiente. La duración de LMT se correlaciona de forma negativa con el número de fumadores en casa.

Existe una correlación negativa $-0,28$ $p < 0,001$ entre la duración de la LMT y el número de cigarrillos semana de la madre.

Regresión de COX las madres expuestas al humo ambiental de tabaco de forma pasiva (poco, bastante y mucho) fue 1,43 (IC95% 1,06-1,94); 1,65 (IC 95% 1,14-2,39) y 1,63 (IC95% 1,00-2,66) respectivamente, y el tabaquismo materno activo durante la lactancia 1,92 (IC95% 1,13-3,29), número de cigarrillos/sem madre a los 6 meses 1,01 (1,01-1,03) y el nacimiento por cesárea 1,57 (IC 1,14-2,16).

Conclusiones

La exposición materna (activa y pasiva) al humo de tabaco durante el embarazo y hasta el primer año de vida del recién nacido disminuye la duración de la lactancia materna total con un efecto dosis dependiente.

La formación en las prácticas de deshabitación y prevención tabáquica deberían ser una prioridad en los programas de salud reproductiva y de la lactancia.

Do1. FACTORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO PREVISTO DE LACTANCIA MATERNA DURANTE LA GESTACIÓN

Remedios Pina Pérez - Matrona - Hospital de Elda

Elisa Antón Canals - Enfermera - Hospital de Elda

Mónica Gil Martínez - Matrona - Hospital de Elda

Félix Jiménez Jaen - Matrona - Hospital de Elda

Raquel Motilla Noguerón - Matrona - Hospital de Elda

Juan Carlos Flores Álvarez - Matrona - Centro de salud de Monóvar

Vicenta Chulvi Alabort - Matrona - Centro de salud de Acacias en Elda

Ginesa Lagunas Navidad - Enfermera - Hospital de Elda

Antonio Oliver Roig - Matrona - Universidad de Alicante

Miguel Richart Martínez - Universidad de Alicante

ANTEDECENTES Y OBJETIVO: El tiempo previsto de lactancia antes del parto forma parte del proceso de decisiones sobre los patrones de LM o alimentación complementaria y en consecuencia se asocia fuertemente con el tiempo real de amamantamiento. El objetivo de este trabajo es determinar los factores relacionados con el tiempo previsto de LM durante el tercer trimestre de gestación y con haber tomado o no esa decisión.

MATERIAL Y METODO: Se obtuvo una muestra accidental de 178 mujeres entre las semanas 25 y 41 de gestación, durante los meses de octubre 2010 y enero de 2011. Se obtuvieron datos mediante un formulario autocumplimentado sobre aspectos socioeconómicos, autoeficacia prenatal en LM, antecedentes de LM y tiempo previsto de LM. Para calcular la diferencias entre dos grupos para variables continuas se ha utilizado el test T de Student o U de Mann-Whitney según procediera. Las diferencias entre variables cualitativas se han analizado mediante el test ji². Para comprobar la asociación entre variables continuas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS: La media de edad fue de 30,87±4,39 años, el 60,1% (n=107) tenían estudios primarios y el 39% (n=69) tenían hijos anteriores. El 4,5% (n=8) querían ofrecer LA, de las mujeres que querían ofrecer LM (n=170), el 42,4% (n=72) habían decidido el tiempo y el 57,6% (n=98) no lo habían decidido. El promedio de tiempo de LM previsto fue de 7,80±3,76 meses.

Las mujeres que se sentían mejor con los cambios corporales que se produjeron en la gestación tomaron la decisión sobre el tiempo de LM en mayor proporción (p=0,05). El tiempo previsto de LM se correlaciona positivamente con la autoeficacia prenatal en LM (rs=0,30; p=0,01), el momento de incorporación al trabajo (rs=0,32; p=0,03) y la duración de la LM anterior (rs=0,52; p<0,01). Las mujeres con más hijos habían previsto más tiempo de LM (p<0,05)

CONCLUSIONES: Tomar la decisión sobre el tiempo de LM se relaciona con la aceptación de los cambios corporales de la gestación. El tiempo previsto de LM está asociado con la seguridad de las mujeres y la experiencia anterior.

Do2. ESTILOS DE PERSONALIDAD Y ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Lucía Colodro Conde - Universidad de Murcia

Rosa María Limiñana Gras - Universidad de Murcia

Juan Ramón Ordoñana Martín - Universidad de Murcia

Elena de Andrés Jiménez - Universidad de Murcia

María del Pilar Sánchez López - Universidad Complutense de Madrid

Antecedentes y objetivos. La lactancia materna constituye un proceso biológico que se encuentra mediatizado por factores psicológicos y sociales. Éste es un estudio preliminar que explora variables psicológicas relacionadas con la toma de decisiones de las mujeres ante la forma de alimentar a sus bebés durante los primeros meses de vida.

Método. La muestra está formada por 46 mujeres, con una media de edad de 33 años (dt 3.5). La recogida de datos se hizo durante su ingreso hospitalario para la asistencia al parto y mediante un seguimiento telefónico a los dos meses del nacimiento. Se realizó una entrevista sobre datos sociodemográficos, sanitarios y lactancia; se aplicó el Millon Index of Personality Styles de Millon (1994), instrumento que ofrece una medida de los Estilos de Personalidad organizada según tres dimensiones principales: metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales.

Resultados. La intención del 84.8% de las mujeres era dar lactancia materna. Sin embargo, al cabo de dos meses, el 54.3% del total había establecido la misma. Las mujeres mostraron perfiles diferenciales de personalidad en función de la lactancia utilizada. Las mujeres que tenían la intención y establecieron la lactancia materna se caracterizan por buscar refuerzos positivos en sus experiencias y por relacionarse con los demás de una forma afable, cooperativa y comprometida. Las que se inclinaron por la lactancia artificial también buscan el refuerzo positivo, aunque anteponiendo la satisfacción de sus deseos y necesidades; modifican su entorno para conseguir sus objetivos; son más decididas y dominantes en las relaciones y tienen más tendencia a la individualidad.

Conclusiones. Las primeras semanas son claves para el establecimiento de la lactancia materna. Este primer avance de resultados muestra Estilos de Personalidad diferentes en las mujeres que se decantan por la lactancia materna o artificial, lo que permite una mejor y más integral comprensión de la dinámica de este comportamiento. La profundización en el estudio de estas variables permitirá orientar las intervenciones en la promoción de la lactancia materna desde el respeto y el conocimiento más profundo de la psicología de estas mujeres, promoviendo un funcionamiento más adaptativo tras el nacimiento del bebé.

Do3. FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOEFICACIA MATERNA EN EL MANEJO DE LA LACTANCIA

Sonia Berenguer Cerda - Enfermera; **Esther Fernández Pérez** - Enfermera
M^a Ángeles Alvarado Lucas - Enfermera; **Natalia Esquivá Moreno** - Enfermera
Francisca Rodrigo Serrano - Matrona; **Irene Sayas Ortiz** - Matrona
Hospital General Universitario de Elche
Antoni Oliver Roig - Matrona; **Miguel Richart Martínez**
Universidad de Alicante. Departamento de enfermería

Antecedentes y objetivos: La autoeficacia percibida en la lactancia materna (LM), es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar satisfactoriamente la LM. La escala de autoeficacia en LM (AELM), es una escala autocumplimentada con 14 ítems agrupados en una única dimensión, que ha sido adaptada con éxito en España y presenta buenas evidencias de fiabilidad y validez. El objetivo de este trabajo es identificar los factores relacionados con la autoeficacia materna en el manejo de la LM durante los primeros días posparto.

Metodología: Se obtuvo una muestra consecutiva de 107 mujeres con recién nacidos sanos que iniciaron la LM tras el parto en un hospital general, durante los meses de octubre a diciembre de 2010. Entre la semana 35 y 42 de gestación, las mujeres cumplieron un cuestionario sobre aspectos vivenciales del embarazo y variables socioeconómicas. El segundo día posparto completaron la escala AELM. Se obtuvieron además datos obstétricos y del neonato. Para detectar diferencias en la puntuación de la escala AELM entre dos grupos se ha utilizado la prueba U de Mann-Whitney y para comprobar la asociación con variables continuas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Las mujeres con una mayor puntuación en la escala AELM ofrecieron LME en mayor proporción al alta hospitalaria. Las mujeres con hijos anteriores, experiencia anterior en LM, con mayor duración y mejor valoración de la LM anterior, que estaban más satisfechas con su gestación y los cambios corporales que se produjeron y que recibieron más información sobre lactancia durante la gestación, presentaron puntuaciones mayores en la escala AELM ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la edad, nivel socioeconómico, nivel de estudios, país de procedencia o el tiempo previsto de lactancia en el embarazo.

Conclusiones: La escala AELM puede ser un indicador útil para detectar la población con mayor riesgo de abandono de la LME durante el ingreso posparto. La información sobre lactancia durante el embarazo influye en la autoeficacia materna. La autoeficacia en la LM se relaciona positivamente con la experiencia anterior y con una visión positiva de la gestación y los cambios corporales relacionados con la maternidad.

Do4. USO DEL CHUPETE Y CONFIANZA MATERNA EN LA LACTANCIA

Laura Pacheco Torrijo - Enfermera; **Joan Montaner Losada** - Enfermera
M. Angels Mas Server - Enfermera; **Laura Cervera Sendra** - Enfermera
H. Denia

Antoni Oliver Roig - Enfermero - Universitat Alacant
Miguel Richart Martínez - Universitat Alacant
Ana Garcia Bataller - Enfermera - H. Denia

Antecedentes y objetivos: Existe relación entre el uso de chupetes y una menor duración de la LM, pero el uso de chupetes podría ser un síntoma de la aparición de dificultades en la LM o estar relacionado con una menor confianza de las mujeres. El objetivo de este trabajo es determinar si el uso de chupetes en lactantes con LM, en un hospital donde se desaconseja su uso, se relaciona con menores niveles de confianza materna sobre la capacidad para afrontar satisfactoriamente la LM durante el posparto.

Metodología: Se obtuvo una muestra accidental de 45 mujeres con recién nacidos sanos que iniciaron la LM tras el parto en un hospital comarcal, durante los meses de octubre a diciembre de 2010. Entre la semana 35 y 42 de gestación, las mujeres cumplieron la escala prenatal de autoeficacia en LM (EPAELM). La EPAELM mide la autoeficacia en LM durante la gestación y es una escala autocumplimentada con 20 ítems, que ha sido adaptada con éxito en España y presenta buenas evidencias de fiabilidad y validez. El segundo día posparto se obtuvo información sobre el status de LM y el uso de chupetes. Para detectar diferencias en la puntuación de la EPAELM se ha utilizado la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: 43 mujeres (95,6%) iniciaron la LM y 37 (82,2%) de ellas la ofrecieron de forma exclusiva durante el ingreso. 10 mujeres (23,3%) ofrecieron el chupete a sus hijos. Las mujeres que ofrecieron el chupete durante el ingreso presentaban menores puntuaciones en la EPAELM ($p=0,033$).

Conclusiones: La confianza materna sobre la capacidad para afrontar satisfactoriamente la LM está relacionada con el uso del chupete en un hospital donde se desaconseja su uso. Para garantizar el cumplimiento del Paso 9 de la IHAN es necesario desarrollar intervenciones efectivas para la mejora de la autoeficacia materna en la LM.

Do5. FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE SUPLEMENTOS EN RECIÉN NACIDOS EN HOSPITALES CON MÁS DE UN MILLAR DE NACIMIENTOS AL AÑO DE LA CIUDAD DE RIO DE JANEIRO, BRASIL

Maria Ines Couto de Oliveira - Universidade Nova de Lisboa
Fernanda de Oliveira Lopes - Enfermera - Universidade Federal Fluminense
Vania de Matos Fonseca - Fiocruz
Katia Silveira da Silva - Médico otra especialidad - Fiocruz
Alexandre dos Santos Brito - Pediatra - Universidade Federal Fluminense

Introducción: La "Iniciativa Hospital Amigo del Niño recomienda "Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa", incluyendo el Paso 6:" no dar los recién nacidos ningún alimento o bebida no sea leche materna, a menos que exista una indicación médica".

Objetivo: Evaluar los factores asociados con el uso de suplementos en los recién nacidos en alojamiento conjunto en hospitales con más de 1.000 nacimientos/año.

Metodología: La población del estudio consistió en mujeres atendidas en el 2º semestre de 2009 en los 15 hospitales con más de 1000 nacimientos/año del Sistema Nacional de Salud en la ciudad de Río de Janeiro: 7 Hospitales Amigos del Niño y 8 hospitales no acreditados en la iniciativa. Estudio transversal de muestra representativa de 687 madres en alojamiento conjunto. Los cuestionarios fueron adaptados de la IHAN. El análisis se realizó mediante SPSS 17. La variable dependiente fue el uso de suplementos. Se utilizó un modelo de regresión de Poisson robusta para analizar la influencia de las características de las madres, del embarazo y de la atención prenatal en el uso del suplemento, porque el desfecho no era raro.

Resultados: De las madres entrevistadas, 26% eran adolescentes y 75% eran de raza no blanca. Después del ajuste, la ayuda en la sala de parto para empezar la lactancia materna (RP = 0,67, IC 95%: 0,53-0,83), madre y bebé apartadas por menos de una hora (RP = 0,79, IC 95%: 0,67-0,93), la satisfacción con la calidad de control del bebé (RP = 0,85, IC 95%: 0,74-0,99), y el no uso de chupete (RP = 0,76, IC 95%: 0,61-0,95) fueron factores de protección para el desfecho. Sin certificación del hospital como HAC (RP = 1,85, IC 95%: 1,57- 2,19) y complicación con la madre o el bebé (RP = 1,41, IC 95%: 1,19-1,67) resultaran en factores de riesgo para el desfecho.

Conclusión: La promoción, protección y apoyo de la lactancia materna se fortalecerán con el incremento de estrategias como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, de modo que el uso indebido de la adición de leche artificial es evitado, y la lactancia materna exclusiva se convierte en la norma.

P001. “INICIATIVA UNIDAD BÁSICA AMIGA DE LA AMAMANTACIÓN”: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN EN LA CIUDAD DEL RÍO DE JANEIRO

Viana Fonseca Rito Rosane Valéria. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense*

Rugani Ribeiro de Castro Ines. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Baptista Trajano Alexandre Jose. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Souza Mendes Gomes Maria Auxiliadora. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro*

Andrade Vilela e Silva Martha. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro*

Antecedentes y objetivos: La importancia de la lactancia materna para la salud es reconocida, pero las tasas de destete precoz aún son elevadas en Brasil y existen pocos estudios de evaluación de las acciones de promoción de la lactancia materna desarrolladas por el primer nivel de atención en salud.

Presentar propuesta y aplicación de herramienta de evaluación procesal de la implantación de la Iniciativa Unidad Básica Amiga de la Amamentación (IUBAAM).

Material y métodos: Con base en protocolos validados para la titulación de unidades de salud por la IUBAAM, se creó herramienta de evaluación procesal pautada en la puntuación de 55 parámetros que contemplaban los “Diez Pasos para el Éxito de la Amamentación en la Atención Básica de Salud”.

Fue generado un score final que podría variar de 0 a 10 puntos y aplicado en la evaluación de muestra probabilística de la red básica municipal de salud de la ciudad de Río de Janeiro (n=56). Fueron entrevistados gestores de las unidades básicas de salud (UBS) (n=56), profesionales de salud (n=541) y usuarias (n=985), entre noviembre de 2007 a mayo de 2008. Resultados: El medio del score final de las UBS en la evaluación del grado de implantación de la IUBAAM fue de 5,45 (IC95%: 5,11 - 5,78). Se observaron peores resultados en relación a la norma escrita y al entrenamiento. Las técnicas de masaje y de ordeño de el pecho, conocimientos sobre contracepción, riesgos del uso de fórmulas infantiles, biberones y chupetes y la implantación de grupos de apoyo presentaron resultados intermediarios. Las orientaciones sobre derechos, ventajas y recomendaciones relativas a la lactancia; a escucha de las preocupaciones, vivencias y dudas de las usuarias y el encoraje de la amamentación bajo libre demanda tuvieron resultados más satisfactorios.

Conclusiones: La ciudad de Río de Janeiro presenta nivel intermediario de implantación de las acciones de promoción de la amamentación preconizadas por la Iniciativa y diferencias en la implantación de las actividades que la componen.

P002. PLAN DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2009-2011)

Carmen Temboury Molina. Hospital Sureste
Celina Arana Cañedo-Arguelles. C. Salud Leganés
Susana Ares Segura. H. Infantil La Paz
Beatriz Flores Antón. H. Fuenlabrada

Cristina Navarro Royo. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid
Concepción Nicolás Bueno. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid
Alberto Pardo Hernández. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

Antecedentes y objetivos: en abril del 2009 se firmó un Convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma, por el que se constituyó un Comité de Lactancia Materna, con representantes de ambos organismos para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (LM) en la Comunidad.

Métodos:

- La situación inicial se analizó mediante Los Cuestionarios de Autoevaluación de Hospitales, o Centros de Salud IHAN y una Encuesta a los Comités de Lactancia, que contestaron todos los centros de la Comunidad.
- Se elaboró un plan de acción, que se difundió en una jornada informativa para gerentes y profesionales.
- La protección de la lactancia materna fue incluida en el Contrato Programa de los hospitales como objetivo de calidad y se nombró un responsable de LM en cada centro.
- Se estableció como objetivo prioritario la formación de los profesionales sanitarios de 20 hospitales y más de 200 centros de salud: se diseñó un programa en cascada, iniciado con seis cursos de “Formador de Formadores de UNICEF”, cada uno de 30 alumnos (pediatras, matronas, obstetras, enfermeras de atención primaria y hospitales) con formación previa en lactancia y comprometidos a actuar después como formadores para el resto de los profesionales de su entorno, en los cursos básicos de IHAN de 18 horas. Se entregó material didáctico y se tuteló el primer curso de cada centro.
- Se elaboraron y distribuyeron guías sobre planificación y desarrollo de un curso de LM; formación de un Comité de LM, elaboración de la normativa de lactancia de una maternidad o centro de salud.
- Se diseñaron folletos y carteles para madres y profesionales.
- Se colaboró con Grupos de Apoyo locales.
- Seguimiento y evaluación del plan, organización de jornadas informativas para presentar los resultados.

Resultados: tenemos más de 180 nuevos formadores, que han sido profesores en 30 cursos básicos de lactancia, nuevas normativas y comités de lactancia, un nuevo hospital acreditado, tres en proceso de cambio, centros de salud IHAN pilotos y profesionales mejor formados.

Conclusiones: La participación institucional es clave para proteger la lactancia materna. Este plan ha sido eficaz en mejorar la formación de los profesionales.

P003. CURSOS DE FORMACION DE FORMADORES EN LACTANCIA EN UN PROYECTO AUTONOMICO DE PROMOCION DE LA LACTANCIA

Beatriz Flores Antón. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Susana Ares Segura. Hospital Infantil La Paz

Celina Arana Cañedo-Argüelles. Centro Salud Leganés

Carmen Temboury Molina. Hospital del Sureste

Cristina Navarro Royo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Concepción Nicolás Bueno. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

Alberto Pardo Hernández. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN:

La Comunidad de Madrid firmó en abril de 2009 con UNICEF un convenio para promocionar la lactancia materna (LM), mediante la implantación de las buenas prácticas de la IHAN en los centros sanitarios de Madrid. Uno de los primeros objetivos del plan estratégico fue conseguir una adecuada capacitación de los profesionales y se diseñó un programa de cursos para formadores en LM, encargados de extender dicha formación a los demás profesionales en los Hospitales y Centros de Salud de la Comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan los resultados del plan de formación. Para su análisis se utiliza una prueba t de comparación de medias o la prueba U de Mann-Whitney. Estadísticas realizadas con SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Se han realizado 7 cursos de formación de formadores en LM, de 20 horas de duración, en distintos hospitales de la Comunidad de Madrid. Han asistido 209 profesionales (46 médicos, 53 matronas y 108 enfermeras), un 71,3% trabaja en hospitales. La mediana de tiempo trabajado es de 10 años (P25: 5; P75: 18). El 55% de los profesionales había realizado previamente 1 ó 2 cursos de lactancia de más de 18 horas de duración.

Antes y después del curso se pasó un mismo examen con 20 preguntas de respuesta única. La calificación media en los tests precurso ha sido 7,9 (DS: 1,3) y 9,2 (DS: 0,7) en el postcurso, lo que representa un incremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$), sin diferencias según las categorías profesionales ($p < 0,05$). Las preguntas con mayor porcentaje de fallos fueron las relativas al contacto precoz piel con piel y a la fisiología. Tras el curso, cada formador recibió material didáctico de apoyo para cursos básicos de LM.

Posteriormente, los formadores han desarrollado 30 cursos básicos de LM en distintos centros sanitarios, y han entrenado a su vez aproximadamente a 800 profesionales de hospitales y atención primaria.

CONCLUSIONES:

Con un plan de formación de formadores en LM se ha conseguido aumentar los conocimientos en LM de un buen número de profesionales sanitarios. Esto redundará en un mejor apoyo a las madres lactantes y en un impulso para la instauración de rutinas adecuadas.

P004. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN ANDALUCÍA

Josefa Aguayo-Maldonado. H. Infantil
Francisco José Pérez-Ramos. Hospital
África Caño Aguilar. Hospital
Blanca Herrera-Cabrerizo. Hospital
Longinos Aceituno-Velasco. Hospital
Casilda Velasco-Juez. Hospital

Antecedentes y objetivos

El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se desarrolla en el contexto de las Estrategias de Atención al Parto Normal y Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad).

Contempla entre sus objetivos:

- Promover la lactancia materna, desde el respeto a las decisiones informadas.
- Difusión de la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia.
- Fomentar y propiciar la puesta en marcha de bancos de leche humana.

Material y Métodos

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha realizado un programa integral de apoyo a buenas prácticas en la promoción de la lactancia materna.

Dicho programa incluye formación dirigida a profesionales sanitarios de centros hospitalarios y atención primaria, difusión de la iniciativa en centros sanitarios y población en general así como apoyo económico para la dotación de material y realización de mejoras en los servicios en relación con la protección y promoción de la lactancia materna.

Resultados

Periodo 2007-2010

Se han realizado en el programa de formación 112 cursos en los que de forma exclusiva o mediante módulos se tratan los últimos avances relacionados con la lactancia materna.

De forma específica se ha creado un grupo de formadores acreditados por la IHAN.

En total las plazas ofertadas han sido 2975.

Se ha presentado el proyecto en los 35 hospitales y distritos de atención primaria de referencia de Andalucía que prestan atención al parto y nacimiento. Estos han realizado un programa contemplando medidas para la promoción y protección de la lactancia materna así como la adecuación a los requisitos IHAN.

Se ha iniciado la apertura de bancos de leche humana en tres hospitales, uno de ellos en funcionamiento y otros dos en fase de desarrollo.

Se ha acreditado en la IHAN el primer hospital andaluz: H. Costa del Sol (Marbella)

Conclusiones

El desarrollo e implantación del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal ha supuesto un importante avance en el desarrollo de protocolos y procedimientos que favorecen la lactancia materna en centros sanitarios. No disponemos en la actualidad de datos de prevalencia (más allá del alta hospitalaria) que permitan afirmar su eficacia.

P005. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN ANDALUCÍA: PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA Y ADECUACIÓN A LOS CRITERIOS IHAN

*Francisco Jose Pérez-Ramos. Hospital
Josefa Aguayo-Maldonado. Hospital
Ana Jiménez-Moya. Hospital
Casilda Velasco-Juez. Hospital
Javier Alvarez-Aldean. Hospital
Gracia Maroto Navarro - EASP*

Antecedentes y objetivos

El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se desarrolla en el contexto de las Estrategias de Atención al Parto Normal y Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad).

Contempla entre sus objetivos la promoción de la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas, difusión de la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia y la puesta en marcha de bancos de leche humana.

Material y Métodos

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha realizado un programa integral de apoyo a buenas prácticas en la promoción de la lactancia materna.

Para la evaluación de la eficacia de este programa se ha realizado una evaluación pre y post incorporación de los centros (tras dos años de desarrollo) en relación con la adecuación de sus procedimientos y protocolos a los criterios IHAN así como la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria.

Resultados

Periodo 2007-2010

Un total de 20 centros han sido evaluados mediante un cuestionario pre y post con los siguientes resultados:

- Tasa de recién nacidos/as que inician lactancia precoz en paritorio:
 - o Pre: 74,60% / Post: 85,29 %.
- Tasa de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria:
 - o Pre: 58,34 % / Post: 69,66 %.
- Adecuación a los criterios IHAN:
 - o Paso 1. Pre: 33,8 % / Post: 64,4 %.
 - o Paso 2. Pre: 29,2 % / Post: 63,9 %.

- o Paso 3. Pre: 68,5 % / Post: 79 %.
- o Paso 4. Pre: 51,7 % / Post: 69,4 %.
- o Paso 5. Pre: 62,6 % / Post: 82,4 %.
- o Paso 6. Pre: 43,9 % / Post: 62,2 %.
- o Paso 7. Pre: 64,6 % / Post: 81,5 %.
- o Paso 8. Pre: 84,4 % / Post: 100 %.
- o Paso 9. Pre: 54,9 % / Post: 91,7 %.
- o Paso 10. Pre: 25,3 % / Post: 46,7 %.

Conclusiones

El desarrollo e implantación del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal ha supuesto un importante avance en el desarrollo de protocolos y procedimientos que favorecen la lactancia materna en centros sanitarios así como una mejora de la prevalencia de la lactancia materna al alta hospitalaria tras el nacimiento. No disponemos en la actualidad de datos de prevalencia a medio y largo plazo.

Poo6. EXPERIENCIA DE UNA COMISIÓN INTERDISCIPLINARIA DE LACTANCIA MATERNA CON PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE APOYO DE LA COMARCA

Glòria Villena Coronado. Hospital Comarcal de Lalt Penedès
Anna Morillo Ortega. Abs Els Monjos
Sussi Hughet Miró. Assir Sant Saudurní - Danoia
Marta Escudé Silva. Hospital Comarcal de Lalt Penedès
Mauricio Rubio Espinosa. Hospital Comarcal de Lalt Penedès
M^a Gràcia Caum Aregay. Hospital Comarcal de Lalt Penedès

ANTECEDENTES: Revisión pasos IHAN en el 2008, y evidencia clara de una falta de continuidad asistencial desde el alta hospitalaria hasta la visita en atención primaria (10-15 días). Fue importante la visión que las asesoras tenían de las dificultades aparecidas durante estos días.

Tras contactos entre profesionales de los dos niveles y asesoras, en el año 2009 se crea la Comisión Interdisciplinar de Lactancia Materna de la comarca.

Composición: enfermeras pediátricas, comadronas y pediatras de los diferentes niveles asistenciales, (dos de ellos IBCLCs) y asesoras de los grupos.

Objetivo: optimizar las prácticas relacionadas con la lactancia materna a todos los niveles de atención, tanto profesional como de voluntariado, con un continuum asistencial del binomio madre-hijo.

Plan de acción:

- Recogida de datos sobre tasas de lactancia materna.
- Elaboración de protocolos: uno de ayuda a las madres lactantes destinado a profesionales; otro de actuación en sospechas de mastitis difundido a todos los niveles asistenciales: laboratorio de microbiología, servicios de urgencias generales, atención primaria...
- Cursos anuales de formación para profesionales.
- Curso de formación para asesoras gratuito.
- Órgano de consulta para profesionales y asesoras.
- Comunicación con hospitales de referencia en caso de derivación de un niño sin derivación materna.
- Unificar información de grupos de ayuda, y entregarla desde atención primaria y hospital.
- Circuito de comunicación directa de profesionales de hospital y primaria por teléfono o e-mail.

ACTUALIDAD:

Altas en 48 horas (72 en cesáreas), con hora programada para comadrona y pediatra (en 5-7 días), se llevan información de grupos de apoyo, una guía con teléfonos y direcciones para consultas urgentes, y se establece comunicación directa si es necesario con comadrona y enfermera pediátrica.

La integración de los diferentes ámbitos asistenciales (profesionales y asesoras) ha facilitado la formación de un grupo interdisciplinar, orientado hacia la lactancia materna y con una gran aceptación en la comarca.

Se ha favorecido una colaboración entre profesionales y grupos de apoyo fluida, favoreciendo una buena interacción y dinámica (asesoras y profesionales pueden enviarse madres uno a otro). Creación de dos nuevos grupos de apoyo. Reuniones madre a madre 4 días por semana.

P007. CONOCIMIENTO PROFESIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA

M^a Concepción Real Hernández. Hospital San Pedro de Alcántara - Cáceres

M^a Jesús García Alzás. CS Zafra

M^a Jesús García García. Hospital San Pedro de Alcántara - Cáceres

Yolanda Tomé Pérez. Consejería Sanidad - Mérida

L@s profesionales que trabajamos con madres y criaturas lactantes nos encontramos casos en los que el desconocimiento o información errónea o basada en viejas normas, por parte de algún/a otr@ profesional, han provocado abandono de la lactancia en esa madre.

La lactancia se inicia y se mantiene porque madre e hij@ así lo desean; las madres necesitan el apoyo, información o asesoramiento de l@s profesionales, de las redes de apoyo y de la familia. Y sabemos también que un apoyo “profesional” erróneo puede dar al traste con esa lactancia.

La formación en lactancia materna desde la Universidad a futuros licenciad@s y diplomad@s tiene más sombras que luces. Hoy día aún se mantienen mensajes contradictorios, equivocados o falaces.

Por todo esto, propusimos al Director General correspondiente, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de la CCAA, la necesidad de la formación en Lactancia Materna a l@s profesionales que trabajan con mamás y niñ@s. Obtuvimos su apoyo e impulso, así como su búsqueda del presupuesto económico necesario.

Para favorecer la asistencia de l@s profesionales a dicha formación, considerando la enorme dispersión geográfica de la CCAA, se propuso que fuera un Curso a distancia, con un taller presencial.

Así fue cómo iniciamos la organización, a través de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud del curso “ON LINE”: CONOCIMIENTO PROFESIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA. Se trata de formación en la modalidad MOODLE (Entorno de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetos y Modular), que es una plataforma virtual interactiva, dinámica y atractiva.

Se valoró el Curso en 100 horas de formación, y se consiguió la Acreditación de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 5 Créditos, y la acreditación IHAN. La 1ª edición de este Curso es de noviembre 2010 a Marzo 2011. Se estructura en tres Módulos ON LINE, y un taller presencial de 6 horas.

-Módulo I: Introducción a la lactancia materna

-Módulo II: La lactancia en situaciones especiales

-Módulo II: Intervención en mujer y comunidad

El proyecto es continuar con más ediciones hasta la formación de tod@s los interesad@s.

Poo8. VISITA A TU BEBE. UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN PERINATAL

*Jesús de la Cruz Moreno; Catalina Lorite Garzón
Rosario Cruz Calderón; José M^a Jover Casas.
Complejo Hospitalario de Jaén*

INTRODUCCIÓN.

Un bebé prematuro para poder desarrollarse adecuadamente, necesita de 1 a 3 meses de incubadora y de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, un tiempo durante el cual los padres pueden estar con ellos todo el tiempo que así lo deseen, no los familiares cercanos.

El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía desarrolla como uno de sus objetivos posibilitar a los padres para que permanezcan todo el tiempo que deseen con su hijo sobre todo si es prematuro o se encuentra ingresado.

En este contexto se desarrolla el proyecto Visita a tu bebé, por el que los familiares de los recién nacidos ingresados en la Unidad de cuidados Neonatales podrán verlos desde casa o el trabajo, a través de una cámara web.

OBJETIVOS.

Ofrecer un servicio de visita a distancia.

Visualización de los niños desde el Control de Enfermería.

MÉTODO.

Se realiza un proyecto de investigación en el que participan: Hospital (Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Telefónica I+D, Unidad de Comunicaciones CEGES-SAS, IAVANTE).

Se instalan 10 videocámaras en la Unidad Neonatal, se gestionan las conexiones. Se realiza un registro de usuarios y se elabora un consentimiento informado que garantiza la confidencialidad de todo el proceso.

Se informa a los profesionales y se les realiza una sesión formativa sobre el uso de la aplicación.

RESULTADOS.

Posibilidad de realizar una visita virtual de los padres y familiares del niño, y así aumentar la satisfacción de los usuarios.

Posible disminución de visitas de otros familiares, que repercute en la mejor calidad de la asistencia.

Aumento de la accesibilidad que mejora la relación y afecto de los padres con su bebé.

DISCUSIÓN.

El servicio ha contribuido a la mejora de la calidad percibida por los usuarios.

Acercamiento de padres y familiares a los niños ingresados.

Es satisfactorio para familiares y profesionales de la Unidad.

P009. ADAPTACION DE LA UNIDAD NEONATAL PARA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS Y RECIEN NACIDOS QUE PRECISEN ATENCION ESPECIALIZADA

Emilia Nieves Cazorla. Materno Infantil de Granada

Los avances en neonatología han permitido reducir la mortalidad neonatal de forma significativa en todos los países desarrollados. Pero actualmente se están incorporando nuevas técnicas y métodos que mejoran la viabilidad y calidad de vida del recién nacido especialmente los prematuros, tales como el método canguro (MMC), la lactancia materna y la no nutritiva (LNN), Esto implica que la unidad de neonatología tiene que adaptar su forma de actuación y protocolos a esta situación. Para ello debe adoptar una política de puertas abiertas, ofrecer a la madre un ambiente agradable y la información adecuada sobre el MMC, debe incorporar un protocolo actualizado de lactancia materna y de MMC en prematuros, y su plantilla debe estar adiestrada en la práctica de ambos protocolos.

En nuestra unidad se han llevado a cabo todas las actualizaciones mencionadas con muy buenos resultados, también ha aumentado sus servicios con la puesta en marcha del alta precoz del prematuro y la creación del Banco de Leche Humana. Este Banco se crea con colaboración del servicio de farmacia. En nuestra Unidad se recoge e identifica la leche materna donada por madres de forma voluntaria y altruista. En el servicio de farmacia se procesa, bajo estrictos controles de seguridad, para su distribución entre RN prematuros.

La captación de la donante que debe ser una puerpera sana sin hábitos tóxicos con un bebé menor de 6 meses de edad y exenta de tomar medicación habitual, se realiza atendiendo algunas premisas, garantizándole que sus datos serán tratados conforme a la ley Orgánica de Protección de Datos

La extracción se realiza en la unidad o en el domicilio de la donante. En este caso se le proporciona el material necesario para la extracción asesorando y proporcionando instrucciones para la correcta extracción, conservación y transporte. De esta forma se asegura que todo el proceso se realiza de una forma controlada, y fiable.

Con estos cambios se ha conseguido humanizar y mejorar la atención al neonato y su familia.

Po10. ORGANIZACION DE UNA UNIDAD DE MADRES LACTANTES EN UN HOSPITAL PUBLICO DE TERCER NIVEL

*Concepción Santos Lacomba; Justa Lafuente Lorca
Isabel Toral López; María Dolores Moraleda Hurtado
María Dolores Pérez Sáez; Montserrat Ramírez Hervás
Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

Justificación

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) es una propuesta de la OMS y UNICEF para motivar a los servicios de salud a promocionar prácticas que mantengan y apoyen la lactancia materna.

Nuestro hospital desarrolla desde 2009 un Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal. Este programa propone indicadores de calidad, algunos de los cuales están relacionados con el fomento de la lactancia materna.

En esta línea de trabajo el hospital dispone de una Unidad de Madres Lactantes con la finalidad de facilitar la lactancia materna en los casos en los que, tras recibir el alta hospitalaria del puerperio, los hijos quedan ingresados en la Unidad Neonatal o en los Cuidados Intensivos pediátricos. En el resto de situaciones de ingreso hospitalario de un lactante no es necesario el dispositivo, ya que la madre queda ingresada en la misma habitación que su hijo o hija.

En la elaboración del Plan Funcional de la Unidad de Madres Lactantes están implicados distintos servicios y distintos profesionales del hospital: enfermeras y neonatólogos de la Unidad Neonatal y de la sala de púerperas, enfermeras supervisoras de guardia, responsables del grupo de lactancia del hospital, subdirección de enfermería del Hospital Materno Infantil y Servicio de Atención a la Ciudadanía.

Objetivos

- Facilitar la lactancia materna a los niños/as ingresados en la Unidad Neonatal
- Proporcionar información a los padres sobre temas relacionados con la lactancia y los cuidados del recién nacido.
- Garantizar el derecho a permanecer junto a su hijo/a en el proceso de hospitalización.
- Poner a disposición de las madres lactantes los servicios de hostelería del hospital, propiciando un ambiente de confort y descanso

Resultados

- Se ha habilitado una unidad con capacidad de seis camas con dieta completa, y doce sillones en régimen de estancia diurna.
- Se ha elaborado un plan de funcionamiento entre todos los servicios implicados, que incluye: criterios de derivación, algoritmo de funcionamiento, seguimiento y responsables, información escrita a las madres sobre horarios y normas de convivencia

Conclusiones

La Unidad de Madres Lactantes del hospital constituye una medida más de apoyo para facilitar la lactancia y contribuye a aumentar el porcentaje de niños que se van de alta de la Unidad neonatal con lactancia materna

Po11. CAPACITACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD NEONATAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: TRANSFORMACIÓN CONTINUA

*Juana María Aguilar Ortega; M^a Victoria Martínez Hidalgo
Ana Isabel González López; Patricia Magaz Pilar
Esther Chamorro Fernández; Inmaculada Martín Rogero
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos: La complejidad de una unidad neonatal de nivel IIIc hacía pensar que el cambio de rutinas relacionadas con la lactancia materna iniciado en el 2003, sería tarea complicada. Hoy es una realidad. Inmersos en un proceso de transformación coyuntural hacia la humanización de la atención del nacimiento y la lactancia y de la adecuación de los cuidados al neonato prematuro centrados en su desarrollo, el objetivo de esta comunicación es mostrar la evolución de la capacitación de los profesionales de enfermería en lactancia materna y su implicación en los cuidados enfermeros de calidad en una unidad neonatal de un hospital de tercer nivel.

Metodología: Estudio descriptivo sobre la formación específica en lactancia materna y de de los eventos más relevantes que han potenciado el cambio de rutinas en nuestra unidad neonatal en el periodo 2007-2010.

Resultados: Cumplimiento de los porcentajes IHAN sobre personal de enfermería con Curso Básico de Lactancia Materna de 20 horas UNICEF. 10 profesionales de enfermería con formación específica de Consejería en LM de 40 UNICEF. En el período 2008 – 2011 se ha realizaron Talleres específicos sobre extracción manual y eléctrica, talleres sobre comunicación, talleres sobre suplementación de leche materna, talleres sobre Banco de Leche Materna y cursos sobre los pasos IHAN. Se ha participado en la elaboración de Vía Clínica sobre procesamiento de LM de madre propia. Se ha elaborado documentación escrita para padres como la Guía sobre extracción para madres que se extraen leche en el servicio de neonatología, Plan de actuación de la madre que se extrae leche y se han realizados estudios de seguimiento de LM tras alta precoz en 2010 y 2011.

Conclusión:

La formación en lactancia materna es objetivo institucional y responde al reto de los profesionales de enfermería del servicio de neonatología de adecuar las prácticas enfermeras a la evidencia científica disponible y a las recomendaciones actuales de las autoridades sanitarias sobre atención al nacimiento y la lactancia. Las resistencias iniciales se han superado gracias a la concienciación y a la formación de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar que atiende a los neonatos ingresados, a sus padres y a su entorno.

P012. CAMINO HACIA LA ACREDITACION DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Concha de Alba Romero; Clotilde Pose Becerra
Carmen Pallás Alonso; Juana María Aguilar Ortega
M^a Dolores Montañez Quero; Jesús Grande García
Paloma López Hernández
Hospital 12 de Octubre*

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

La IHAN promueve la mejora de las prácticas en Centros Sanitarios entorno al nacimiento y la lactancia. Consiste en la instauración de “10 Pasos para una Lactancia Feliz” y recomendaciones para la aplicación del Código de Comercialización de Sucedáneos y Prácticas Amigables durante el proceso de parto. En España, ningún hospital materno-infantil de nivel III ha sido acreditado, en parte por la complejidad del proceso. El objetivo de esta comunicación es mostrar la factibilidad de acreditación por IHAN/UNICEF en un hospital de nivel IIIc que atiende a pacientes de alta complejidad.

MÉTODO

Descripción del proceso: año 2005, autoevaluación para conocer la adherencia de las prácticas en relación con la IHAN e instaurar los cambios pertinentes. Año 2006, creación del Comité de Lactancia, integrado por profesionales de Atención Primaria y Especializada. Logros desarrollados: puertas abiertas en neonatología, presencia de acompañante y piel con piel en parto y cesárea, canguro, Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia, talleres de lactancia, reformas estructurales con adecuación de espacios, plan de formación, apertura de banco de leche humana, Normativa Institucional sobre LM e instauración de rutinas sobre parto natural. Creación e implementación de Guía de Leche de Madre y del Recién Nacido Sano y Guía de Actuación en el nacimiento y la lactancia para profesionales con protocolos, documentos informativos para usuarios y registros. Incorporación de registros y formularios en la HCE de pacientes. Evaluación externa 2010.

RESULTADOS

En 2005 de los 10 pasos, exclusivamente se cumplía la cohabitación madre-hijo durante 24 horas y no existía compromiso institucional para el Código de Comercialización de Sucedáneos. En ese entonces, IHAN/UNICEF no valoraba las prácticas en el paritorio. La evaluación 2010-11 mostró la posibilidad de mejorar las prácticas en los cuidados del niño y su madre. En el momento de la emisión de este resumen no ha sido finalizada la evaluación externa.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian la viabilidad del proceso de acreditación IHAN en un hospital de nivel III. Queremos compartir la experiencia como ejemplo de compromiso, innovación y buenas prácticas en la atención al embarazo, parto, puerperio, recién nacido sano y enfermo y en atención a la lactancia materna.

P013. ¿POR QUE “HUMANIZAR LA CESÁREA”?

*Isabel Camaño Gutiérrez; Concha de Alba Romero
Esther Tessier; Antonio García Burguillo
Laura Focén Acebal
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos: El parto mediante cesárea ha ido en aumento en los últimos años. Presentamos la cesárea humanizada como una alternativa válida para la mayoría de las gestantes que no pueden tener un parto vaginal, que permite el contacto piel con piel precoz y mejorar la satisfacción y disminuir el grado de ansiedad materna. El contacto piel con piel es una medida con beneficios bien contrastados y recomendada en todo tipo de partos por las Sociedades Científicas como una medida para impulsar el establecimiento y el mantenimiento de la lactancia. El objetivo de este estudio es demostrar la ausencia de efectos negativos, tanto en la madre como en el recién nacido, así como comprobar el mayor grado de satisfacción de aquellas gestantes que están acompañadas durante el acto quirúrgico.

Material y método: Se ha diseñado un estudio prospectivo de casos (cesárea humanizada) y controles (cesárea sin acompañante). En esta encuesta se estudian: la indicación de la cesárea, realización de ésta de forma programada o urgente, realización del “piel con piel”, vivencia del acto quirúrgico, de los momentos previos y de la estancia en reanimación, así como posibles complicaciones puerperales y del recién nacido.

Resultados: se han analizado los resultados de 100 mujeres a las que se realizó una cesárea. De éstas, un 50% tuvieron una cesárea humanizada. No se evidencian diferencias significativas en la tasa de fiebres puerperales ni de infecciones de herida quirúrgica. Las mujeres con cesárea humanizada refieren mejor vivencia del acto quirúrgico y mayor tasa de contacto piel con piel precoz ininterrumpido.

Conclusiones: la cesárea humanizada es una estrategia de mejora de la calidad percibida, exenta de riesgos, que permite el contacto piel con piel.

Po14. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA INSTAURACIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERA INGRESADA EN UCI. ACTUACIÓN INTER-UNIDADES

*José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco
María Carina Noheda Blasco; Milagros Noheda Recuenco
Ana Teresa Ruiz Durán; Ana Esther Izquierdo García
Hospital Virgen de la Luz*

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados estandarizado que ofrezca a los profesionales recursos con rigor científico, reconocimiento profesional y que sea un instrumento único y válido para evaluar la asistencia con los mejores niveles de calidad en una paciente ingresada en UCI en el puerperio inmediato para fomentar la instauración de la Lactancia Materna (LM).

Aplicar el plan de cuidados en las unidades de neonatología y UCI con colaboración de las matronas.

Metodología: Diseño y elaboración de un plan de cuidados estandarizado, basado en las necesidades básicas de Virginia Henderson, con revisiones bibliográficas y de historias clínicas (metodología enfermera basada en la Evidencia). Se han identificado los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA, han sido establecidos resultados según la taxonomía NOC y se han propuesto intervenciones siguiendo la taxonomía NIC.

Intervenciones: Se seleccionaron los diagnósticos de enfermería específicos y se plantearon las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados para posteriormente establecer una guía específica de cuidado enfermero en estas pacientes. Destacamos:

NANDA: Interrupción de la LM (00015). **NOC:** Conocimiento: LM (001800). **NIC:** Asesoramiento en la lactancia (005244).

NANDA: Riesgo del deterioro de la vinculación (000058). **NOC:** Lazos afectivos padres-hijo (001500). **NIC:** Cuidados de Canguro (006840)

Conclusiones: La LM es el método de elección para cubrir las necesidades nutricionales del Recién Nacido.

En situaciones tan especiales, que conllevan la separación madre-hijo, es necesaria la colaboración de los profesionales de las distintas unidades implicadas (UCI, Neonatología y matronas), para ser un soporte y evitar el abandono de la LM sin necesidad.

Se ha creado un plan de cuidados diferenciando los diagnósticos enfermeros más representativos. Considerando que con las mismas intervenciones podemos solucionar más de un diagnóstico, se han reducido éstos a los necesarios para actuar con la mayor eficiencia. Sin embargo los diagnósticos aquí establecidos no son excluyentes de otros según situación de la paciente.

Po15. ACTUACIONES PARA UNA LACTANCIA INDUCIDA DE ÉXITO

Cristina Andrés Rojo; Ferran Perelló Raich; Laura Torres Bertral
HUAV

INTRODUCCIÓN

La lactancia inducida o amamantamiento de un bebé adoptado, es intentar producir leche cuando la madre no ha dado a luz recientemente. Muchas veces se desconoce que no es necesario estar embarazada para poder lactar. Aun mujeres sin útero ni ovarios pueden lactar, ya que es la glándula pituitaria, la responsable de que esto suceda. El equipo de enfermería debe preparar y controlar este proceso con los padres.

OBJETIVOS:

- Conocer las necesidades nutricionales del lactante adecuadas para su edad y peso
- Conocer bien la fisiología y manejo de la lactancia
- Favorecer el vínculo materno afectivo con el lactante
- Conocer indicaciones y efectos adversos de las medidas farmacológicas
- Valorar la eficacia del vaciado del pecho después de cada extracción o toma

METODOLOGIA

- Sesiones clínicas y docentes sobre lactancia materna dirigidas a profesionales del ámbito materno-infantil y UCIN
- Charlas informativas realizadas por profesionales de uci-neonatal dirigidas a las futuras familias

INTERVENCIONES

- Promover el contacto piel con piel (madre-hijo)
- Aprender a valorar el comportamiento del bebe después de cada toma (método auto demanda)
- Controlar la evolución del niño (control de ganancia de peso, cambios observados a medida que aumenta la producción de leche materna, aspecto y cantidad de orina y deposiciones del lactante, y actividad del bebe)
- Enseñar el proceso de extracción y conservación de leche materna y suplementos.
- Instruir en la colocación del niño en las distintas posiciones que permitan un acoplamiento boca-pecho funcional y así favorecer el correcto vaciado de los pechos y evitar heridas o infecciones
- Responder a las peticiones de ayuda de la madre ante los problemas de lactancia y fomentar el apoyo familiar. En caso de desearlo, derivarla a Grupos de Apoyo, para el asesoramiento a la lactancia

CONCLUSIONES

Evidencias científicas demuestran que madres con interés, son capaces de superar las dificultades iniciales y conseguir una lactancia efectiva, éstas deben recibir ayuda profesional para reforzar la confianza consigo mismas.

En estos casos el profesional es capaz de recoger datos para brindar una respuesta eficaz, efectiva y eficiente.

Po16. SEGUIMIENTO DE LACTANTES PRETERMINO ALIMENTADOS CON LACTANCIA MATERNA EN EL DOMICILIO

Laura Torres Bertral; Ferran Perelló Raich; Cristina Andrés Rojo
HUAV

INTRODUCCION

El amamantamiento del lactante o pretermino de bajo peso requiere una especial atención tanto por parte de los padres como del personal de asistencia domiciliaria. Éstos, serán personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), expertos en lactancia materna, que se encargaran de solucionar los posibles problemas en el domicilio, potenciando una lactancia continuada y exclusiva

OBJETIVOS

- Determinar la seguridad y la eficacia al alta precoz de los recién nacidos de bajo peso, asociada al control y seguimiento domiciliario con control telefónico
- Favorecer el vínculo afectivo con sus padres
- Conocer el uso de fortificantes y suplementos de la leche, para favorecer el crecimiento
- Potenciar la continuidad y exclusividad de la lactancia materna

METODOLOGIA

- Valoración individualizada de cada caso mediante entrevistas con la enfermera al inicio
- Charlas informativas dirigidas a padres con recién nacidos pre-términos o de bajo peso

INTERVENCIONES

- Informar a la madre de las necesidades de su bebé prematuro y las propiedades de la leche materna
- Ayudar a concentrarse en la actividad de succión (habitación tranquila sin luces intensas, mínimas distracciones...)
- Mantener el contacto visual con el niño
- Manejar el uso de suplementos(fortificante de leche, complejo polivitamínico) que les ayude a crecer
- Solucionar las dudas/preguntas posibles respecto al amamantamiento antes del alta a domicilio
- Facilitar el uso de bombas de extracción y mantenimiento de la leche
- Proporcionar ánimo y feed-back positivo relacionado con la madre y el hijo durante la lactancia
- Monitorizar la respuesta del lactante a la lactancia materna. Evaluar de forma continua la ingesta, numero de deposiciones, peso)

CONCLUSIONES

- Existen evidencias bien fundadas de los beneficios de la lactancia materna para los niños pre-término, siendo considerada la mejor fuente de nutrición
- La lactancia materna es el alimento mejor tolerado por el prematuro, con un vaciado gástrico más rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales. Además, les protege de muchas infecciones.

Po17. SEGUIMIENTO BEBÉ PREMATURO 27SG DESDE NACIMIENTO HASTA ALTA

*Marta García Cortés; Ana Maimo Gazquez; Lourdes Llubes Mas
Lorena Padilla González; Oriol Marquina Peralta; Mónica Carnice Gatius
HUAV*

P018. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PUERPERAL PARA LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

***Rocío Porras España; Manuel Ratia Ramos
Javier Ruiz Peregrina; Encarna Sánchez Alarcón
Pedro Vilchez Polaina
EPAHG***

OBJETIVO: Establecer una consulta para el seguimiento de las madres y las familias en el período de puerperio tardío, favoreciendo la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

SUJETOS Y MÉTODO: Dirigida a madres y familias de nuestra Zona Básica de Salud durante el período de puerperio, a través de una consulta dotada con un/a matrn/a y un/a auxiliar de enfermería.

JUSTIFICACIÓN: La creación de esta consulta nace de la demanda de la población de nuestra Zona Básica de Salud y de la detección de una falta de información, formación y apoyo que conllevan unos cuidados puerperales deficitarios, así como unos bajos índices y finalización prematura de la lactancia materna.

Desde esta consulta se pretende crear un acceso de las madres y familias a la asistencia proporcionada por el personal de salud apropiadamente cualificado, haciendo posible la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, fundamental para el restablecimiento de la cultura de “amamantar”, en una sociedad en la que la alimentación artificial ha sido la norma durante los últimos años.

El nivel de captación es alto, debido a que es realizado en el postparto inmediato por los/as mismos matrones que posteriormente atenderán la consulta. La cita es aproximadamente a las 2 semanas del parto, permitiendo a los padres su adaptación a la llegada del recién nacido y planteamiento de posibles dudas y complicaciones del puerperio y la lactancia.

Durante este período de 2 semanas después del parto, así como a lo largo de todo el período de lactancia, las madres tienen acceso a personal cualificado a través de un correo electrónico así como un grupo de apoyo a la lactancia materna.

CONCLUSIONES: El facilitar el acceso a personal cualificado para las madres fomenta la iniciación y el establecimiento de una lactancia materna eficaz de una mayor duración, así como una solución de los posibles problemas y complicaciones que puedan surgir durante la etapa de puerperio.

P019. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA EN NUESTRO HOSPITAL Y SU ÁREA DE INFLUENCIA

*Cristina Oliver Barrecheguren; María Terol Claramont
M^a Inés Martínez de Alegría; Consuelo Soto Lucía
Carlota Serriñá Ramírez; Rosa Pla Mestre
HGUGM*

RESUMEN: La sociedad demanda una mejora en la atención sanitaria al embarazo, parto, puerperio y lactancia. Atención Primaria (AP) ofrecerá información sobre la asistencia al parto normal y las alternativas ofrecidas. Continúa con el seguimiento del embarazo en el Centro de Especialidades y el parto en el Hospital, estrechando la colaboración entre AP y Especializada.

OBJETIVO GENERAL: Promocionar la Lactancia Materna (LM) mediante la coordinación de las actuaciones de la Vía Clínica del Parto (VCP) y del Comité de Lactancia para respetar la continuidad del proceso reproductivo, estrechando la colaboración entre AP y Especializada, utilizando una estrategia consensuada y coordinada entre los niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Elaboración de material audiovisual sobre la atención al proceso reproductivo, familiarizando a las mujeres con el entorno, y apoyando la LM, que se difundirá en el preparto.
- 2) Continuar la formación en LM.
- 3) Evaluar el alcance e impacto de las intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. DINAMIZACIÓN:

- Coordinar las actuaciones de la VCP y Protocolos de LM para mantener la continuidad del proceso. Poner la documentación en Intranet.
- Vídeo sobre la atención hospitalaria al parto y lactancia.
- Cursos de Formación en LM acreditados y de Consejería en LM.

2. EVALUACIÓN INICIAL: 400 encuestas al alta, 2,4 y 6 meses.

3. INTERVENCIÓN:

- Protocolos de LM.
- Formación en cascada.

4. REEVALUACIÓN

- Evaluación del impacto de las intervenciones: Encuestas sobre el inicio y mantenimiento de lactancia.
- Análisis de Cuestionarios de Satisfacción de la VCP.
- Revisión de informes de alta de los niños tras finalizar las intervenciones, midiendo porcentajes de tipos de lactancia.

RESULTADOS:

1. 50 profesionales miembros del Comité.

2. Preintervención: prevalencia de 40,3% de LM completa. El 95% de las madres deseaban LM.
3. 31 formadores formarán a 500 profesionales.
4. Elaborados los Protocolos de LM.
5. Reevaluación programada para Mayo de 2011.

CONCLUSIONES:

1. La baja prevalencia de LM al alta refleja el área de mejora.
2. La coordinación entre niveles de atención sanitaria y distintos profesionales es necesaria para la continuidad y la satisfacción en la atención al proceso de embarazo, parto y LM.

P020. IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN NUESTRO HOSPITAL

***Cristina Oliver Barrecheguren; Consuelo Soto Lucía
Matilde Rodríguez Mesanza; María Terol Claramonte
Carlota Serriñá Ramírez; Angel Aguarón de la Cruz
HGUGM***

RESUMEN:

Nuestra antigua Vía Clínica del Parto (VCP) no contemplaba el establecimiento de acciones conjuntas entre Atención Primaria (AP) y Especializada, no existía un plan de nacimiento, ni promocionaba la Lactancia Materna (LM).

La VCPNormal permitirá una mejora en la atención al proceso del embarazo, parto y puerperio tanto para las mujeres y sus recién nacidos (RN) como para los profesionales implicados, repercutiendo directamente en la instauración de la LM.

OBJETIVO GENERAL:

Incluir AP desde el inicio del proceso para disminuir la variabilidad en la práctica, adecuando la atención a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal y consensuando los mensajes recibidos por las mujeres desde los diferentes niveles sanitarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Erradicar las prácticas rutinarias, asegurar la calidad de la atención y el bienestar y seguridad de la madre y RN.
- Crear Protocolos conjuntos entre AP y Especializada que aseguren la continuidad de la atención y la adecuación de expectativas estableciendo un Plan de Nacimiento.
- Elaborar un Consentimiento Informado (CI), consensuado por los profesionales, para que las mujeres decidan.

MÉTODOS:

- Reuniones entre diferentes niveles sanitarios, coordinar actividades, definir la responsabilidad de cada profesional.
- Sesión general de presentación y difusión. Vídeo informativo a las madres sobre la atención al embarazo, parto, puerperio y lactancia.
- Modificaciones: Comienzo del proceso en AP; Documento Informativo con valor de CI; Introducción en el periodo de dilatación de deambulacion, ingesta de líquidos; En periodo expulsivo restringir la episiotomía, mantener el contacto piel con piel e iniciar la LM si la madre lo desea. Actualización del procedimiento de identificación del RN.
- Revisión y evaluación: Evaluar registros mensualmente al inicio, entregar cuestionarios de satisfacción a la mujer ingresada en planta, recogidos al alta. Evaluación por el Servicio de M. Preventiva y Calidad.

RESULTADOS:

- Revisión crítica de la práctica habitual.
- La implantación es un compromiso adquirido por todo el equipo implicado.
- La VCPNormal no es un procedimiento estático; su fin es caminar hacia la mejora continua, adaptándonos a la innovación y al cambio, además estimula la práctica basada en la evidencia.
- El trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales y niveles son fundamentales.

P021. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LACTANCIA MATERNA

Francisca Baena Antequera; María José Moriana Marín
Hospital de la Merced, Osuna
Estefanía Jurado García. *Hospital V. Macarena, Sevilla*

Existe un gran número de estudios que abogan por la utilización del informe de continuidad de cuidados como instrumento de conexión entre enfermeros de atención especializada y atención primaria. Así ocurre en nuestro área de trabajo, Toco-ginecología, donde todas las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea o alguna intervención ginecológica se le realiza dicho informe y se envían por fax a sus correspondiente centros de salud.

Tras el parto o cesárea, las mujeres permanecen hospitalizadas durante al menos 36 y 72 horas respectivamente. El personal del área de hospitalización acompaña a la díada madre-hijo en la instauración de la lactancia materna. Debido a la variabilidad clínica nos solemos encontrar a la madre confundida en cuanto a los consejos recibidos y las intervenciones realizadas por los profesionales. Por otro lado, puede llegar el momento del alta sin estar correctamente instaurada la lactancia hecho que la aboga a su fracaso.

Nuestro ámbito de trabajo se caracteriza por una amplia dispersión geográfica con la existencia de cinco Matronas para cubrir el área atención primaria. Nos encontramos con muchas mujeres que no han podido asistir a la educación maternal y la educación para la salud durante su hospitalización puerperal es limitada por la breve estancia y por la rutina hospitalaria junto al descanso necesario físico y mental tras el parto.

Este trabajo describe la elaboración de un documento que intenta ser práctico, sencillo y conciso, centrándonos en recién nacidos a término, con un peso dentro de la normalidad tras un parto o cesárea. Recoge la evolución de la instauración de la lactancia materna, con aspectos como la información que se le da, si se ha introducido leche artificial (la causa y la forma), la vivencia de la madre (preocupaciones principales) y si han aparecido problemas en el pecho (grietas, si se ha utilizado pezoneras, lanolina). Su elaboración está consensuada y se enviaría por fax al centro correspondiente dando prioridad a aquellos casos que así lo requieran. Así la Matrona de atención primaria podría adelantar la visita puerperal y/o contactar con la madre.

P022. LACTAMOVIL: PUESTA EN MARCHA Y PRIMEROS RESULTADOS DEL TELÉFONO DE LACTANCIA EN NUESTRO HOSPITAL

**Ana Tejeda Esteban; María Francisca Pérez García
María Esther Mesa Salamanca; Beatriz Roa Riaño**
HU Puerta de Hierro Majadahonda

El objetivo de nuestro trabajo es describir los pasos a seguir para la implantación del teléfono móvil de lactancia, solventar las dudas más frecuentes a partir del alta hospitalaria, analizar los motivos de consulta y los métodos de resolución. Con la intención de mantener una atención continuada respecto a la lactancia materna y artificial tras el alta hospitalaria del servicio de obstetricia. Para ello se obtuvo la aprobación por parte del comité de lactancia materna, así como la de la dirección y gerencia del centro. El resultado de las primeras 70 llamadas realizadas nos aportaron información sobre el perfil de la mujer usuaria del teléfono (primípara o multípara, tipo de lactancia al alta y centro de asistencia) así como conocer las dudas más frecuentes sobre lactancia (duración y frecuencia de las tomas, ingurgitación mamaria, conservación de la leche, mastitis, etc). Como conclusión principal las mujeres realizan un menor uso de los servicios sanitarios (menos desplazamientos, menor riesgo de infecciones nosocomiales y menor lista de espera médica) al resolver sus dudas telefónicamente y de este modo clasificar si es necesario que acuda o no al médico o al centro hospitalario. No obstante para una mejor recogida de datos sería necesaria la reevaluación de la hoja de registros, aumentar la muestra de mujeres incluidas en el estudio y confirmar de manera telefónica la resolución de los problemas sobre lactancia.

P023. EL TALLER DE TALLERES DE LACTANCIA: CONSOLIDACION DE UNA CADENA DE APOYOS

Salome Laredo Ortiz. Universitat de Valencia
Barbara Birigay Gil. Empresa
Adoración Hernandez Martinez. Universitat de Valencia

Descripción:

El objetivo fundacional de AMAMANTA, grupo de apoyo a la lactancia materna es la creación y mantenimiento de los Talleres de Lactancia en los Centros de Atención Primaria.

Amamanta apoya a los talleres de lactancia, promueve un crecimiento en red vertebrado por la asociación y ofrece a los talleres vinculados documentación, materiales y visitas y charlas de especialista al taller.

Pertinencia:

La red de talleres de lactancia, vinculados o no a la asociación, ha pasado en los últimos tres años de 11 a 70 lo que impone una coordinación y una acción en común. De forma casi natural, a partir de los encuentros de talleres de lactancia materna anuales, de los que ya se ha celebrado la quinta edición, se vio que este tipo de acciones debían tener una mayor periodicidad. Así surgió el Taller de talleres como una necesidad evolutiva con el objetivo de potenciar el proceso de creación de un nuevo taller y apoyar a los ya formados asegurando su estabilidad.

El Taller de Talleres es bimensual e itinerante por los diferentes Centros de Salud. Para su realización se sigue la dinámica propia del taller de lactancia, en el suelo en círculo y con una ronda de participación priorizando a los talleres que se inician o que participan por primera vez. La convocatoria es personalizada y se publica en www.amamanta.es. Participan profesionales, madres responsables de taller y madres y padres con sus hijos. Son las representantes con más experiencia las que aportan sus experiencias y apoyan a los talleres nuevos o con dificultades.

Conclusiones:

- Se han realizado 10 ediciones con un número creciente de talleres participantes demostrándose la gran utilidad de esta nueva herramienta.
- Las madres responsables de los talleres que acuden al taller de talleres se sienten cada vez más vinculadas a la asociación favoreciendo que en un futuro próximo formen parte de la estructura organizativa.
- Este funcionamiento asegura continuidad para la asociación y recambio en la estructura organizativa.
- Apoyo para la creación de nuevos talleres en centros de salud. Matronas y madres trabajando en cooperación.

**P024. LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA FAVORECER LA LACTANCIA
MATERNA CON ÉXITO**

***Julia Toledo Ruiz; Silvia Cruzado Simó; Montse Simó Girona
Asunción Ariño Vidal; María Cañete Revert; Paula Carcellé Avila***
Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta

**Po25. INICIATIVA DE APOYO A LA LACTANCIA EN LA UNIDAD DE
OBSTETRICIA**

***Nagore Zugadi Rupérez; Carmen Cáceres; Margarita Agustín Sánchez
Maite Muñoz Ezeizabarrena; Patricia Morena Bravo
Ana María Cardós Martínez
Hospital San Pedro***

Po26. AULA DE LACTANCIA. EXPERIENCIA DESDE SU APERTURA

***Catalina Lorite Garzón; Carmen Aguila Arrabal
Andrés Raez Liebanas; Pilar Molina Mercado
Gema Ruiz Liebanas; Alfonso J. Cruz Lendinez***
Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN.

A pesar de las numerosas ventajas reconocidas para la lactancia materna y de las recomendaciones internacionales realizadas desde los años 70, según la OMS, en la actualidad tan sólo un 35 % de los lactantes de todo el mundo son alimentados con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.

En nuestro Centro entendemos que existen múltiples acciones a desarrollar para la promoción de la lactancia materna, desde el contacto piel con piel en paritorio hasta información a pie de cama a las nuevas mamás y sus familias.

Como apoyo a todas estas acciones se puso en marcha el Aula de lactancia y educación `para la salud en el puerperio, con la presencia de profesionales de enfermería los 365 días del año compartirán con las madres y sus parejas todas las dudas y problemas que puedan surgir.

OBJETIVO.

Desarrollar estrategias encaminadas a la promoción de la lactancia materna en nuestro centro.

MÉTODO.

Estudio descriptivo transversal desde su apertura en 2008, siendo las variables de estudio, madres ingresadas tras el parto, recién nacidos que han asistido con sus mamás, maridos y familiares que asisten, alumnos en formación.

RESULTADOS.

De los 2800 partos que tuvimos en nuestro centro en 2009, 450 madres acuden al Aula , de los cuales 235 acuden acompañadas por sus niños y el 40 % lo hace acompañada por algún familiar.

En 2010 acuden 515 madres a pesar de que el número de partos desciende con respecto a 2009..

DISCUSIÓN.

En aula está abierta a la colaboración de otros profesionales de nuestro hospital que puedan aportar valor añadido a los contenidos, ginecólogos, pediatras...

Tanto la matrona como la enfermera de hospitalización como profesionales que cuidan de la salud de la puerpera y el neonato, debe promover la lactancia materna apoyando a la mujer y familia.

Po27. IMPLANTACIÓN GRUPO DE APOYO “AMAR CON M”

***Manuel Ratia Ramos; Encarna Sánchez Alarcón
Rocío Porras; Javier Ruiz Peregrina
Pedro Pedro Vilches; Dolores Peinado Valderas
Hospital Alto Guadalquivir***

Según las recomendaciones de la IHAN, es necesario y muy beneficioso el tener un recurso de apoyo para que las mujeres que desean lactar puedan cubrir las demandas que una vez que llegan a casa, les surgen con respecto a la lactancia. Acceder a un soporte que debidamente cualificado y formado para la asistencia a las madres, sea de fácil acceso, ha supuesto un reto para las matronas de nuestro hospital.

Son dos las madres que lideran “Amar con M”. Ellas habían asistido como usuarias a un grupo de apoyo a la lactancia y de ello surgió el interés en ayudar a otras madres. Fueron captadas por las matronas al detectar su implicación y actualmente atienden telefónicamente a todas las mujeres del área de influencia de nuestro Hospital.

Disponen de un teléfono de acceso directo a la matrona que en ese momento está de guardia, por lo que dudas que necesiten del asesoramiento profesional, se solucionan sin demora.

A la salida del área de partos, todas las mujeres reciben los teléfonos de contacto de “Amar con M” y es a partir de ese momento cuando comienza el feedback con las matronas.

El primer jueves de cada mes las madres se reúnen en el lactario para materializar lo que supone un gran objetivo para el Servicio de Partos: mantener en activo “Amar con M”, pues somos conscientes del beneficio que ello aporta a las madres lactantes y sus familias.

P028. AUMENTO DE AFLUENCIA A LOS GRUPOS DE APOYO TRAS LA INCLUSIÓN DE LOS MISMOS EN LA COMISIÓN DE LACTANCIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA

Inmaculada Pablos Rodríguez. *Abs Alt Penedès Rural*
Luli Martín Pérez. *Gamma Sant Sadurní*
Gemma Troyano Ros. *Gamma Vilafranca*
María Bermejo. *Gamma Vilafranca*
Susanna Burgos. *Pit Nature*
Tina Martí Alert. *Gamma Sant Cugat*

Somos asesoras de lactancia de grupos de apoyo madre a madre. Hace 2 años se formó la Comisión de Lactancia entre el hospital y las áreas básicas de nuestra comarca, y recién formada la misma, se nos invitó a formar parte de ella. La relación en la Comisión ha sido bidireccional; allí aportamos nuestras experiencias y podemos consultar dudas; plantear temas que nos preocupaban y ofrecer soluciones desde el voluntariado a la asistencia de madres que puedan requerir un apoyo madre a madre en sus lactancias. Una de las novedades que surgieron con nuestra entrada en la Comisión fue la entrega a todas las madres de una hoja informativa donde se recogían todos los grupos de la comarca, con lugar, días y horarios de reunión. Esta hoja era entregada a las embarazadas por la comadrona de primaria en los controles rutinarios, al alta del parto por el servicio de obstetricia, y por la enfermera de pediatría en la primera visita del neonato.

Evaluamos el impacto de dicha actuación sobre la asistencia de madres a los grupos de apoyo, comparando la procedencia de las mismas antes y después de ofrecer esta información unificada y actualizada.

Resultados: somos 4 grupos de apoyo madre a madre en la comarca que dependemos del mismo hospital y centros de salud (uno de ellos de a penas medio año de existencia). El número promedio de asistentes a la semana es de 41 (entre los 4 grupos). En el 2008 la asistencia era de unas 30 madres a la semana (entre 3 grupos). La procedencia de las madres que asistían a los grupos en el 2008 era: el 67% venía por recomendación de otra madre, y el 33% remitidas por profesionales de la salud. En el 2010, el 68% vienen derivadas por profesionales de la salud (comadronas de primaria y alta hospitalaria en su mayoría) y el 32% por recomendación de alguna madre.

Conclusiones: Los grupos de apoyo a la lactancia pueden funcionar bien gracias al boca-a-boca; pero la unificación en su recomendación por parte del sistema sanitario realmente es parte importante en su fomento.

P029. APOYO A LA LACTANCIA MATERNA: UN RETO EN PEDIATRÍA

***Daniela Efemenco; Mauricio Monaco; Veronica Espuela Naranjo
Eva Carmona Palma; Maria Isabel Tocados Garcia
Magdalena Riera Veciana
ABS Vendrell***

Quién nos iba a decir hace 8 años que el equipo de pediatría de nuestra área básica íbamos a ser asesores en lactancia materna, promocionando y apoyándola día a día. Sin olvidarnos, que este año iniciamos una consulta específica de lactancia materna, un gran logro conseguido después de mucho esfuerzo.

Mirando atrás, vemos recomendaciones erróneas en nuestra práctica diaria: ante cualquier duda o dificultad sobre lactancia, se derivaba a la matrona por falta de conocimientos, poca disponibilidad o tiempo; muchas derivaciones acababan en lactancia artificial debido a la demora con la matrona.

Es muy importante que los profesionales veamos que existe un gran vacío en formación de lactancia, no sirve que un profesional esté formado y la promocióne, si su compañero no la apoya ni trabajan de forma interdisciplinaria.

El equipo de enfermería junto con un nuevo pediatra sensibilizado en este tema, consensuaron cambiar la incorporación de semisólidos a partir del sexto mes, en contra del protocolo existente. Esto evitó que se incorporara cualquier sucedáneo de leche sin su autorización a todo paciente de su cupo. Además se propuso realizar cursos básicos interdisciplinarios, internos de la empresa sobre lactancia.

Esto generó la oportunidad de plantear consultas de lactancia materna no sólo con comadronas sino también para el resto del equipo de pediatría; con un único objetivo: dar apoyo a las familias que lo requerían y disminuir al máximo los plazos de espera para una consulta sobre lactancia.

El creciente interés de la población en éste tema hizo que el equipo de enfermería pediátrica se formara, consiguiendo ser asesoras en el tema. Esto consiguió fomentar el interés del resto del equipo, proponiendo a nuestra empresa continuar con formación para profesionales interesados. Una vez más, mayoritariamente la asistencia de profesionales fue de enfermería.

Se realizó un protocolo de alimentación de 0-3 años, que incidía en mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, e incluía una guía de lactancia para profesionales y folletos informativos para padres.

Concluimos, los profesionales deben tener formación continuada en lactancia materna, para fomentar, mantener y apoyarla. La motivación es clave para conseguir este fin.

P030. CUIDADOS INTEGRALES EN EL BLOQUE OBSTÉTRICO QUE FAVORECEN UN NACIMIENTO SIN VIOLENCIAS

*Silvia Crespo Puig; M^a Ángeles Méndez
M^a José Ferrer; M^a Inmaculada Haro
Hospital de Denia*

En el bloque obstétrico se prestan cuidados integrales a la mujer basándonos en las recomendaciones de la OMS respetando el nacimiento que la madre desee sin interferir en el proceso fisiológico de parto y nacimiento.

OBJETIVO:

Demostrar que un nacimiento respetado es imprescindible para el correcto establecimiento del vínculo y lactancia materna inmediata y duradera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de las actuaciones que se realizan en la unidad establecidas como protocolo:

La mujer y su acompañante permanecen en la misma unidad durante todo el proceso de parto y postparto inmediato, dos horas posteriores al nacimiento.

Al recibir a la mujer en la unidad se le pregunta sobre el plan de nacimiento y deseo de lactancia elaborado por la mujer y su pareja junto a su matrona.

La mujer permanece acompañada por la persona que ella desea y se le atiende a según sus deseos y necesidades reales potenciando un parto y nacimiento conscientes.

Todo el proceso se desarrolla en un espacio íntimo y privado.

El pinzamiento del cordón umbilical se realiza cuando éste deja de latir.

Tras el nacimiento se realiza contacto inmediato piel con piel evitando interferencias de ropa, ruido y luz incluso en el nacimiento por cesárea, de esta manera facilitamos el establecimiento del vínculo a través de la primera mirada.

Se respetan las necesidades del recién nacido a la hora de succionar el pecho, con la posición encima de la madre y reptando para alcanzar por sí mismo el pezón. Se le explica a la madre que lo importante no es que succione de inmediato para alimentarse sino para aportarle seguridad y confianza, así como aprendizaje inmediato.

La administración de vitamina K y profilaxis oftálmica se realizan ya en la planta de maternidad, posterior a las dos horas del nacimiento.

Se establece un trabajo en equipo con las matronas del departamento y se han establecido grupos de apoyo a la lactancia materna y/o grupos de lactancia en el mismo

RESULTADOS:

-Los datos de lactancia materna al alta hospitalaria en el año 2010 han sido del 89.97 %, cifra que ha ido en aumento con respecto a años anteriores (87.4% en el año 2007).

-Las cifras de intención de lactancia y lactancia materna al alta son muy similares.

-Los resultados de las encuestas de satisfacción muestran una satisfacción de las mujeres del 98.67%.

P031. FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA INICIATIVA UNIDAD BÁSICA AMIGA DE LA AMAMANTACIÓN (IUBAAM) EN LA CIUDAD DE RÍO DE JANEIRO

Viana Fonseca Rito Rosane Valéria. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense*

Rugani Ribeiro de Castro Ines. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Baptista Trajano Alexandre Jose. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Souza Mendes Gomes Maria Auxiliadora. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro*

Andrade Vilela e Silva Martha. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro*

Antecedentes y objetivos: El municipio de Rio de Janeiro viene invirtiendo, desde 2000, en la IUBAAM como una estrategia de promoción de la amamantación en la atención básica de salud. Desde entonces 14 unidades fueron certificadas en esa Iniciativa y varias están en proceso de implantación.

Presentar los factores que facilitan y dificultan la implantación de la Iniciativa Unidad Básica Amiga de la Amamantación (IUBAAM).

Material y métodos: La identificación de los factores que influencian la implantación de la IUBAAM fue realizada por medio de entrevistas con 25 gestores responsables por la política de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el municipio de Río de Janeiro.

Resultados: Los factores más citados en las entrevistas fueron agrupados en conjuntos temáticos. Los conjuntos temáticos apuntados con mayor frecuencia tanto como los que facilitan cómo los que dificultan se refieren a los recursos humanos, a la gestión de la atención básica y al proceso de trabajo en las unidades básicas de salud. Los aspectos conectados a la gestión, como la política de lactancia materna y apoyo, fueron los más citados como los que facilitan, mencionados por 20 entrevistados. Ya los aspectos relacionados a los recursos humanos, como la formación, la falta y rotación de los profesionales, fueron los más referidos como los que dificultan, habiendo sido apuntados por 22 entrevistados. Con más pequeña frecuencia fueron citados factores referentes a la características de la propia intervención (IUBAAM); de la clientela y de la estructura física y material de las unidades básicas.

Conclusiones: Los factores identificados por los gestores administrativos como capaces de influenciar la implantación de la IUBAAM constituyen importantes elementos para subsidiar la discusión sobre las políticas y estrategias vueltas para la promoción de la lactancia materna en el sector salud.

P032. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PASO 3 DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO

Maria Inês Couto de Oliveira. Universidade Nova de Lisboa
Vivianne Cavalcanti do Nascimento; Patricia Carvalho de Jesus
Valdecyr Herdy Alves. Universidade Federal Fluminense

INTRODUCCIÓN: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) recomienda "Diez Pasos para una Lactancia Exitosa". De acuerdo con el Paso 3, el hospital debe "informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna". Nuestro objetivo fue comparar la orientación ofrecida en los 7 Hospitales Amigos de los Niños y los 8 hospitales no acreditados con más de 1.000 nacimientos/año en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil.

MÉTODOS: Estudio transversal con una muestra representativa de 461 mujeres embarazadas con al menos 28 semanas de gestación y dos visitas prenatales. Los datos fueron colectados en el período de agosto a diciembre de 2009 a través de cuestionarios adaptados de la IHAN.

RESULTADOS: Casi la mitad eran primíparas y la mayoría tenía de 9 a 12 años de estudio. Cerca de 80% habían recibido información sobre las ventajas de la lactancia materna, tanto en los hospitales acreditados, cuanto en los no acreditados. Solo 60% de las mujeres embarazadas acompañadas en HAN fueran orientadas sobre el manejo de la lactancia materna, en comparación con 32% en los hospitales no acreditados.

La orientación sobre la importancia del alojamiento conjunto fue reportada por tres veces más mujeres acompañadas en HAN (60%) en comparación con las acompañadas en hospitales no acreditados (20%). La advertencia sobre los peligros de usar biberones y chupetes fue mucho mayor en los hospitales acreditados (63% x 29%), y también sobre el no uso de otros leches (49% x 16%). La satisfacción con el apoyo ofrecido para la lactancia materna fue de 73% entre las mujeres embarazadas asistidas en HAN versus 46% en hospitales no acreditados.

CONCLUSIÓN: Los hospitales acreditados en la IHAN mostraron un mejor desempeño en la práctica del Paso 3, pero no han alcanzado la cobertura recomendada por la OMS/UNICEF, de orientar al menos 80% de las mujeres embarazadas. Se recomienda que monitoreos periódicos sean realizados en los hospitales, buscando la participación de todos los profesionales de los servicios obstétricos. Asegurando así la calidad de la atención, a fin de contribuir para el aumento de la prevalencia de lactancia materna exclusiva.

P033. LACTANCIA DE MUJERES TRABAJADORAS INSCRITAS EN UNIDADES DE SALUD EN EL MEDIO URBANO Y RURAL

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso; Dulce Maria Pereira Garcia Galvo
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Palabras-clave: lactancia exclusiva, mujer trabajadora, destete precoz.

INTRODUCCIÓN: La dificultad en compatibilizar las funciones maternas con las funciones de la mujer trabajadora en el medio urbano o rural puede ser un obstáculo para la lactancia.

OBJECTIVOS: Estudiar el mantenimiento de la lactancia exclusiva y total, de madres inscritas en Unidades de Salud en el medio urbano y rural, tras su regreso al trabajo.

MÉTODOS: Estudio descriptivo y transversal desarrollado con base en 79 usuarios, con una media de edad de 32,72 años, madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 48 meses, inscritas en dos listas de una Unidad de Salud Familiar (USF), de un Centro de Salud urbano y 8 Centros de Salud en el medio rural. Cumplimentación de un formulario aplicado a una muestra de conveniencia constituida por madres que estaban amamantando cuando regresaron al trabajo.

RESULTADOS: 67,1% estaban inscritas en Unidades de Salud en el medio rural y 32,9% en el medio urbano. La mayoría (73,4%) ya no estaba amamantando y solo el 26,6% amamantaban. Tras el regreso al trabajo 17,7% de las madres amamantó menos de un mes, 7,6% hasta los 6 meses y solo 1,3% de las madres amamantó hasta los 18 meses de edad. 30,4% reinició el trabajo cuando el hijo tenía 5 meses de edad y solo un 26,6% cuando el hijo tenía 6 meses de edad. Al 40,5% de los niños les fueron introducidos otros alimentos además de la leche materna a los 4 meses, 34,2% a los 5 meses y solo un 13,9% fue introducido a los 6 meses de edad. 34,2% de las madres refirieron el regreso al trabajo como siendo el primer motivo para la introducción de otros alimentos en la dieta del niño, además de la leche materna.

CONCLUSIÓN: El regreso al trabajo fue el primer motivo referido por las madres en nuestro estudio, como razón para la introducción de otros alimentos, además de la leche materna. Nuestros resultados van al encuentro del estudio de Galvão (2006) habiendo concluido que 41,3% de las madres lo hicieron en el estudio de este autor. La sociedad debe dar apoyo y motivación a las madres trabajadoras y que amamantan, bien a nivel de la comunidad donde están inseridas, bien en los locales de trabajo, ofreciendo condiciones facilitadoras y restringiendo la promoción de los substitutos de la leche materna para que la lactancia y su mantenimiento se hagan con éxito.

P034. FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCCIÓN DEL CUIDADO EN LA RED BÁSICA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO

Maria Ines Couto de Oliveira. Universidade Nova de Lisboa
Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira; Alexandre Dos Santos Brito
Universidade Federal Fluminense
Carla Lourenço Tavares de Andrade. Fiocruz

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la asociación entre acciones de promoción, protección y apoyo al amamantamiento, realizadas en unidades básicas de salud y la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses de vida. **MÉTODO:** Estudio transversal realizado en una muestra representativa de 1029 madres de niños menores de seis meses asistidos en unidades básicas de salud del municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Las razones de prevalencia (RP) fueron obtenidas por regresión multivariada robusta de Poisson.

RESULTADOS: La prevalencia de LME entre los niños menores de 6 meses asistidos en unidades básicas de salud del municipio de Rio de Janeiro fue de 58,1%. Las variables que aumentaron la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) fueron: madre de raza blanca (RP=1,20; IC95%:1,05-1,36), con escolaridad alta (RP=1,19; IC95%:1,05-1,35); con compañero (RP=1,72; IC95%:1,02-2,90); con experiencia previa en amamantamiento (RP=1,27; IC95%:1,08-1,49), con alta hospitalaria en LME (RP=2,01; IC95%:1,20-3,36), habiendo recibido orientación sobre lactancia materna en grupo (RP=1,14; IC95%:1,01-1,28) y habiendo sido mostrado como amamantar (RP=1,20; IC95%:1,08-1,33). La prevalencia de LME disminuyó 17% por cada mes de vida del bebé. **CONCLUSIÓN:** Entre las acciones de promoción, protección y apoyo al amamantamiento realizadas en las unidades básicas de salud se destacaron los grupos de apoyo al amamantamiento y la orientación sobre su manejo, por contribuir para la LME y para la calidad del cuidado en la atención básica.

P035. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN EL SECTOR DE SALUD DE UN HOSPITAL COMARCAL

*Joana M. Moll Pons. DG Salut Pública
Juana Prieto Valle; Ana Sánchez Martínez
María Pilar López León; Juan M. Arana Galán
H. Son Llätzer
Guillem Frontera Juan; H. Son Dureta*

Resumen:

Objetivo. Conocer la incidencia y prevalencia de la lactancia materna (LM) en los 6 primeros meses de vida, y relacionarla con las variables que predisponen al inicio de la lactancia y al mantenimiento, las dificultades más frecuentes y los motivos de abandono y/o la introducción temprana de otros alimentos. Se pretende poder comparar las prácticas hospitalarias recomendadas por la OMS y las tasas de lactancia materna al inicio.

Material y método. Estudio descriptivo transversal con recogida de datos retrospectivos, mediante encuesta telefónica a madres de bebés de 15, 30, 90 y 180 días y registros de enfermería de la maternidad sobre lactancia.

Resultados.

El índice de prevalencia de lactancia materna en el momento del parto es de 81,17%, y al alta del hospital de 75,71%. Va descendiendo progresivamente a los 15 días de vida a 73,59%, al mes 72,45%, a los 3 meses 56,93%, y a los 6 meses sólo de 37,77%. Como diferencias significativas en nuestro estudio tenemos que las mujeres con estudios universitarios mantienen la lactancia hasta los 3 meses un 79,3% frente al resto un 62,2%, pero a los 6 meses, todos los niveles educativos son similares. Se observa la asociación de los que no toman suplementos en el hospital mantienen un porcentaje mayor de LM exclusiva a los 15 días y al mes. Los recién nacidos ingresados toman más suplementos y mantienen la lactancia parcial en un mayor porcentaje durante el primer mes. Los momentos críticos de abandono, son alrededor del 1er mes, por motivos relacionados con la instauración de la lactancia, y antes del 5º mes coincidiendo con la incorporación de la madre al trabajo.

Conclusiones.

El hospital tiene una población de referencia de 262.739 habitantes en 2009 y se han realizado 2526 partos. Las prácticas hospitalarias adecuadas mejoran la prevalencia de lactancia al inicio, después son muchos los factores que intervienen. Para mejorar la prevalencia de lactancia los meses posteriores se debe mejorar la atención sanitaria posterior a la hospitalización y las medidas institucionales que la protejan.

P036. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES QUE DECIDEN NO AMAMANTAR.

*Mercé Arasa Subero. Assir Terres de Lebre
Marta Ferrer Ballester; Yurima Hernández Armas; Alicia Martín Pla
Hospital Tortosa Verge de la Cinta Ud Matronas de Cataluña*

Antecedentes: La mejor alimentación para los lactantes es la leche materna, ideal para su crecimiento y desarrollo.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años.

Factores biopsicosociales como la edad, la paridad, el aspecto psicológico y la cultura se pueden convertir en obstáculo para la lactancia materna.

La información y apoyo a este tipo de lactancia por parte del sistema sanitario es vital, estudios han demostrado que la educación prenatal es un factor protector.

Objetivo: Conocer las características de las gestantes que fueron atendidas en nuestro hospital en el año 2010 y cuya intención al nacimiento fue dar lactancia artificial.

Material y métodos: La población estudiada fueron las 161 mujeres que dieron a luz en nuestro hospital el año 2010 y que manifestaron el deseo de alimentar a sus hijos con lactancia artificial.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables edad materna, número de fetos en la gestación actual, hijos anteriores, tipo de parto, origen o nacionalidad de la madre y semanas de gestación al parto.

Se utilizó el programa PASW 18.0 para analizar los datos.

Resultados: La población estudiada representa un 12,23% del total de mujeres atendidas. La media de edad fue de 30,79 años ($\sigma=5,275$), el 91,1% eran españolas. El 94,4% de los partos fueron a término y el 60,2% eutócicos. El 45,3% de las mujeres eran primíparas y el 39,1% nulíparas. Un 5,6% fueron gestaciones múltiples.

Conclusiones: Pese a la diversidad de la población atendida en nuestro paritorio (56,3% españolas, 43,7% extranjeras), las mujeres que desean dar lactancia artificial tienen un perfil bastante concreto. El origen de la gestante, su cultura o entorno influyen en la decisión de lactar o no lactar a sus hijos. El modelo social, familiar y/o cultural refuerza o dificulta la instauración.

Implicaciones para la práctica: Conocer estas características facilitará la elaboración de programas de educación específicos y pertinentes al grupo de población.

P037. INFLUENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA IHAN Y EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LA DISMINUCIÓN DEL FRACASO INICIAL DEL DESEO DE LACTANCIA EN PARTOS POR VÍA VAGINAL.

*Marta Sánchez Palomares; María José Benlloch Muncharaz
Lourdes Escriba Cholbi; Pepe Mut Buigues; Laura Chofre Escrihuela
Teresa Romero Rubio; Soraya Borraz Gracia; Luis Santos Serrano
María Àngels Mas Server; José María Paricio Talayero
Hospital de Denia*

Introducción y objetivos:

Está documentado que, tanto la estrategia de la Iniciativa Hospitales Amigos e los Niños (IHAN) como el contacto precoz piel con piel madre – hijo mejoran las tasas de Lactancia materna en los hospitales que consiguen esta acreditación de UNICEF/OMS. Hemos medido en nuestra maternidad los porcentajes de lactancia materna exclusiva (LME) tras parto por vía vaginal antes, durante y después de obtener la acreditación IHAN y de aplicar de forma progresiva el contacto precoz madre hijo.

Pacientes y métodos.

Desde 1992 a 2007 inclusive se recogió, entre otras variables, el deseo inicial de lactancia (LME- inicial), la LME al alta (LME-alta) en la maternidad y la forma de terminación del parto (vaginal o cesárea). Se midió el fracaso precoz de LME como el porcentaje de madres que deseando dar LME, al alta en la maternidad (media $2,5 \pm 0,7$ días) habían pasado a lactancia artificial o mixta. Desde 1995 estábamos aplicando una política de implantación progresiva de los 10 pasos de la IHAN y a finales de 1998 nuestro hospital consiguió dicha acreditación. Desde 1999 además fomentamos el contacto precoz piel con piel en todos los nacimientos.

Resultados:

En 16 años registramos 14173 partos por vía vaginal (78,5% del total)

Vemos en la siguiente tabla los porcentajes de LME deseada, LME al alta y el fracaso inicial de lactancia en la maternidad:

cuatrienio	Nº partos	LME inicial	LME al alta *	% Fracaso LME *
1992 – 1995	2072	84,8	76,9	9,2
1996 – 1999	2584	86,8	82,5	4,8
2000 – 2003	3012	87,0	83,4	4,2
2004 – 2007	3407	87,9	85,9	2,5

*: $p < 0,001$

Conclusiones

La estrategia IHAN y el contacto precoz piel con piel se muestran efectivos para lograr aumentar los índices de LME al alta en la maternidad de partos por vía vaginal, disminuyendo el fracaso precoz (en los primeros 3 días) de la LME.

P038. INFLUENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA IHAN Y EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LA DISMINUCIÓN DEL FRACASO INICIAL DEL DESEO DE LACTANCIA TRAS PARTO POR CESÁREA

*José María Paricio Talayero; Marta Sanchez Palomares
Lourdes Escrivá Cholbi; Pepe Mut Buigues
Laura Chofre Escrihuela; Soraya Borráz Gracia
Teresa Romero Rubio; Manuel Ferriol Camacho
María José Benlloch Muncharaz; Luis Santos Serrano
Hospital de Denia*

Introducción y objetivos:

Está documentado que, tanto la estrategia de la Iniciativa Hospitales Amigos e los Niños (IHAN) como el contacto precoz piel con piel madre – hijo mejoran las tasas de Lactancia materna en los hospitales que consiguen esta acreditación de UNICEF/OMS. Hemos medido en nuestra maternidad los porcentajes de lactancia materna exclusiva (LME) tras parto por cesárea antes, durante y después de obtener la acreditación IHAN y de aplicar de forma progresiva el contacto precoz madre hijo.

Pacientes y métodos.

Desde 1992 a 2007 inclusive se recogió, entre otras variables, el deseo inicial de lactancia (LME- inicial), la LME al alta (LME-alta) en la maternidad y la forma de terminación del parto (vaginal o cesárea). Se midió el fracaso precoz de LME como el porcentaje de madres que deseando dar LME, al alta en la maternidad (media $4,5 \pm 0,9$ días) habían pasado a lactancia artificial o mixta. Desde 1995 estábamos aplicando una política de implantación progresiva de los 10 pasos de la IHAN y a finales de 1998 nuestro hospital consiguió dicha acreditación. Desde 1999 además fomentamos el contacto precoz piel con piel en todos los nacimientos, incluido durante la cesárea, para lo que tenemos un protocolo que permite dicho contacto en los primeros minutos tras la extracción del recién nacido, mientras acaba la operación cesárea.

Resultados:

En 16 años registramos 3.049 partos por cesárea (21,5% del total)

Vemos en la siguiente tabla los porcentajes de LME deseada, LME al alta y el fracaso inicial de lactancia en la maternidad:

cuatrienio	Nº cesáreas	LME inicial	LME al alta *	% Fracaso LME *
1992 – 1995	347	79,0	64,7	17,6
1996 – 1999	499	81,7	66,1	19,6
2000 – 2003	646	81,6	71,8	12,0
2004 – 2007	1.013	87,0	80,3	8,2

*: $p < 0,001$

Conclusiones

La estrategia IHAN y el contacto precoz piel con piel intracesáreas se muestran efectivos para lograr aumentar los índices de LME al alta en la maternidad de partos por cesárea, disminuyendo el fracaso precoz (en los primeros 5 días) de la LME.

P039. VÍA DEL PARTO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS TRES PRIMEROS MESES

*Begoña Martínez Rodríguez; Maria del Pilar Pérez Riveiro
Aurora Fernández-Cañadas Morillo; Modesto Durán Duque
Miguel Ángel Marín Gabriel; Ibone Olza Fernández
Ana Maria Malalana Martínez; Francisco López Sánchez
Hospital Universitario Puerta de Hierro*

Introducción: Frecuentemente se ha relacionado la influencia de la vía del parto con la duración de la LM, siendo ésta menor en las cesáreas. Sin embargo, no se ha descrito la influencia que el contacto precoz del RN con la madre tras la cesárea, pueda tener sobre la duración de la LM exclusiva.

Objetivo: Evaluar el efecto de la vía del parto en el mantenimiento de la LM exclusiva en los tres primeros meses.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional aprobado por el Comité de Ética. Se incluyeron en el estudio 30 primigestas (20 partos vaginales inducidos y 10 cesáreas programadas sin dinámica previa). Todas tuvieron partos únicos a término, embarazos sin complicaciones y recibieron analgesia epidural. Los RN obtenidos mediante parto vaginal fueron colocados inmediatamente en contacto piel con piel (CPCP), mientras que los RN obtenidos mediante cesárea eran colocados en CPCP tras la salida de la madre de quirófano (aproximadamente a los 45min de vida). Se realizó una llamada telefónica a los 3m de vida del RN para investigar el tipo de alimentación al alta, al mes y a los 3m.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en variables tales como peso RN, EG, sexo del RN, tipo de lactancia y duración de la misma en la madre, nivel educativo materno o momento de inicio de chupete. Las madres que habían tenido parto vaginal mantenían LM exclusiva al alta el 89.5%, al mes del 73.7% y a los 3m del 63.2%, mientras que los RN mediante cesárea, fue del 100% al alta, del 55.6% al mes y del 33.3% a los 3m ($p > 0.05$ en todos los puntos de corte)

Conclusión: No se evidencian diferencias significativas en la duración de LM exclusiva en los tres primeros meses de vida entre RN por parto vaginal inducido y aquellos mediante cesárea. Facilitar el contacto precoz entre la madre y el RN tras la cesárea parece favorecer la duración de la LM exclusiva.

Po4o. PROMOCIONANDO LA LACTANCIA

**M^a Dolores Díaz Martín; M^a Salomé Andújar Bellón
Caridad Quiñones Bellón; Inmaculada Herrera García
María García Navas
Hospital de Valdepeñas**

Objetivos:

Conocer las causas de no inicio o abandono precoz de la lactancia materna.
Poder incidir desde el ámbito profesional en estas causas.
Mejorar las tasas de lactancia en nuestro área de salud.

Material y Método:

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.

Se elaboró de enero de 2009 a enero de 2011.

Se incluyeron todas las puérperas que decidieron no iniciar o abandonar la lactancia materna en el hospital.

Se pidió consentimiento verbal informado.

Como instrumento para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia, basado en la bibliografía consultada.

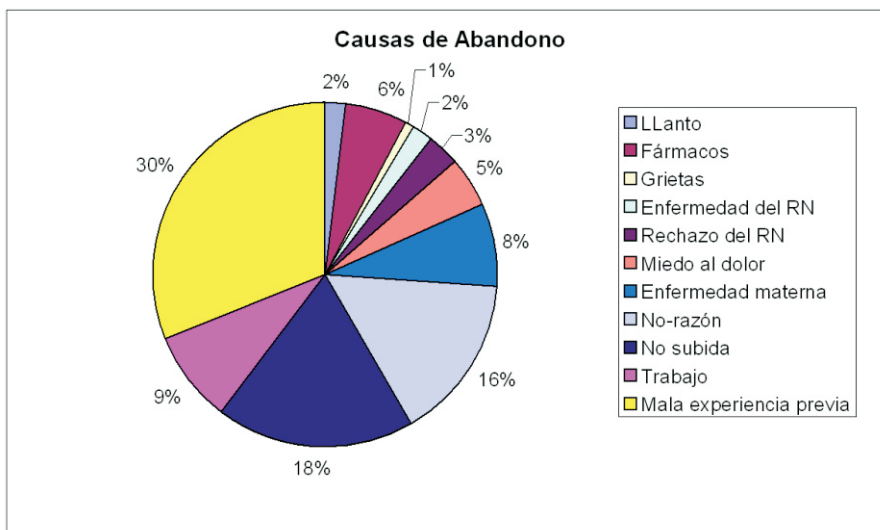
Se utilizó el programa SPSS, versión 15.0

Se estudiaron variables sociodemográficas: nacionalidad, tipo de gestación, tipo de parto, etc.

Características Sociodemográficas	N	%
Extranjeras	81	7,06
Primíparas	412	35,89
Partos Gemelares	32	2,79
Partos Simples	1116	97,21
Fumadoras	102	8,89
Tipo de Parto	Eutócico	820 71,43
	Instrumentales	62 5,40
	Cesárea	266 23,17

Resultados:

Del total de 1148 mujeres que paren durante el periodo de estudio, se obtiene una muestra de 103, que tomaron la decisión de suspender la lactancia materna tras el parto y antes del alta hospitalaria. Las causas fueron las siguientes:



Conclusiones:

El conocimiento de las causas de abandono precoz de la lactancia materna permite elaborar medidas preventivas tanto en el ámbito profesional como personal de las futuras madres.

La falta de cultura del amamantamiento condiciona un escaso apoyo social y familiar a la madre que desea amamantar.

El fracaso de la lactancia en un hijo previo es determinante para las lactancias posteriores.

En los partos por cesárea el abandono precoz es el doble que en los partos vaginales.

La población inmigrante de nuestro estudio abandona menos que las españolas.

El hábito tabáquico supone un riesgo para el inicio de la lactancia.

La protección, promoción y apoyo a la lactancia por parte de los profesionales requiere mejorar la formación, cambiar actitudes, colaborar con otros grupos profesionales y grupos de apoyo de madres. Es necesario impulsar un cambio en la sociedad en general y en los profesionales que atienden a las embarazadas y puérperas en especial.

Po41. FACTORES PREDICTORES DEL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Juan Manuel Rius Peris. H. Virgen de la Luz
Cristina Rivas Jueas. H. de Sagunto
Juan Ortuño Sempere. H. de Torrevieja
Vicente Modesto i Alapont. H. La Fe
María Ángeles Calzado Agrasot. H. La Fe
María Maravall Llagaria. H. General

Antecedentes y objetivos: La lactancia materna (LM) es la referencia en la alimentación humana en los primeros meses de vida. Existen factores de riesgo que inducen a la madre a optar por una lactancia artificial. Analizamos cuales son los factores de riesgo para la no iniciación de la LM.

Material y métodos: Estudio transversal. Recogida de datos mediante encuesta personal a la madre en las primeras 24 horas posparto. Muestreo consecutivo hasta alcanzar tamaño muestral suficiente. Variable dependiente: tipo de lactancia al inicio, materna o artificial. Variables independientes, 48, agrupadas en sociodemográficas, sanitarias maternas, del recién nacido, de la información recibida por la madre sobre el tema de la LM y de la predisposición materna y del entorno familiar a dar el pecho. Análisis bivariado inicial con análisis multivariado posterior mediante regresión logística binaria.

Resultados: Un total de 452 pares madre-recién nacido se incluyeron en el estudio, 366 (80%) iniciaron la LM. Las variables que resultaron asociadas de forma significativa tras el análisis multivariado se muestran en la tabla siguiente.

Predictores del inicio de la LM. Análisis multivariado.			
VARIABLE	ODDS RATIO	IC 95%	P
• N° abortos previos	0,35	0,20 a 0,60	0,000
• Hábito tabáquico			0,056
No fumadora	Referencia	-----	
Exfumadora	0,33	0,10 a 1,10	
Fumadora	0,37	0,15 a 0,92	
• Consumo habitual de fármacos previos a la gestación	0,25	0,08 a 0,74	0,012
• Abuela materna partidaria			0,001
No	Referencia	-	
Sí	0,71	0,13 a 3,63	
Indiferente	4,79	0,99 a 23,76	
• Pareja partidaria			0,000
No	Referencia	-----	
Sí	28,49	5,34 a 151,95	
Indiferente	1,12	0,22 a 5,69	
• Tipo de lactancia en hijo previo			0,000
LA	Referencia	-----	
No hijos previos	12,42	3,58 a 43,03	
LM	22,63	5,68 a 90,07	
• Ser de la provincia de Valencia	47,34	16,09 a 139,31	0,000

Conclusiones: Según nuestro estudio son factores de riesgo para no iniciar una LM la presencia de abortos previos, ser madre fumadora y no abandonar dicho hábito durante la gestación, consumir de forma habitual fármacos previos a la gestación, opinión no favorable hacia la LM por parte de la abuela materna, opinión no favorable hacia la LM por parte de la pareja, haber dado lactancia artificial desde el inicio al hijo previo y tener la residencia habitual fuera de la provincia de Valencia.

Po42. FACTORES PREDICTORES DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

Juan Manuel Rius Peris. H. Virgen de la Luz
Juan Ortuño Sempere. H. de Torrevieja
Cristina Rivas Jueas. H. de Sagunto
María Maravall Llagarí. H. General de Valencia
María Ángeles Calzado Agrasot. H. La Fe
Ana López Montes. H. La Fe

Antecedentes y objetivos: La lactancia materna (LM) prolongada ha demostrado ser beneficiosa tanto para el niño como para la madre. En nuestro país, su duración es menor en comparación con otros países de nuestro entorno. Existen factores de riesgo para su abandono de forma precoz.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo. Muestreo consecutivo. Recogida de datos mediante encuestas presenciales y telefónicas a las madres en las primeras 24 horas posparto, en el momento del alta de maternidad, al mes, a los 3, a los 6 y a los 12 meses tras el parto. Las madres que abandonaban la LM se retiraban del estudio. Variable dependiente: duración de la LM en días. Variable estado: lactancia artificial desde el inicio, abandono de la LM durante el seguimiento, LM al final de los 12 meses de seguimiento y perdidos con LM durante el seguimiento. Se analizaron 74 variables agrupadas en sociodemográficas, sanitarias maternas, del recién nacido, de la información recibida por la madre sobre el tema de la LM, de la predisposición materna y del entorno familiar a dar el pecho y de la estancia en maternidad. Análisis bivariado inicial mediante modelo de Cox con análisis multivariado posterior mediante modelo de regresión múltiple tipo Cox (forward wald).

Resultados: Un total de 452 pares madre-recién nacido se incluyeron en el estudio, 366 (80%) iniciaron la LM. La proporción de madres que continuaban con algo de LM (LM exclusiva + lactancia mixta) fue del 52% al mes, 38,3% a los 3 meses, 20,1% a los 6 y del 4,3% a los 12 meses de seguimiento. Las variables que se asociaron significativamente con el abandono precoz de la LM fueron:

Predictores del abandono precoz de la LM. Análisis multivariado.			
VARIABLE	ODDS RATIO	IC 95%	P
• Nivel de estudios materno			0,014
Primarios	Referencia	-----	
Secundarios	0,63	0,45 a 0,90	
Universitarios	0,59	0,40 a 0,88	
• Tener suficiente leche al alta, sí	0,66	0,47 a 0,92	0,015
• Clases prenatales/matrona, sí	0,68	0,49 a 0,94	0,022
• Hábito tabáquico materno			0,011
No fumadora	Referencia	-----	
Exfumadora	1,67	1,08 a 2,58	
Fumadora	1,56	1,10 a 2,22	
• Expectativas maternas en la duración de la lactancia			0,000
> 6 meses	Referencia	-----	
El tiempo que pueda	1,32	0,88 a 1,97	
< 6 meses	2,19	1,49 a 3,23	
• Tipo de gestación, asistida	5,58	2,62 a 11,91	0,000
• Uso de pezoneras, sí	2,57	1,69 a 3,90	0,000
• Uso de chupete en el 1º mes, sí	1,39	1,02 a 1,91	0,036

Conclusiones: Son factores que predisponen al abandono precoz de la LM, un menor nivel de estudios materno, no tener sensación de suficiente leche al alta de la maternidad, no haber asistido a clases de preparación al parto, ser madre fumadora, independientemente de que se abandone dicho hábito durante la gestación, expectativas más pobres en cuanto a la duración de su lactancia, ser una gestación asistida, uso de pezoneras desde los primeros días y uso del chupete de forma habitual durante el primer mes de vida del lactante.

Po43. ¿CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA?

Misabel Gendre Jornet; Patricia Alegria Alvaro
Vanessa Sanz Adell; Miquel Navarro Robles
Hospital Verge de la Cinta Tortosa
Montse Gasparin Pedraza; Assir Terres de Lebre
Mireia Morello Gendre

Po44. MOTIVOS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

Rocío Escudero Ortiz; Ana Navarro Caballero; Sonia Nuño Ramos

HVS

Po45. FACTORES RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

*Maria Elisa Lamelas Gonzalez; Gema Sanchez-Cabezudo Tirado
Florinda Corzo Alvarez; Teresa Gonzalez Alvarez
Maria del Carmen Perez Blanco; Vanesa Escudero Millos
Sergio Gonzalez Palanca; Gerardo Palmeiro Fernandez
Natalia Alonso Martinez; Maria Carmen Florez Olay
Hospital Comarcal Valdeorras*

Antecedentes y Objetivos:

La OMS recomienda de forma exclusiva la lactancia materna (LM) durante los primeros meses de vida como el alimento más saludable para los lactantes.

Objetivo: identificar los factores relacionados con la duración de la LM en los 12 primeros meses de vida del lactante.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal.

Mujeres de ámbito semi-urbano que parieron en los años 2008 y 2009 en un Hospital Comarcal. Se incluyeron a todas las mujeres con LM (exclusiva o mixta) al alta hospitalaria y se entrevistaron mediante cuestionario previamente pilotado, a los 10 días, 2, 6 y 12 meses tras el alta.

Resultados:

Participaron 290 mujeres. Su edad media era de 30,5 años ($\pm 5,6$). Un 57,5% eran primíparas, 98,6 % tenían pareja estable, y el 56,1% tenía trabajo. En el 27,6 % el parto había sido instrumental o por cesárea. El 75,1% fueron dadas de alta con LM exclusiva.

La duración media de la lactancia materna fue de 5,8 meses ($\pm 5,7$). Existe correlación con la edad ($r=0,14$; $p=0,03$), los estudios de la madre ($\chi^2 = 17,6$; $p = 0,001$), el no uso del chupete en la primera semana (IC95% [0,4 ~ 4,1]; $p = 0,02$) y el tipo de lactancia al alta (exclusiva o mixta) (IC95% [1,8 ~ 4,4]; $p < 0,001$).

No se objetivaron sin embargo relaciones entre la duración de la LM y el número de hijos, el estado civil, la ocupación de la madre, la existencia de lactancia previa, el conocimiento de las ventajas de la LM, el tipo de inicio o de terminación del parto, la existencia de lactancia precoz en las dos primeras horas, el peso del lactante al nacer, la demora de la primera toma en planta, ni una adecuada técnica de lactancia al alta.

Conclusiones:

La duración de la LM en los 12 primeros meses de vida del recién nacido se relaciona con factores como la edad de la madre, sus estudios, el no uso del chupete en la primera semana de vida y la lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria.

Po46. MOTIVOS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

*Maria Elisa Lamelas Gonzalez; Vanesa Escudero Milos
Maria del Carmen Perez Blanco; Teresa Gonzalez Alvarez
Florinda Corzo Alvarez; Gema Sanchez-Cabezudo Tirado
Maria Carmen Florez Olay; Natalia Alonso Martinez
Sergio Gonzalez Palanca. Hospital Comarcal Valdeorras
Gerardo Palmeiro Fernandez. Centro de Salud de Rubia*

Antecedentes y Objetivos:

La lactancia materna (LM) es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias socioeconómicas y culturales. Recomendada por la OMS de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como el alimento más saludable para los lactantes, su abandono conlleva importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias.

Objetivo: Identificar los motivos de abandono de la LM y su relación con la duración de la lactancia materna en los 12 primeros meses de vida del lactante.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal.

Mujeres de ámbito semi-urbano que parieron en los años 2008 y 2009 en un Hospital Comarcal. Se incluyeron a todas las mujeres con LM (exclusiva o mixta) al alta hospitalaria, entrevistadas mediante cuestionario previamente pilotado, a los 10 días, 2, 6 y 12 meses tras el alta.

Resultados:

De los 355 nacimientos asistidos realizados, participaron 290 mujeres (edad media de 30,5 años ($\pm 5,6$)). Un 57,5% eran primíparas y el 56,1% tenía trabajo. En el 27,6% el parto había sido instrumental o por cesárea. El 75,1% fueron dadas de alta con LM exclusiva.

La duración media de la LM fue de 5,8 meses ($\pm 5,7$). Al 6º mes, el 66,0% la había abandonado y el 66,4% de las mujeres no se había reincorporado a su trabajo.

La disminución subjetiva en la cuantía de la leche fue el motivo de abandono más frecuente (59,1% con duración media de la LM de 3,8 meses ($\pm 3,0$)), siendo, al alta, la técnica de amamantamiento adecuada en el 98,9% de los casos. Otros motivos fueron la indicación del pediatra (12,9%, duración media de 2,8 meses ($\pm 1,9$)), la incorporación laboral (4,7%, duración media 4,7 meses ($\pm 1,2$)) y la patología mamaria (3,5%, duración media 1,0 meses ($\pm 0,1$)), con diferencias significativas respecto a la duración media de la LM entre todos los motivos estudiados ($\chi^2 = 21,9$; $p < 0,001$).

Conclusiones:

La disminución subjetiva de la cuantía de la leche, a pesar de una técnica de amamantamiento adecuada, fue el motivo

Po47. IHAN, ¿COMENZAMOS CON UNA AUTOEVALUACIÓN?

José Antonio Simarro Blasco; Juan Manuel Rius Peris
Elisa Cueto Calvo; Francisca Rubiera Núñez
Gema Sanabria Martínez; Susana Bravo Ferrón
H. Virgen de la Luz

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Con la IHAN se pretende adoptar medidas que protejan la lactancia materna. Presentamos la evaluación de la situación en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal. Recogida de datos mediante encuestas a las madres en el posparto y al alta de maternidad. Muestreo consecutivo, incluyéndose todos los RN sanos y sus madres que ingresan en la maternidad, en caso contrario solo si la separación duraba menos de 12 horas.

RESULTADOS: Un total de 271 madres y sus RN se incluyeron. Media de edad materna $31 \pm 5,28$ años. Extranjeras 25,7%. Primíparas el 52,1%. Cesáreas 20,3%. Deseo materno de LM 94,4%. RN puesto al pecho en la primera hora posparto, 71%. Utilización de pezoneras 13,3%, uso de suplementos en el 54,3%, siendo el número medio de tomas de fórmula por paciente y estancia de $1,73 \pm 3,53$. Porcentaje de LME al alta 49,8%. El 56% de las madres habían acudido a clases de preparación al parto y de ellas un 14% no había recibido ninguna información sobre LM.

Durante la estancia en maternidad el 50,4% de las madres declaraban que habían recibido instrucciones sobre la LM y un 42% que habían recibido ayuda del personal sanitario para ponerse el niño al pecho. Un 43% de las madres decían haber estado preocupadas por: Lactancia: subida de la leche (25%), toma suficiente el RN (11%), problemas en pecho/pezón (5%), problemas en engancho (3%). RN: llanto (9%), flemas (2%), cuidados en general (8%), otros (6%). Estado de salud materno (10%). Otros inclasificables (21%). Un 33,3% de las madres tenían alguna queja: trato del personal (33%), contradicciones en la LM (6%), apoyo de la lactancia insuficiente (8%), aire acondicionado (15%), demasiadas visitas (8%), otras (28%).

El 25,1% de las madres presentaban grietas en el pezón.

CONCLUSIONES:

1. El porcentaje de madres que desean dar LM es alto en comparación con el porcentaje de LME al alta.
2. Se proporciona escasa información sobre la lactancia.
3. Las actitudes del personal para apoyar la lactancia son pobres.
4. Las madres presentan demasiadas preocupaciones y quejas en relación con la atención al parto, posparto y lactancia que podrían subsanarse con facilidad.

Po48. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA LACTANCIA EN UN HOSPITAL CON CERTIFICADO I.H.A.N.

*Esther Fernandez Perez; Sonia Berenguer Cerda
M^a Angeles Alvarado Lucas; Natalia Esquivá Moreno
Francisca Rodrigo Serrano; Irene Sayas Ortiz
Hospital Elche
Antoni Oliver Roig; Miguel Richart Martinez
Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería*

ANTEDECENTES Y OBJETIVO: Tras la creación del Comité de LM de Área en 2008 se han realizado cambios orientados a la mejora de la atención a la LM: retirada de publicidad, recomendación de LM a demanda, restricción de suplementos de LF y formación de profesionales. En 2010 se obtuvo el certificado IHAN. Pretendemos realizar una evaluación del estado actual del proceso de mejora.

MATERIAL Y METODO: Muestra consecutiva de 137 mujeres con recién nacidos sanos. Entre Octubre de 2010 y Enero de 2011 se obtuvo información sobre variables socioeconómicas y de evaluación de indicadores clave, mediante cuestionarios en la semanas 37-40 de gestación y antes del alta posparto. Los indicadores no dicotómicos (cumple/no cumple) se midieron mediante una escala de lickert de 5 puntos y se consideraron óptimas las puntuaciones 4.

RESULTADOS: La media de edad de las mujeres fue de $31,6 \pm 4,96$ años. El 61,3% (n=84) eran primíparas y un 90,5% (n=124) españolas. Un 45,2% tenían estudios primarios o inferiores (n=61). Iniciaron la LM el 84,3% (n=113) y ofrecían LME al alta el 65% (n=89).

El 64,2% (n=86) de las mujeres consideraron que la información sobre LM durante el embarazo fue óptima. El 59,7% (n=80), el 76,5% (n=104) y el 67,2% (n=90) consideraron óptimas la ayuda para la LM en la primera toma, la ayuda durante el ingreso en la planta de maternidad y la ausencia de mensajes contradictorios, respectivamente.

El 53% (n=73) de los lactantes tuvo contacto precoz piel con piel la primera media hora tras el parto. El 45,3% (n=62) de los lactantes usó chupetes o tetinas y el 1,5% (n=2) recibieron líquidos durante el ingreso.

CONCLUSIONES: Tras dos años de intervenciones el hospital ha mejorado de forma global, especialmente en lo relativo a la ayuda en LM durante el ingreso. La tasa de LME se acerca a la necesaria para solicitar la evaluación externa IHAN y será necesario analizar los motivos de suplementación con LF. Los indicadores sobre información, contacto precoz y uso de chupetes o tetinas precisan de un análisis causal y de dificultades para el cambio, con la finalidad de definir estrategias de mejora.

Po49. ESTUDIO CON MÉTODOS MIXTOS DE LA ATENCIÓN A LA LACTANCIA MATERNA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GALICIA

M^a Dolores Martínez Romero. *Servicio Gallego de Salud*
M^a Teresa Ferreiro Losada; Eduardo Díaz Sanisidro
Ana Clavería Fontán. *Gerencia Atención Primaria Vigo*
José Manuel Martín Morales. *Hospital Barbanza*
Antonio Rial Boubeta; Jesús Varela Mallou
Departamento de Psicología Social de USC
Iñigo Montesino Semper. *H. Virxe da Xunqueira*
Gerardo Atienza Merino. *Avalia-T*

Antecedentes

Optar por lactancia materna (LM) depende de motivaciones maternas y de factores personales o del entorno que influyan en su éxito o fracaso.

Objetivos.

Evaluación multidimensional de calidad del proceso de promoción, protección y ayuda a la LM en 14 hospitales desde el punto de vista de la mujer, y de los propios profesionales.

Material y métodos.

Perspectiva de la mujer:

1. Estudio cualitativo con 14 grupos focales: 112 madres aleatorizadas (17-43 años), en grupos de 7-9 según residencia y grupo de edad.
2. Encuesta telefónica asistida por ordenador a 699 mujeres, con muestreo aleatorio estratificado por hospital y grupo de edad.

Perspectiva de los profesionales:

3. Autoevaluación de profesionales: desarrollo de cuestionario individual, para posteriormente consensuar en cada hospital por grupos de 6-12 profesionales.
4. Revisión de 3418 historias clínicas con muestreo aleatorio estratificado por hospital.

Resultados.

Se analizaron los resultados de cada estudio, con un enfoque mixto posterior, para una mejor comprensión.

1-Grupos focales: 76.6% optaron por LM. Subrayan déficits de: ayuda, profesionalidad y empatía. Vemos una “secuencia de abandono de la LM”.

2-Encuesta telefónica: 60% de separación del bebé en las dos horas postparto. 41.7% demandan información clara sobre cuidados y alimentación del bebé. 32.1% tuvieron dificultades con la LM. Al alta: 61.9% LM exclusiva, 26.0% alimentación artificial (AA), y 12.1% mixta.

3-Autoevaluación: los hospitales puntúan en conjunto 5.9 sobre 10.

4-Historias clínicas: escaso registro sobre contacto piel con piel, separación o alimentación del bebé. Es frecuente la aspiración de secreciones neonatales, paso de sonda nasogástrica y

lavado gástrico. Alimentación postparto: 79.2% LM; 18.8% AA (> en cesáreas). Al alta: 55.4% LM exclusiva, 4.7% LM parcial y 20.8% AA.

Conclusiones.

Las madres sugieren medidas como mejorar en empatía, información, formación en LM, o mejorar el servicio de neonatos. También sensibilización poblacional sobre ventajas de LM, desmitificación y desdramatización (grupos de madres lactantes).

Apreciamos elevada variabilidad entre hospitales. Incorporar tanto la experiencia y el sentir de profesionales como expectativas y sugerencias de usuarias a la gestión, permitirá establecer estrategias de mejora.

P050. LACTANCIA Y PREMATURIDAD: INVESTIGACIÓN CUANTI-CUALITATIVA

*Gemma March Vil; Joaquín Tomás-Sábado
Montserrat Antonín Martín; Serena Brigidi
E.U.I. Gimbernat*

Introducción:

Los índices de lactancia materna (LM) en recién nacidos (RN) prematuros se ven aumentados si existen protocolos consensuados entre el personal sanitario que está al cuidado de estos niños. A su vez, estos cuidados deben ser individualizados en función de la especificidad de cada niño y su grado de desarrollo. Así pues, las guías de lactancia en recién nacidos prematuros pueden ser útiles, pero a su vez, la información aportada por las madres de estos niños nos da información relevante respecto a otros condicionantes que pueden influenciar en el mantenimiento o en el cese de la lactancia. El objetivo de este trabajo es analizar, a partir de los resultados de la investigación cuantitativa, los factores cualitativos que puedan intervenir en el mantenimiento de la lactancia materna en los recién nacidos prematuros.

Material y métodos:

Para analizar los beneficios del protocolo se realizó un estudio transversal de cohortes ambispectivo durante los años 2003 al 2006 con una muestra de 187 neonatos pretérmino (104 pre-protocolo y 83 post-protocolo). A partir de los resultados obtenidos, se está llevando a cabo una revisión sistemática cualitativa con las bases de datos MEDLINE, PsychINFO, Web of Science, CUIDEN, Cochrane Library y CINAHL con las palabras claves: Breastfeeding, preterm infants, qualitative research

Resultados:

- Después de aplicar el protocolo, se aumentó un 30% la lactancia materna directa al alta y la duración de la lactancia materna en el hogar aumentó 2 meses.
- Se han obtenido un total de 6 estudios cualitativos relevantes, dos de los cuales son estudios secundarios (Revisiones sistemáticas cualitativas) y 4 de ellos son estudios primarios. Los temas que aportan las madres (findings) son problemas de abandono por falta de apoyo, sentir recompensa al dar el pecho (motivación), sentirse manipulada (el pecho como objeto), no sentirse madre y la opinión ambivalente del padre, entre otros.

Conclusiones:

Con la aplicación del protocolo de lactancia materna en RN prematuros se ha visto aumentado las tasas de LM directa al alta. Por otro lado, la investigación cualitativa que se está llevando a cabo, aporta ventajas a la investigación cuantitativa puesto que permite adquirir una mejor comprensión de la situación y una visión interpretativa de la vivencia experiencial de las madres.

P051. DIFERENCIAS DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA ENTRE MUJERES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS:

*Susana María Rubia Ortega; Nieves García Acosta
Miguel Ángel Romero Rodríguez; Susana Amat Mena
Lorena García Aguilar; García Roman García
Hospital Poniente*

INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna es el método óptimo de alimentación del lactante, pero puede verse afectada por diversos factores sociales, culturales y familiares, que explican los cambios en su prevalencia a lo largo del tiempo.

OBJETIVO:

Conocer los datos sobre lactancia materna al alta en el Hospital e identificar si hay diferencias entre inmigrantes y autóctonas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio es observacional, analítico y transversal.

La población de estudio ha sido de 228 mujeres, 109 inmigrantes y 119 autóctonas, elegidas al azar.

Las mujeres inmigrantes, procedían de diferentes nacionalidades, que para sintetizar la información y facilitar el análisis, se agrupó en 6 áreas: Magreb, SubSáhara, Europa del Este, Latinoamérica, Asia y el resto del mundo.

RESULTADOS:

Atendiendo a esta agrupación, las mujeres magrebíes suponían la mayor frecuencia con un 45 %, seguida por las mujeres procedentes de Europa del Este con un 40 %, un 4,5 % eran Latinoamericanas, un 2,75 % Subsaharianas y un 7,75 % del resto del mundo.

De las 208 mujeres del estudio, el 91 % iniciaron lactancia materna en la primera media hora tras el parto, no existiendo diferencias entre españolas e inmigrantes.

Al alta hospitalaria, un 78 % de estas mujeres se van con lactancia materna exclusiva, un 16 % lactancia mixta y un 6 % lactancia artificial.

Si analizamos la diferencia de lactancia materna entre mujeres autóctonas e inmigrantes:

- Lactancia materna exclusiva: 51,6 % mujeres inmigrantes y 48,4 % en mujeres autóctonas.
- Lactancia mixta: 62 % mujeres autóctonas y 38 % mujeres inmigrantes.
- Lactancia artificial: 77 % mujeres autóctonas y 23 % mujeres inmigrantes (ninguna mujer del Magreb ni de SubSáhara).

CONCLUSIONES:

Según los resultados del estudio, podemos observar, que aunque no se observan diferencias en la lactancia materna exclusiva al alta entre mujeres inmigrantes y autóctonas; si se observa claramente que el uso de leches artificiales con lactancia mixta o lactancia artificial es más frecuente en mujeres autóctonas que inmigrantes.

Además destacar que dentro de las mujeres inmigrantes, las de SubSáhara y Magreb, tienen más inculcada la lactancia materna exclusiva.

P052. ¿HA DIFICULTADO LA LACTANCIA EL ALTA PRECOZ? ¿FAVORECE LA LACTANCIA EL CONTACTO PRECOZ CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

***Inma Pablos Rodríguez; Ana Morillo Ortega
Sara Freixedas; Emili Fos Escrivà
Dolors Miralles
Abs Penedès Rural
Glòria Villena. Hospital Comarcal Alt Penedès***

Ante el aumento reciente en los casos de enormes dificultades en el inicio de la lactancia, nos preguntamos si influirá el alta precoz del hospital (48 horas, sin evidenciarse en prácticamente ningún caso la recuperación de peso del neonato) y el retraso en la visita por el equipo pediátrico de primaria (más de las 48 horas recomendadas en el consenso europeo para la alimentación del lactante 2007).

Evaluamos una muestra de 103 niños nacidos en el 2010. Medimos si inician LME o no, si nacieron o no en el hospital de la zona (donde al alta ya tienen la visita con pediatría), el peso al nacer, el peso en la primera visita (tanto si es programada como espontánea), los días en que se hace ésta, y si ha habido destete precoz durante el primer mes de vida.

El 64% nacieron en el hospital de referencia.

El 74% inició LME. El peso al nacer de los que inician LME fue de 3315g. Todos los que perdieron el 10% del peso se controlaron a las 24 horas del alta en el hospital. El resto se visitaron en el centro de salud a los 7'41 días de vida. El 77% comienzan a recuperar peso, el 19% no, y el 3% no y ha empezado LMP; sin que haya diferencias en el día de vida en que se han visitado. Respecto a la presencia de dificultades iniciales (tomas dolorosas, grietas, pérdida importante de peso) encontramos que se dan en 7 casos (y de ellos 3 continúan con LME tras unos días de LMP), mientras que hay un destete al mes en 6 casos sin "dificultades" (correcta curva ponderal, tomas no dolorosas, no grietas, aunque niños de alta demanda). De los 10 casos que dejan la LME el 50% presentan dificultades.

Conclusiones: El alta precoz no nos ha parecido responsable del aumento de las dificultades atendidas, dado que la primera visita se realiza rápido y los padres pueden acudir al centro de salud aunque todavía no tengan la tarjeta sanitaria. Entre los destetes hay 3 casos en que se han visitado a las 48 horas del alta, y 2 han destetado sin "dificultades". Suponemos que la confianza materna sigue jugando un papel muy importante en el éxito de la lactancia.

Po53. PRÁCTICAS QUE ALIENTAN O ENTORPECEN LA LACTANCIA EN UN HOSPITAL: OCHO AÑOS DESPUÉS.

*Elisa Antón Canals; Ginesa Lagunas Navidad
Filomena López Valero; Antonia Riola Muirriño
Ana Verdú Grau; M^a Salud Lózano Durá
Hospital de Elda
Antonio Oliver Roig. Universidad de Alicante*

ANTEDECENTES Y OBJETIVO: En 2002 se realizó un estudio en un hospital general para obtener datos sobre las rutinas hospitalarias relacionadas con la IHAN. Tras un proceso de mejora, se pretende realizar otro análisis de las prácticas hospitalarias para identificar nuevas acciones y solicitar el Certificado de compromiso IHAN.

MATERIAL Y METODO: Muestra consecutiva de 362 mujeres y lactantes nacidos vivos en el hospital. Entre Mayo y Septiembre de 2010 se obtuvo información sobre prácticas que alientan o entorpecen la lactancia, mediante un cuestionario al alta posparto.

RESULTADOS: El 93,6% de los nacimientos fue a término, el 3% de los lactantes estuvo ingresado en neonatos. La media de peso al alta fue de 3081,3±411,6 gramos. El 90,3% (n=327) iniciaron LM y, al alta del hospital, recibían LM exclusiva el 62,6% (n=211) de los lactantes, todos a demanda.

El 86,1% y el 77,5% de las mujeres estaban “bastante de acuerdo” o “completamente de acuerdo” en haber recibido la información necesaria sobre LM durante la gestación y sobre grupos de apoyo respectivamente. El 83,2% y el 84,5% lo estaban en cuanto a haber recibido suficiente ayuda para amamantar al bebé la primera vez y durante el ingreso. El 47,5% de las madres que ofrecían LA habían recibido suficiente información sobre la preparación y administración de biberones.

El 73,1% de los lactantes tuvo contacto precoz piel con piel la primera hora tras el parto. El 45,3% (n=62) de los lactantes usó chupetes, el 14,1% de los suplementos de leche artificial se administró mediante biberón.

CONCLUSIONES: El estudio aporta datos favorables en relación al cumplimiento de los criterios globales relativos a los pasos IHAN 3, 4, 5, 8 y 9. Destaca el aumento significativo de la ayuda profesional percibida por las madres durante el ingreso y la baja proporción del uso de biberones para los suplementos.

Será necesario implementar cambios en relación al contacto precoz posparto, el uso de suplementos de LA y chupetes en la planta, que no han mejorado (pasos 4, 6, 9). Es necesario también mejorar la información para madres que ofrecen LA y sobre los grupos de apoyo (pasos 5 y 10).

P054. INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN 211 NIÑOS DE 0-2 AÑOS DE ÁREA DE SALUD EN EL PERIODO 2007-2008

*David Lozano Díaz. Hospital General La Mancha Centro
M^a Asunción Leal García; Eloisa Lozano Tebar
Elvira Gomez; Mercedes Fernández
Carmen Serrano; Isabel Pérez; Miguel Cerdán Olmedo
Centro Salud N^o4 Albacete*

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de inicio, duración y factores asociados a la lactancia materna (LM) en niños de 0-2 años correspondientes a un Área de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional longitudinal de cohortes.

Sujetos de estudio: 211 niños de 0-2 años correspondientes a un Área de Salud en el periodo 2007-2008 seleccionados a partir del ítem duración de LM registrado en el Programa Salud Infantil y encuesta materna.

Determinaciones: duración de LM, LM a 6 meses y tipos de L hasta los 15 meses, consejo de lactancia <1 mes y posterior, etc.

Las variables asociadas al inicio de LM exclusiva (LME) y al mantenimiento de la LM a los 6 meses se identificaron mediante regresión logística. El mantenimiento de la LM se estimó mediante regresión de Cox.

Resultados: La LM se inició en 170 casos (80,6%). La duración mediana de LM fue de 6 meses (IC95% 5,2 a 6,8 meses). A los 6 meses se mantuvo LM exclusiva (LME) en 27,5% de casos y 22,3% como LM parcial o mixta. A 15 meses mantenían LM 12'7%.

Factores favorecedores del inicio de LM: edad materna (Odds Ratio (OR) por año de edad: 1,19; IC95% 1,02 a 1,04), madre sana (OR 13,3; IC95% 1,06 a 167) peso adecuado para edad gestacional (OR 14,6; IC95% 2,82 a 75,7; p=0,001) y expectativa materna de duración de LM (OR por cada mes 1,21; IC95% 1,04 a 1,42).

Factores asociados al mantenimiento de LM a los 6 meses: edad materna (OR por año de edad: 1,11; IC95% 1,002 a 1,23), LME al nacimiento (OR 3,32; IC95% 0,94 a 11,8) y expectativa materna de duración de LM (OR por cada mes 1,19; IC95% 1,07 a 1,33).

Factores asociados al mantenimiento de la LM: peso recién nacido (Hazard Ratio (HR) por Kg 0,63; IC95% 0,41 a 0,97), haber iniciado LME al nacimiento (HR 0,46; IC95% 0,25 a 0,85) y expectativa materna de duración de LM (HR por cada mes 0,94; IC95% 0,91 a 0,98).

Conclusiones:

En nuestra cohorte se mantuvo LM a los 6 meses en el 50'7%, cifra superior a la media española.

La expectativa materna de duración fue el factor más determinante tanto en el inicio como en el mantenimiento de la LM.

Po55. LOS LACTANTES AMAMANTADOS LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA ¿CÓMO SE ALIMENTAN A LOS SEIS MESES DEL NACIMIENTO?

**Cecilia Perez Fernandez; Henar rojo Sombrero
Ersilia Gonzalez Carrasco; M^a Jose Santos Muñoz**
Hospital Severo Ochoa Madrid
Celina Arana Cañedo Argüelles
CSALD M^a Angeles Lopez Gomez Leganés

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Como punto de partida en la implementación de la estrategia IHAN en nuestro hospital y área de referencia, nos propusimos conocer la tasa de Lactancia Materna Exclusiva (LME) a los 6 meses tras al alta de la Maternidad, describir el estado de la Lactancia Materna (LM) a los 2, 4, 5 y 6 meses y analizar los motivos de cese de la LME durante el período estudiado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional.

Se realizó entrevista telefónica a las madres, a los 6 meses postparto. Se recogió: alimentación del niño en el momento actual, alimentación a los 2, 4, 5 y 6 meses y motivo de cese de la LME. Utilizamos una ficha de recogida de datos estandarizada.

Criterios de inclusión: Madres cuyos hijos nacieron en nuestro hospital en junio y julio de 2010 y aceptaron participar en el estudio.

RESULTADOS

Se analizaron 104 casos con una tasa de LME al alta post-parto de 76,6%.

A los 6 meses el 21,4% referían LME y el 51,5% LM.

El 77,7 % de las madres mantuvieron LME a los 2 meses, el 60,2 % a los 4 meses, y un 42,7 % a los 5 meses.

Los motivos del cese de la LME fueron: 33,3 % motivos laborales, 29,2% percepción de escaso aporte, 22,9% indicación por parte de un profesional de introducir la alimentación complementaria (AC), y 14,6% otros motivos.

CONCLUSIONES

La mayoría de las madres mantienen la LME durante los 4 primeros meses de vida y el principal motivo de cese en este período es la percepción de escaso aporte. Un alto porcentaje de madres continúan con LME a los 5 meses, y los motivos laborales son el factor determinante de su cese posterior. Un motivo importante de cese de LME en el 5º mes es la indicación de introducir la AC por parte de un profesional.

Es necesario mejorar la formación de los profesionales para conseguir un apoyo eficaz en el mantenimiento de la LME, sobre todo en momentos críticos como la incorporación al trabajo o la introducción de la AC.

P056. LA IMPORTANCIA DEL APOYO PRENATAL Y LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS DÍAS.

*Cecilia Perez Fernandez; Henar Rojo Sombrero
Ersilia Gonzalez Carrasco; M^a Jose Santos Muñoz
Nieves Martinez Guardia
Hospital Severo Ochoa Madrid*

ANTECEDENTES

La información sobre los beneficios de la Lactancia Materna (LM) para la madre y el RN y la experiencia previa son el primer paso para una LM eficaz ya que ambos factores influyen sobre la intención de lactar.

OBJETIVOS

Analizar las actividades sanitarias prenatales de fomento de la LM, la intención de lactar y la experiencia previa, y su repercusión en el tipo de lactancia al alta de la Maternidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional desde Junio a Septiembre de 2010. Utilizamos la ficha de autoevaluación para hospitales en proceso IHAN. Se recogió: haber recibido información prenatal sobre LM, asistencia a grupos de educación maternal, conocimiento de las ventajas del contacto piel con piel y del alojamiento conjunto, voluntad de amamantar, experiencia en hijos previos y la evolución del amamantamiento en la Maternidad.

Criterios de inclusión: EG < 35 semanas.

RESULTADOS

Se analizaron 254 casos.

Un 82,6% recibieron información sobre los beneficios de la LM.

El 57,9% acudieron a grupos de educación maternal, el 78,8% conocían las ventajas del contacto piel con piel y el 67,4% las ventajas del alojamiento conjunto. No se encontraron diferencias entre estas variables y el tipo de lactancia al alta.

Madres con intención de amamantar en este embarazo: 95,4%, LM al alta 98%.

Del 4,6% sin intención de amamantar, 10% dieron lactancia mixta al alta.

Los motivos de intención de no lactar en el embarazo actual fueron: 40% mala experiencia previa, 10% problemas laborales, 10% enfermedad materna y 40% otros motivos.

El 96,8% de las mujeres que habían lactado previamente (duración media 4,6 meses, DE 3,05) vuelven a amamantar. El 86,9% de las madres sin experiencia previa amamantan al alta.

CONCLUSIONES

El deseo de amamantar es el factor determinante para el inicio de la LM.

Tanto las madres con experiencia previa de LM como las madres primíparas deciden mayoritariamente iniciar dicha práctica.

La información prenatal sobre los beneficios de la LM, las ventajas del contacto piel con piel y del alojamiento conjunto, contribuyen positivamente a esta decisión.

Po57. SEGUIMIENTO LACTANCIA MATERNA TRAS EL ALTA EN UNA UNIDAD NEONATAL DE TERCER NIVEL

*M^a Victoria Martínez Hidalgo; Patricia Magaz Pilar
M^a Isabel Perez Agromayor; Consuelo Dominguez Crespo
Francisca Luengo Sainz de Baranda; Esther Agra Rodriguez
Pilar García Martínez; Esther Cabañes Alonso
H.U. 12 de Octubre*

INTRODUCCIÓN

Son diversas las estrategias realizadas en nuestra unidad para favorecer la Lactancia Materna (LM). Información oral y escrita a los padres, formación del personal, retirada de chupetes, cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos, etc. A pesar de la implicación de los profesionales desconocemos cual es la duración de la LM tras el alta.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia LM hasta los 6 meses tras el alta según la edad gestacional al nacimiento.

MÉTODO

Estudio longitudinal de seguimiento, incluyendo HD de los niños que al alta de Neonatología se alimentan con LM al menos una toma. Periodo de estudio 1-7-2010 al 20-12-2010. Se solicita colaboración a las madres y número de teléfono de contacto previo al alta. Todas las madres aceptan. Se realizan llamadas a las semanas 1, 2 y 3 y todos los meses hasta el 6º mes tras alta. Se pregunta por la alimentación del RN específicamente en las últimas 24h. y desde la última llamada. Si había tomado fórmula aunque fuera aisladamente se consideraba como lactancia mixta. Los niños se agruparon para su estudio según la edad gestacional: <32S.G., 32S.G-<37S.G. y 37S.G. Se realiza base de datos para su análisis.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se fueron de alta con LM 124 niños, 3 de ellos se perdieron en el seguimiento y uno falleció. En el momento del alta estos niños tenían edades muy diferentes, entre 1 y 125 días.

Se obtuvieron los siguientes resultados

	<32 S.G = 33 RN			≥32 y <37 S.G. = 42 RN			≥37 S.G = 49 RN			24 - 41 S.G = 124		
	LM Exclusiva	LM mixta	Total LM	LM Exclusiva	LM mixta	Total LM	LM Exclusiva	LM mixta	Total LM	LM Exclusiva	LM mixta	Total LM
1 m	54%	35%	90%	46%	44%	90%	74%	29%	98%	59%	34%	93%
2 m	45%	54	100%	32%	55%	87%	69%	21%	90%	49%	43%	92%
3 m	38%	38%	76%	25%	50%	75%	72%	28%	100%	44%	40%	84%
4 m	62%	25%	87%	21%	43%	64%	63%	31%	94%	47%	34%	81%
5 m	60%	40%	100%	40%	40%	80%	50%	33%	83%	50%	38%	88%
6 m	50%	50%	100%	0%	100%	100%				33%	67%	100%

CONCLUSIONES

A pesar del ingreso, en muchos casos ingresos muy prolongados, la lactancia materna se mantiene en una proporción alta de niños durante varios meses. Además hay que considerar que al tiempo de lactancia que se muestra hay que añadir el tiempo de lactancia durante el ingreso que en el caso de los menores de 32 semanas de media es 45 días. .

Po58. LACTANCIA MATERNA: DEL SIGLO XX AL XXI

Beatriz Fuentes Benito. Hospital Universitario Joan XXIII
Eusebia Romano Santos. Assir Tarragona
Beatriz Fernández González. Assir Reus
Lidia Díez Soro. Hospital Universitario Sant Joan de Reus

Antecedentes y objetivos:

La lactancia materna no es sólo un acto puramente biológico, sino también, cultural, histórico y social. Es una actividad cotidiana, desarrollada en el ámbito privado/familiar, y por ello, son las personas cercanas a la mujer lactante las que pueden ayudarle en este proceso. Existen diversos estudios que correlacionan el apoyo social con el éxito de la lactancia materna.

En la bibliografía revisada, se ha observado que las abuelas pueden tener protagonismo tanto en el inicio/continuidad de la lactancia materna, así como, en el destete precoz.

El objetivo del presente estudio es conocer la experiencia y conocimientos de las abuelas en referencia a la lactancia materna, así como sus preferencias y opiniones sobre la alimentación de su futuro nieto. También, se pretende averiguar si las abuelas se consideran elementos importantes de promoción/apoyo de la lactancia natural y con suficiente capacidad para ayudar a sus hijas/nueras.

Material y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo observacional y transversal. El instrumento de recogida de datos es un cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas, entregado a las madres y suegras de gestantes de más de 28 semanas. Se ha realizado un muestreo intencionado en la consulta de control de la gestación.

Resultados:

Se estudiaron 87 mujeres, siendo el 61% abuelas maternas. La media de edad es 60´91 años, y la de hijos 2´77. El 80% dio el pecho al menos a uno de ellos. La media de tiempo que amamantaron a su primer, segundo y tercer hijo fue: 6´14, 5´14 y 6´79 meses, respectivamente. El 94% refiere esta experiencia como agradable.

El 63% de las que lactaron expresa haberle contado la experiencia a su hija/nuera.

Hallazgos más significativos sobre conocimientos de lactancia materna:

- El 66% piensa que el uso de tetinas y chupetes no interfiere con la lactancia materna.
- Un 57% afirma que hay leches de “buena y mala calidad”
- El 66% opina que el bebé debe mamar de los 2 pechos en cada toma.

El 83% prefiere que su futuro nieto se alimente con pecho, y el 97% considera que podría ayudar a su hija/nuera en el caso de que le surgieran dudas relacionadas con la lactancia materna.

**P059. EFECTO DE LOS SUPLEMENTOS DE LECHE ARTIFICIAL
ADMINISTRADOS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO**

Miren Josune Galrraga Rodriguez. HUFA

**Po6o. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
DURANTE LA ESTANCIA EN LA MATERNIDAD**

***María Luisa del Pozo Ayuso; Concepción Vargas Hormigos
Carmen Navarro Varella; Esther Sánchez Gestido
Itziar Pradas Prieto; Esperanza Martín Sequeros***
Hospital Universitario La Paz

Po61. VALORACIÓN DEL MIRIS DIARY MILK ANALYZER COMO MÉTODO RUTINARIO DE ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN EN MACRONUTRIENTES DE LA LECHE HUMANA: DATOS PRELIMINARES

Miriam Fraga; Dolores Silvestre; María Miranda
Universidad Cardenal Herrera-CEU
María Gormaz; Ester Torres; Máximo Vento
Servicio Neonatología. Hospital Universitario La Fé

Antecedentes: La elevada variabilidad de la composición de la leche humana hace necesario su análisis cuando se emplea en los Bancos de Leche Humana (BLH) para conocer el valor nutricional de leche proporcionada por las diferentes mujeres donantes. Para ello se precisa un método de análisis rápido, sensible y exacto que permita el control rutinario con un mínimo volumen. La técnica de espectrometría infrarroja (MIRIS Human Milk Analyzer, HMA) se está valorando actualmente como una interesante opción para cubrir esta necesidad.

Objetivo: Evaluar la exactitud e idoneidad de HMA para la medida rutinaria del contenido en macronutrientes de la leche humana.

Material y métodos: 9 muestras de mujer se dividieron en 2 alícuotas cada una, determinando su composición en: lactosa, proteínas y grasa, mediante el uso de HMA y, para su comparación, con los métodos validados de empleo en el análisis de leche de vaca: Cloramina T (determinación de lactosa), Löwry (determinación de proteínas) y Röse Gottlieb (determinación de grasa), en cada una de las muestras. El análisis estadístico de las diferencias entre los métodos se realizó mediante la t Student al 95% de probabilidad.

Resultados: Los resultados expresados en mg/100mL son: proteínas (HMA vs. Cloramina-T: $0,93 \pm 0,37$ vs. $1,22 \pm 0,21$, $p < 0.05$); grasa (HMA vs. Rose Gottlieb: $5,85 \pm 0,77$ vs. $4,15 \pm 0,63$, $p < 0.05$); lactosa (HMA vs. Cloramina T: $6,82 \pm 0,74$ vs. $7,97 \pm 0,58$, $p < 0.05$). Así, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todos los nutrientes analizados.

Conclusiones: Los datos disponibles indican diferencias significativas según la metodología de análisis empleada, por lo que sería recomendable la calibración y ajuste de la exactitud del analizador para una buena distribución de la leche en el BLH adaptada a las necesidades del lactante. Los resultados obtenidos sugieren el interés de prolongar el estudio incrementando el número de muestras.

Po62. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE PÉRDIDAS DE LECHE EN UN BANCO DE LECHE CERTIFICADO SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008

*Gerardo Bustos Lozano; Diana Escuder Vieco
Victoria Franco Garcia; Maria Luisa Duran Arroyo
Teresa Moral Pumarega; Nadia Garcia Lara
Hospital 12 de Octubre*

Objetivo: medir la variación temporal de los indicadores de pérdida de leche de un banco de leche certificado según la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

Métodos: medición prospectiva de indicadores de eliminación o pérdida de leche antes (año 2009) y después (2010) de la implantación del sistema de gestión de la calidad. Datos obtenidos de la base de datos del banco de leche.

Resultados:

Indicador de pérdidas	2009	2010	Estándar
Leche cruda	28,7% 213,6 L / 744 L =	8,15% (56,6 L / 694 L)	
Envase		0,08%	≤ 20% leche donada
Color		0	
Aroma		1,4%	
Caducidad	¿?	3,1%	
Acidez		2,3 %	
Conservación		1%	
Investigación		0,2%	
Pasteurización inadecuada	0	0,55% (3,03 L / 548,76 L)	≤ 3 % LP
Leche Pasteurizada por incidencias de conservación	0,06% (0,33 L / 530,4 L)	0,06% (0,33 L / 548,76 L)	≤ 5 % LP
Leche Pasteurizada por incidencias de distribución	¿?	0,4% (2,2 L / 548,76 L)	≤ 3% LP
Leche Pasteurizada por contaminación bacteriana	7,6%	3,6% (19,8 L / 548,76 L)	≤ 3% LP
Leche Pasteurizada por investigación	¿?	0,08% (0,42 L / 548,76 L)	≤ 3 % LP
Pérdidas totales de leche donada	> 36%	11,9% (82,76 L / 694 L)	≤ 25% LD

Conclusiones:

La elaboración de una base de datos de pérdidas permitió medir pérdidas que anteriormente no se cuantificaban.

La implantación de un sistema de gestión por procesos y de gestión de la calidad permitió establecer mejoras que condujeron a una importante reducción de pérdidas de leche cruda donada (72%) y de leche pasteurizada por contaminación bacteriana (53%).

Aunque no es posible medir exactamente la cantidad total de leche donada perdida en 2009, supuso al menos un 36% del volumen de donación, por lo que la mejora es de al menos 66%.

Po63. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS OPERATIVOS EN UN BANCO DE LECHE CERTIFICADO SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008

*Gerardo Bustos Lozano; Diana Escuder Vieco
Victoria Franco Garcia; María Luisa Duran Arroyo
Teresa Moral Pumarega; Nadia Garcia Lara
Hospital 12 de Octubre*

Objetivo: medir la variación de los indicadores de calidad de los procesos operativos de un banco de leche certificado según la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

Métodos: medición prospectiva de indicadores de calidad de los procesos operativos en los años 2008 (sin sistema informatizado) 2009 (antes de la implantación del sistema de gestión de calidad) y 2010 (año de la implantación y la certificación). Datos obtenidos de la base de datos del banco de leche.

Resultados:

Donación

Indicador	2008	2009	2010	Estándar
Donantes nuevas aceptadas	83	109	98	≥ 60/año
Donantes rechazadas	14,4%	4,4%	3,06%	≤ 15 %
Volumen de donación	495 L	744 L	694 L	≥ 500 L/año
Donación media	No informatizado	5,53 L	6,6 L	≥ 4 L
Donantes nunca activas	No informatizado	6,3%	9,8%	≤ 10%
Acidez media	No informatizado	3,5	3,1 ± 1 (DS)	≤ 5

Pasteurización

Indicador	2008	2009	2010	Estándar
Volumen de pasteurización	No informatizado	530,4 L	548,76 L	≥ 425 L/año
Reservas insuficientes LP	No informatizado	No registrado	7 d	≤ 15 d/año

Distribución

Indicador	2008	2009	2010	Estándar
Solicitudes con dispensación	No informatizado	2501	2461	≥ 2.000
Volumen de LP dispensado	No informatizado	530,4 L	551,5 L	≥ 425 L/año
Volumen de LP adjudicado a receptor desconocido	No informatizado	0,8%	0,46 %	≤ 2%

Comentarios:

El número de donantes aceptadas inactivas tiende a incrementarse, probablemente por la ausencia de sistema de recogida a domicilio y la dificultad para aparcar en el hospital.

Conclusiones:

El número de donantes aceptadas se mantiene muy por encima del estándar y aumenta la donación media. El número de rechazadas disminuyó significativamente.

El volumen de donación se aproxima o supera en los dos últimos años los 700 litros, con incremento de la donación media.

El indicador de acidez Dornic media es excelente, tiene poca dispersión y ha mejorado.

El volumen de pasteurización ha alcanzado probablemente el máximo posible con los recursos disponibles.

Toda la leche pasteurizada no perdida en el procesamiento se dispensa.

Po64. ACTIVIDAD EN LOS PRIMEROS MESES DE FUNCIONAMIENTO DEL BANCO DE LECHE HUMANA EN UN HOSPITAL

**Manuela Peña Caballero; J. Jorge Hernandez Magdalena
Jose Antonio Hurtado Suazo; Sonia Garcia Dominguez
Cristina Ruiz Morcillo; Belen Sanchez Martinez**
Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves Granada

Los beneficios de la leche materna para los recién nacidos pretérmino, son ampliamente conocidos. En las Unidades de Neonatología actuales se desarrollan estrategias para promover la lactancia materna entre los neonatos ingresados en estos centros. En los primeros días de vida, es difícil disponer de leche materna para estos neonatos, lo que obliga a la administración de fórmulas artificiales o retrasar el inicio de la alimentación enteral. Junto al impulso a lactancia materna desde todos los sectores en los últimos años, la aparición de Bancos de Leche Humana, ofrece la posibilidad de disponer de leche materna, en los primeros momentos de vida, para niños pretérminos. La actividad de Banco de Leche además incluye actividades encaminadas a la promoción de la lactancia materna entre el personal sanitario, y entre las madres de neonatos ingresados en estos centros.

En Junio del año 2010 empezó su actividad el Banco de Leche del Hospital, integrado en la Unidad de Neonatología y con parte de su actividad realizada en el Servicio de Farmacia Hospitalaria de este Centro.

En los primeros siete meses de funcionamiento los resultados de actividad del BLH son:

El número de donantes activas se incrementó tras la realización de actividades de promoción del Banco de Leche.

Un total de 31 neonatos ingresados en la Unidad de Neonatología del Centro se han beneficiado de la leche donada. 30 pretérminos, dos de ellos asociaban patología quirúrgica intestinal y un neonato a término con malformación intestinal grave.

LECHE EN EL BANCO	VOLUMEN ml	TIPO LECHE DONADA	VOLUMEN ml
DONADA	88940	PREMATURO CALOSTRO	8515
PASTEURIZADA	81345	INTERMEDIA	18195
DISPENSADA	46232	MADURA	62230

Comentarios:

Las donaciones inicialmente procedían de madres de neonatos ingresados en la Unidad Neonatal, por lo que se dispuso de un volumen importante de pretérmino y calostro. Con la difusión de la existencia del Banco de leche, se incrementaron las donaciones externas por lo que en los últimos meses la leche donada es fundamentalmente de tipo maduro. La prematuridad es el diagnóstico más común en los receptores de leche de banco.

Po65. PROMOCION DE LA DONACION DE LECHE HUMANA EN UNA UNIDAD NEONATAL

***Carmen de Casas Barriga; Josefa Castillo Vera
Teresa Palma Garcia; Mercedes Ferrer Mariscal
Jose Luis Aguilar Gonzalez; Mercedes Estevez Garcia
Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves Granada***

La promoción de la lactancia materna es una prioridad en nuestra unidad neonatal desde hace tres años. Una consecuencia de esta promoción es la creación de un banco de leche humana para niños prematuros, niños con patología digestiva, postoperados etc...., cuando no es posible disponer de leche de su propia madre.

El banco de leche humana (BLH) comienza a funcionar en el año 2010.

La promoción de la donación de leche humana ha sido llevada a cabo con la realización de las siguientes actividades

- Informando a madres con hijos ingresados en nuestra unidad de forma hablada y escrita (trípticos informativos)
- Notas en medios de comunicación (prensa, televisión...).
- Medios audiovisuales.
- Mail de consulta:
- Comunicación a grupos de apoyo de lactancia materna de nuestra área de influencia
- Participación en actividades de promoción de lactancia materna de nuestro entorno
- Está en fase de creación de una página web informativa con contenidos sobre la actividad y funcionamiento del Banco de leche

CONCLUSION:

Dada la repercusión de dicha difusión, el aumento del número de madres donantes es notable en los últimos meses, es por ello por lo que disponemos de suficiente cantidad de leche para ofrecer a otros hospitales de nuestro entorno.

El hecho de que el mayor número de donantes sean madres cuyos hijos han estado ingresados en la Unidad, tiene como consecuencia disponer en nuestro banco de leche tipo calostros y de leche intermedia.

Po66. METODOLOGIA DE TRABAJO DEL BANCO DE LECHE EN LA UNIDAD NEONATAL DE UN HOSPITAL

***M^a Asuncion Garcia Hidalgo; Brigida Galera Galera
Mercedes Ruiz Sanchez; Almudena Jimenez Puertas
M^a Angeles Garzon***

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves Granada

El Banco de Leche Humana del Hospital, en funcionamiento desde el segundo trimestre del año 2010, realiza parte de su actividad en la Unidad de Neonatología de dicho centro. Las actividades realizadas en esta área son:

Recepción de donantes, incluye el adiestramiento oral y escrito de las donantes para la extracción, conservación y transporte de la leche con las máximas garantías sanitarias. Se le facilita así mismo todo el material necesario para la extracción, correcto etiquetado y transporte de la leche.

Recepción de la leche donada. Para facilitar la donación, la leche puede ser entregada en la Unidad Neonatal a cualquier hora y en cualquier día de la semana. Todo el personal de la Unidad conoce la sistemática de recepción y registro de entrada de leche en el Banco

Dispensación de leche donada. La leche pasteurizada, procedente del Area de Farmacia, envasada individualmente para cada paciente, se dispensa, tras prescripción facultativa entre los neonatos que se pueden beneficiar de leche materna, mientras sus madres se recuperan y la pueden proporcionar por ellas mismas.

Medidas implantadas para garantizar la seguridad en el procedimiento de donación de leche.

- La leche donada es etiquetada con un color diferente, para que nunca una leche no procesada se administre accidentalmente a un neonato ingresado en la Unidad Neonatal
- Todos los procedimientos, recepción de donantes, dispensación de material y recepción de leche donada, son registrados por el personal que los realiza. Se dispone así mismo de un registro informatizado de donaciones y de un libro de incidencias que recoge cualquier alteración el procedimiento normal de funcionamiento del BLH, lo que permite implantar medidas de mejora continua de la actividad en el mismo.
- Todo el personal de la Unidad Neonatal, ha sido instruido en la metodología de trabajo de este Banco, lo que facilita la recepción y asesoramiento de donantes, así como la donación de leche.
- Todo el personal realiza tareas de promoción de la lactancia materna entre las madres cuyos hijos están ingresados en la Unidad, así como de información a potenciales donantes entre las mismas.

Po67. PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE UN SERVICIO DE FARMACIA INTEGRADO EN UN BANCO DE LECHE HUMANA

*Sonia García Domínguez; Cristina Ruiz Morcillo
Miguel Angel Calleja Hernandez; M^a Angeles Bailon Quesada
Carmen Sanchez Rodriguez; M^a Dolores Toscano Serrano
H. Virgen de las Nieves*

El Banco de Leche Humana del Hospital está funcionando desde junio del 2010. Es un banco integrado en la Unidad de Neonatología y con participación del servicio de Farmacia Hospitalaria. Este servicio es el encargado del procesamiento de la leche donada.

La actividad desarrollada en el Área de Farmacia Hospitalaria, vinculada al Banco de Leche es:

- Registro de entrada de la leche de entrada, mediante programa informatizado
- Clasificación de la leche en función de la edad gestacional con la que la donante dio a luz y el tiempo transcurrido desde el momento del parto
- Almacenamiento hasta pasteurización
- Selección de la leche prepasteurización, características organolépticas, acidez titulable, análisis de nutrientes
- Pasteurización
- Análisis microbiológico de la leche pasteurizada
- Etiquetado de la leche pasteurizada y almacenamiento.
- Elaboración de la dispensación

Comentarios

En la elaboración del procedimiento de trabajo de Farmacia se han desarrollado criterios de calidad que nos permitan trabajar con las máximas garantías.

Ejemplos de estos criterios son:

- la creación de un sistema informático propio, la adjudicación de códigos de barras a los productos, tanto a la leche cruda como a la pasteurizada, que asegura la trazabilidad del procedimiento de la donación de leche
- el doble estudio microbiológico de la leche pasteurizada, cultivo de flora habitual en placas de cultivo y en botes de hemocultivo. Se descarta cualquier crecimiento bacteriano en leche pasteurizada
- el sellado por inducción de los biberones antes de la pasteurización asegura la estanqueidad de los mismos y la continuidad de la esterilidad tras la pasteurización.
- el análisis de nutrientes de la leche que incluye grasas, proteínas, lactosa, calorías y parte sólida.
- la dispensación la leche en jeringas de alimentación enteral que son preparadas en campana de flujo laminar para asegurar la esterilidad en la manipulación. Cada jeringa va identificada con los datos del receptor.

Po68. ACTIVIDAD REALIZADA POR UN BANCO DE LECHE HUMANA EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

*Amparo Ramon Beltran; Maria Gormaz Moreno
Ester Torres Martinez; Vicente Roques Serradilla
Rosario Sirvent Coloma; Maximo Vento Torres
La Fe*

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos de muy bajo peso al nacimiento constituyen un grupo de alto riesgo desde el punto de vista nutricional. El alimento de elección para estos pacientes es la leche materna. En ocasiones, las madres no pueden proporcionar su propia leche los primeros días o de forma exclusiva durante períodos prolongados de tiempo. Cuando no se dispone de leche de la propia madre la leche materna donada (LMD) es una alternativa válida.

La puesta en marcha de un banco de leche humana (BLH) en el Servicio de Neonatología permite proporcionar LMD con garantías desde el punto de vista nutricional y microbiológico.

OBJETIVOS

Describir el protocolo de actuación y la actividad realizada por el banco de leche humana de una unidad neonatal en sus primeros 9 meses de andadura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Datos recogidos en la base de datos específica del banco de leche relativos a las donantes, leche humana donada y receptores.

RESULTADOS

Tras 9 meses de funcionamiento, la actividad llevada a cabo por el banco comprende la selección de 62 donantes, recepción de 261 litros de leche donada, procesamiento (pasteurización, análisis microbiológico y análisis nutricional) de 232 litros de leche donada y distribución de 128 litros a 61 receptores.

Las indicaciones para recibir leche materna donada han sido: recién nacidos prematuros (RNPT) con peso al nacimiento < 1500 gramos (n=29), RNPT < 32 semanas de gestación (n=10), retraso de crecimiento intrauterino (n=3), intolerancia digestiva (n=5), cirugía abdominal (n=2), pérdida de bienestar fetal (n=2), y otros (n=10)

Ninguno de los receptores ha presentado complicaciones.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de un banco de leche humana en un Servicio de Neonatología se ha acompañado de una favorable respuesta por parte de las madres donantes y ha permitido proporcionar leche humana donada a receptores. En los receptores se ha objetivado buena tolerancia, y ausencia de complicaciones.

P069. CARACTERÍSTICAS DE LAS RECEPTORES DE LECHE MATERNA DE UN BLH

*Amparo Ramon Beltran; Maria Gormaz Moreno
Ester Torres Martinez; Vicente Roques Serradilla
Rosario Sirvent Coloma; Maximo Vento Torres
La Fe*

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La OMS y UNICEF en su estrategia global para la alimentación del lactante y niño, apoyan la existencia de bancos de leche humana para promocionar y apoyar la lactancia materna. Cuando no hay disponibilidad de leche materna para el hijo propio, la leche humana donada pasteurizada es una válida alternativa con beneficios demostrados, especialmente en los recién nacidos prematuros.

Dado que la leche materna donada (LMD) es un bien limitado es necesario priorizar los receptores y acotar las indicaciones, así como las características que deben reunir las donantes, ya que los prematuros tienen unos requerimientos nutricionales específicos.

OBJETIVO: conocer las características de la población de receptores del BLH, con la finalidad de poder optimizar las características de la LMD para ajustarlas a sus necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo de la población de los recién nacidos que han recibido LMD del BLH durante los 10 meses de existencia.

RESULTADOS: Se han administrado un total de 128l de leche a 61 receptores. Todos los receptores han estado ingresados en el servicio de neonatología del hospital en el que se ubica el BLH. El 88.5% son prematuros con rango de edad gestacional desde las 24 a las 41 semanas, con una mediana de de 31+6. La indicación más frecuente fue prematuridad menor de 32 semanas y/o menor de 1500g (64%), seguido de intolerancia o patología digestiva (14.7%), RCIU (5%), PBF (3.2%) y otras causas en el 13%. No se han registrado complicaciones derivadas de la administración de LMD en ningún caso.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los receptores son prematuros, y sería recomendable que la LMD administrada fuera de similares características a la que tendría la de su propia madre. No es siempre factible por lo que se establecen medidas como la restricción de la donación de leche a madres lactantes de menos de un año de lactancia y se recomienda realizar un análisis nutricional de la LMD con el fin de fortificarla óptimamente, en los casos en que sea necesario.

Po70. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y VIROLACTIA EN MADRES DONANTES DE LECHE A UN BANCO DE LECHE MATERNA

*Maria Gormaz Moreno; Ester Torres Martinez
Vicentes Roques Serradilla; Maximo Vento Torres
Amparo Ramon Beltran; Rosario Sirvent Coloma
Juan Cordoba; Maria Jose Gimenez
La Fe*

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la infección por citomegalovirus en la población general es elevada. Durante la lactancia puede producirse una reactivación tisular de una infección previa por CMV. Se ha descrito la infección neonatal adquirida por esta vía, con escasa repercusión en el recién nacido a término pero con repercusión potencialmente grave en los recién nacidos de muy bajo peso al nacimiento (RNMBPN). La pasteurización de la leche materna donada (LMD), práctica habitual de los bancos de leche humana (BLH), destruye el CMV. **OBJETIVOS:** conocer la prevalencia de serología y carga viral positiva a CMV entre las madres donantes de leche a un banco de leche. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Población de estudio: madres donantes de leche a un BLH. Determinaciones: serología y carga viral de CMV. Determinación de PCR de CMV en la leche donada por madres con serología CMV positiva.

RESULTADOS: Se entrevistó a 72 madres, de las cuales 2 fueron excluidas, y 7 no iniciaron la donación. De las 63 madres restantes, el estudio serológico de CMV mostró IgG + en 43 pacientes, (68 %), siendo la IgM negativa y la carga viral en sangre negativa en todas ellas. Se estudió la carga viral en la LMD de 80 lotes: la PCR de CMV fue positiva en 7 de los 80 lotes analizados, procedentes de 5 madres.

CONCLUSIONES: La prevalencia de seropositividad a CMV entre la población de madres donantes es elevada (68%). Aunque se trate de una infección antigua, existe eliminación de carga viral en la LMD de este grupo de población. La alimentación con leche humana donada, especialmente de los recién nacidos prematuros de < 1500g de peso al nacimiento debe realizarse a través de protocolos establecidos que incluyan métodos que garanticen la prevención de transmisión de infección por CMV, como la pasteurización

P071. EFECTO DE LA FORMA DE HOMOGENEIZACIÓN EN LA LECTURA DE LOS MACRONUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA (LM) CONGELADA EN EL ANALIZADOR DE LECHE HUMANA MIRIS®

*Clara Alonso Diaz; Nadia Raquel Garcia Lara
Diana Escuder Vieco; Sara Vazquez Roman
Javier de la Cruz Bértolo; Leónides Fernández Álvarez
Carmen Rosa Pallás Alonso; Carmen Medina
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos

La congelación rompe el equilibrio de los componentes de la LM formándose agregados de proteínas y alterando la membrana de los glóbulos de grasa. Por ello, previo a su análisis la LM requiere ser homogeneizada. Clásicamente se hace calentando hasta 40 °C y agitándola. En la industria láctea usan la homogeneización con ultrasonidos porque se ha mostrado más eficaz.

El objetivo principal del estudio es valorar si existen diferencias en la cantidad detectada de macronutrientes dependiendo del tipo de homogeneización: manual o por ultrasonidos.

Material y métodos

Se recogieron muestras de LM fresca refrigerada donada.

Cada muestra se homogeneizó “manualmente” y se distribuyó en 7 pares de alícuotas. Dos de ellas se analizaron en el momento y el resto se congelaron para ser analizadas a los 7, 15, 30, 60 y 90 días. De cada par de alícuotas, una se homogeneizó “manualmente” y la otra con el procesador SONICS®. Posteriormente, se analizaron con el Analizador de leche humana MIRIS®

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA.

Resultados

Se recogieron 60 muestras donadas por 60 donantes.

En cada una de las mediciones, el valor de grasa fue mayor cuando la LM se homogeneizó con ultrasonidos. La diferencia del valor de grasa de LM fresca entre ambos métodos de homogeneización fue -0.36 g/dl (IC -0.52 /-0.19). A los 3 meses de congelación fue de -0.52 g/dl (IC -0.68/-0.36)

En cuanto al nitrógeno total y lactosa los valores fueron discretamente mayores cuando la LM se homogeneizó con ultrasonidos (valores de las diferencias < -0.1g/dl). La diferencia del valor calórico de LM fresca entre ambos métodos de homogeneización fue -3.40 kcal/dl (IC -4.84/-1.96). A los 3 meses fue de -5.04 kcal/dl (-6.56 /-3.52).

Conclusiones

La LM homogeneizada con ultrasonidos mostró en su análisis valores mayores de todos los macronutrientes, siendo dicha diferencia clínicamente relevante para la grasa y el contenido calórico. Se destaca la importancia que puede tener la calidad de la homogeneización cuando se quiere conocer el contenido calórico de la leche. Probablemente las lecturas de contenido calórico en leches mal homogeneizadas se aparten bastante del valor real.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

P072. EFECTO DE LA PASTEURIZACIÓN EN LOS MACRONUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA

*María López Maestro; Nadia Raquel García Lara
Diana Escuder Vieco; Javier de la Cruz Bértolo
Sara Vázquez Román; Leónides Fernández Álvarez
Carmen Rosa Pallás Alonso; Carmen Medina
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos

La pasteurización según la técnica Holder, ampliamente utilizada en los bancos de leche humana, consiste en el calentamiento a 62,5 °C durante 30' seguido de un enfriamiento hasta 4°C.

La evidencia científica de los efectos de la pasteurización en las propiedades nutricionales de la LM es escasa.

El objetivo principal del estudio es valorar el efecto de la pasteurización en los macronutrientes de la LM.

Material y métodos

Se seleccionaron muestras de LM congelada de 65 ml procedente de donantes. Cada muestra se calentó a 40 °C y se homogeneizó con el procesador de ultrasonidos SONICS®. Previo a la pasteurización se analizaron 2 alícuotas de 2,5 ml. Se procedió a la pasteurización de 60 ml de la LM restante y al finalizar se analizaron 2 alícuotas más. De cada par de alícuotas una se homogeneizó "manualmente" y la otra con el procesador SONICS®. Todas las alícuotas se analizaron con Analizador de leche humana MIRIS®

Resultados

Se recogieron un total de 29 muestras de 29 donantes.

Tras la pasteurización, se objetivó una disminución significativa del contenido de grasa en las muestras homogeneizadas manualmente 0.38 g/dl IC (0.13-0.64) y con ultrasonidos 0.2 g/dl (0.04-0.35). El nitrógeno total y la lactosa no mostraron cambios en ninguna de las formas de homogeneización. El contenido calórico no fue significativamente diferente en las muestras homogeneizadas manualmente pero sí en las que se utilizó ultrasonidos (2,4 kcal/dl; IC 0.41-4.4).

Conclusiones

La pasteurización según técnica Holder supone una discreta disminución de la grasa y el contenido calórico. La LM homogeneizada con ultrasonidos muestra mayores diferencias que se justificarían por una homogeneización más óptima.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

Po73. COMPARACIÓN DE 2 TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LÍPIDOS y CONTENIDO CALÓRICO DE LA LECHE MATERNA (LM): CREMATOCRITO Y ESPECTROSCOPIA POR INFRARROJOS (MIRIS®)

*Clara Alonso Diaz; Nadia Raquel Garcia Lara
Diana Escudero Vieco; Javier de la Cruz Bértolo
Elena Bergon Sendin; María Teresa Moral Pumarega
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos

El crematocrito y el analizador de leche humana MIRIS® son técnicas sencillas para su empleo rutinario en un banco de leche.

El crematocrito estima el contenido de grasa y calórico. MIRIS® (espectroscopía por infrarrojos) mide además nitrógeno total y lactosa. Aunque ambas técnicas han sido validadas con técnicas de laboratorio no han sido comparadas entre sí.

El objetivo del estudio fue determinar la fiabilidad de cada una de las técnicas por separado y la correlación entre las 2 técnicas para las mediciones obtenidas de grasa y kcal/dl.

Material y métodos

Se recogieron muestras de LM fresca o congelada donadas.

Las muestras fueron homogeneizadas previamente a su análisis.

Para la técnica "crematocrito" 3 capilares de cada muestra de LM sellados en un extremo se centrifugaron durante 15'. Posteriormente se midieron con una regla milimetrada las columnas crema y suero y se aplicaron fórmulas descritas previamente.

Resultados

Se analizaron 20 muestras de LM fresca y 145 de descongelada.

El coeficiente de correlación intraclase del crematocrito para cálculo del contenido calórico para LM fresca y congelada fue respectivamente de 0.97 y 0.93. Para el cálculo de grasa fue 0.97 para leche fresca y 0.93 para congelada.

El coeficiente de correlación intraclase del MIRIS® para el cálculo del contenido calórico tanto de LM fresca como congelada fue de 0.99. Para el cálculo de grasa fue 0.99 tanto para leche fresca como congelada.

Se encontró una correlación moderada entre ambas técnicas para la determinación del contenido de grasa ($r=0,55$) y calórico ($r=0,54$). Las diferencias de medida entre ambos métodos no fueron mayoritariamente en el mismo sentido sino que unas veces el crematocrito estimaba más contenido graso y otras veces la medida por MIRIS era la que detectaba mayor contenido en grasa.

Conclusiones

La reproductibilidad de las medidas del contenido calórico y graso de la LM para cada uno de los métodos es excelente, se puede decir que ambos métodos tienen buena fiabilidad para la medida de las calorías y la grasa. Sin embargo existe solo una correlación moderada cuando lo que se comparan son las medidas obtenidas por ambos métodos.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

Po74. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE CONGELACIÓN SOBRE LA ACIDEZ DORNIC EN LA LECHE HUMANA DONADA FRESCA Y PASTEURIZADA

*Sara Vázquez Román; Diana Escuder Vieco
Javier de la Cruz; María López Maestro
Nadia Raquel García Lara; Clara Alonso Díaz
María Teresa Moral Pumarega
Hospital 12 de Octubre*

Antecedentes y objetivos:

La medición de la acidez Dornic es un método indirecto de valorar la calidad de la leche ya que el ácido produce desestabilización proteica, aumenta la osmolaridad y disminuye la biodisponibilidad del producto fosfo-calcio. Además valora la seguridad ya existe una correlación positiva entre el grado de contaminación bacteriana de la leche y la acidez. La leche se pasteuriza antes de ser administrada eliminándose los gérmenes, pero en leches altamente contaminadas podría ser menos eficaz.

El objetivo de este trabajo es valorar si se modifica la acidez Dornic en la leche donada fresca y en la pasteurizada con el tiempo de congelación.

Material y métodos:

Se recogieron 65 muestras de leche donada al banco de leche que no hubieran sido previamente congeladas y 82 muestras de leche pasteurizada. En cada una de ellas se midió la acidez Dornic y se congeló en alícuotas de 2'5 ml en a -20°C. A los 7, 14, 21, 30, 60 y 90 días se descongelaron las muestras para analizar de nuevo la acidez dornic.

Resultados:

La acidez dornic media al inicio fue similar en ambos tipos de leche, 2'71 (± 1.43) para la leche pasteurizada y 2.80 (± 1.29) en la leche fresca. A los tres meses la acidez media de la leche fresca era 3^o mayor que al inicio ($p < 0.0001$) y en la leche pasteurizada 0.13^o mayor ($p = 0.0019$).

Discusión: con el tiempo de congelación aumenta el grado de acidez de la leche no pasteurizada sin que aumente de forma relevante en la leche pasteurizada. Esta diferencia podría deberse a que el crecimiento bacteriano de la leche se mantiene con el paso del tiempo si la leche no se pasteuriza antes de su congelación.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III FIS PI 09/00040.

Po75. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y BIOQUÍMICO DE LECHE DONADA SOMETIDA A PASTEURIZACIÓN HOLDER

Leónides Fernández; Juan Miguel Rodríguez; Arantza Gómez de Segura
Universidad Complutense de Madrid

Diana Escuder; Gerardo Bustos; María Luisa Durán; Carmen Pallás
Hospital Universitario Doce de Octubre

Antonia Montilla; Nieves Corzo
Instituto de Investigación en Ciencias de la Alimentación

Los bancos de leche son una buena alternativa a la leche de fórmula para aquellos bebés prematuros o a término hospitalizados que no pueden tener acceso a la leche de sus propias madres. La leche procedente de donantes sanas se pasteuriza (62.5°C 30 min) y se almacena en congelación a -20°C. Este tratamiento térmico reduce drásticamente la carga microbiana dejando pocas especies capaces de superar estas condiciones. En el presente trabajo, se analizaron un total de 38 muestras antes y después de la pasteurización, identificando los diferentes microorganismos que sobrevivieron a la pasteurización y analizando su potencial enterotoxigénico. El análisis de los efectos de la temperatura sobre diferentes azúcares reveló niveles de isomerización de lactosa a lactulosa por debajo de los niveles encontrados para leche de fórmula (dado que en ese caso el tratamiento térmico de la leche es UHT). La calidad nutricional de las proteínas, bajo las condiciones estudiadas, parece no haberse visto afectada ya que se detectaron bajos niveles de furosina, indicador de las primeras etapas de la reacción de Maillard. La concentración de mioinositol se vio afectada con el tiempo de lactancia de las donantes, lo que sugiere la necesidad de impulsar las donaciones en las primeras etapas de lactancia para cubrir determinados requerimientos nutricionales de los bebés prematuros.

Po76. EXTRACCIÓN DE LECHE, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN

Susana Amat Mena; Nieves García Acosta
María Cano Arias, Dolores Quesada Martínez
Lorena García Aguilar; Susana María Rubia Ortega
Hospital Poniente

Po77. ALMACENANDO VIDA

Erica González Muñoz; Helena Ramirez Pelaez
Hospital Germans Trias i Pujol
Pilar Pinillos San Celestino
Atención Primaria Sta. Coloma de Gramanet

Po78. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Elisabeth Mitjans Montoliu; M^a José Navarro Tolosa

Cap Mollerussa, Lleida

Maria Carmen Roig Garcia; Cristina Barana Vidal

Aida Gabriel Torrens; Maria Elena Borràs Bentanachs

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

**P079. EXTRACCIÓN Y MÉTODOS DE CONSERVACIÓN DE LA LECHE
MATERNA**

*Lourdes Llubes Mas; Jordina Feliu Albana
Lorena Padilla Gonzalez; Monica Carnicé Gatus
Marta Garcia Cortes; Anna Maimó Gàzquez
HUAV*

Po8o. BANCO DE LECHE HUMANA. POR QUÉ ES NECESARIO

María Teresa Villanueva Orbaiz. HU Miguel Servet
Juana Abadia Mainer. HUMS

Po81. LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD

*M^a Emilia Martínez Roche; Encarnación Bas Peña. Universidad
Jose Arnau Sanchez. Servicio Murciano Salud
Rosario Morales Lopez; M^a Dolores Nicolas Vigueras
Carmen Soler Morales. SMS*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS El Observatorio de Salud de la Mujer (M S C, 2007), elaboró un documento para que las mujeres reciban atención de calidad en su proceso de parto, la "Estrategia de Atención al Parto Normal" (EAPN).

Valorar grado de conocimiento y motivación que muestran Matronas y Médicos/as en relación a EAPN. Analizar diferentes vías de transmisión de EAPN.

MATERIAL Y METODO Estudio Investigación cualitativa, desde Teoría Fundamentada, Strauss (1990). Se configuraron 2 Grupos de Discusión de 8 Médicos/as, y otro de 6 Matronas, que prestan asistencia a mujer en proceso reproductivo, A P S y Hospital Materno-Infantil, 4 Entrevistas en profundidad y Diario de Campo.

RESULTADOS Y DISCUSION Realizado análisis de contenido de discursos generados, construimos categoría "Conocimiento de la EAPN", derivando subcategorías: 1. "Motivación e Incertidumbre de Profesionales Sanitarios": Las manifestaciones que expresan algunos Médicos/as es de acuerdo con la EAPN y estar predispuestos al modelo de cambio de práctica obstétrica. "Es que hasta que salió el estudio ese, han ido cambiando las mentalidades poco a poco" (T3). Sin embargo, y conforme avanza el discurso este colectivo expresa "declaración de buenas intenciones" en relación al intervencionismo existente. "(...) Una mujer que llega con contracciones, que no se le ponga oxitocina, que se le ponga un suero, que se le deje de manera natural. Cada día se intenta" (T4). A veces muestran razonamientos negativos debido a desinformación en torno a EAPN, entendiéndolo que está suficientemente avalada por evidencias científicas Cochrane, OMS, etc. "Hay algunas recomendaciones que parecen un poco absurdas. Por ejemplo, el enema" (T4). "No hay ninguna evidencia científica que te diga que va a ser mejor o peor." (T5). Sin embargo las Matronas son conscientes de la utilidad de la información que les aporta la EAPN, ya que está orientada hacia una nueva forma de entender la asistencia obstétrica, en relación a la motivación que les conduce hacia una praxis humanizada. "Si, si, es un documento que me lo leo con mucha frecuencia (...) tenía inquietud por saber que era lo que decía el documento dado que soy Matrona y estaba segura que su contenido iba a ser muy valioso para mi trabajo". (T9). 2. "Medios de transmisión EAPN": Ningún testigo obtiene información de EAPN en centro donde desarrollan actividad laboral. (...) sí, algo he leído en revistas, televisión, incluso en algún folleto que ha caído en mis manos, pero vamos poca cosa. Esto nos lo debería de pasar la dirección, ¿no? (T3) (...) La verdad es que la información la conseguí yo sola porque en el hospital no se dio publicidad alguna (...) (T10). "La verdad es que... que... me lo guisé y me lo comí yo, la verdad; por ejemplo, en el sitio de trabajo, estoy pensando ahora, no se dio publicidad (...)" (T9).

CONCLUSIONES Enfatizar la importancia del conocimiento y "accesibilidad" del documento "EAPN" a todos los Profesionales Sanitarios relacionados con la atención perinatal, debiendo estar presente en todas las Unidades de Hospitales Materno-Infantiles, así como Centros de APS.

Po82. ANALISIS DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Cirila Cediell Altares; Sara del Dujo Perez
HUFA

En noviembre de 2007 el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSCP) publica: “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”.

El MSCP pretende impulsar un profundo cambio en el modelo de atención al parto normal y en los cuidados del Recién Nacido ; mejorando la calidad asistencial, defendiendo la menor intervención posible, basándose en la evidencia científica disponible, atento a las necesidades de la madre y del RN, manteniendo los niveles de seguridad.

Conocer el grado de implantación de las recomendaciones del Documento del Ministerio en lo referido al cuidado del RN, en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CAM) e identificar puntos fuertes y áreas de mejora.

Se realizó un estudio descriptivo en todos los hospitales públicos de la CAM que disponen de servicio de maternidad a través de un cuestionario auto-suministrado dirigido a las responsables de Enfermería del paritorio, desde el 25 de junio al 30 de septiembre de 2009 con preguntas referentes a las características de la atención al parto normal, cuidado del recién nacido y atención a la lactancia materna, según la estrategia propuesta por el MSPS.

La participación es de 89.47% (n=17) distribuidos en grupo A pequeños y medianos hospitales (n=16) grupo B grandes hospitales (n=1)

Grupo A el 75% de los casos (n=12) se valora al RN sobre la madre, tras parto vaginal permaneciendo en contacto piel piel durante al menos 30 min. En caso de cesárea el 68.75% (n=11) los RN son separados de su madre, solo 12.5% (n=2) permanecen juntos; En el 43.75% (n=7) se realiza pinzamiento tardío de cordón. En el 81.25% (n=13) no se aspira al RN de forma rutinaria. En un 75% (n=12) se permite el acceso de la madre a neonatos sin restricción para favorecer la lactancia materna, Si bien tan solo en el 43.75% (n=7) se da información escrita sobre lactancia.

Como áreas a mejorar: fomentar la participación de los padres y madres en el aseo de los R.N. y mejorar la formación sobre lactancia materna del personal que atiende a la mujer en todo este proceso.

Po83. AMBIENTE VIRTUAL DE ADQUISICIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS PARA EL ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES PERINATALES EN EL DESARROLLO DEL PRIMER VÍNCULO AFECTIVO

M^a del Pilar Abad Real
Universidad Las Palmas de G. C.

La formación de lazos afectivos es una necesidad vital del ser humano, estos proporcionan la base de su desarrollo biopsicosocial. Desde el nacimiento e incluso antes el niño depende totalmente de un adulto para su supervivencia y posteriormente, el vínculo que forma con él constituye el medio a través del cual logra elaborar una imagen de sí mismo y de sus relaciones con los demás (Klaus M. Kendall J. 1978). Existe un valor pronóstico de las experiencias de apego o de los déficit, para el desarrollo posterior del niño, para su propia autoimagen, para su autoestima, su competencia social y sus capacidades cognitivas (Grossmann y Grossmann 1991).

Diversos autores y experimentos han encontrado una alta correlación entre el apego prenatal y el posterior apego neonatal. La continuidad del vínculo formado en la etapa prenatal puede verse alterada por las condiciones que se producen entorno al nacimiento. Uno de los siete principios formulados por Klaus y Kennell (1984) nos dice que hay un período sensible dentro de los primeros minutos u horas de vida durante el cual es necesario que los padres estén en contacto íntimo con el niño para que su desarrollo ulterior sea óptimo.

En este trabajo se desarrolla un ambiente virtual que permita la fácil transmisión de información, adquisición y posterior procesamiento de datos de las distintas medidas que permitirán analizar la influencia del entorno perinatal en el desarrollo del primer vínculo afectivo. Las medidas seleccionadas son las siguientes:

- Evaluación del Apego prenatal mediante el PAI (prenatal attachment inventory).
- Evaluación de la Vulnerabilidad perinatal mediante cuestionario, desarrollado para este estudio, que valora factores que se producen durante el nacimiento que pueden considerarse iatrogénicos.
- Evaluación de Apego postnatal mediante AQS (attachment query Ssort).

Por otra parte mediante la recogida de información del tipo de apego parental también es posible derivar futuros estudios que analicen la correlación entre padres e hijos, con este propósito se ha seleccionado la medida siguiente:

- Evaluación de Apego adulto (Madre y/o padre) mediante el cuestionario de Melero y Cantero.

A continuación se muestra una imagen del ambiente en preparación.

Participantes

Actividades

- Chats
- Cuestionarios
- Diálogos
- Foros
- Recursos

Buscar en los foros

Búsqueda avanzada

Administración

- Activar edición
- Configuración
- Asignar roles
- Calificaciones
- Grupos
- Copia de seguridad
- Restaurar
- Importar
- Reiniciar
- Informes
- Preguntas
- Archivos
- Desmatricular de EU08814
- Perfil

CONDICIONES PERINATALES Y PRIMER VÍNCULO AFECTIVO

(entorno en preparación)

- Información general
- Planificación del estudio
 - Chat: Un espacio para compartir
 - Diálogo: Asesoramiento profesional
 - Foro general sobre vínculo afectivo
- Evaluación relaciones vinculares
- Foro de Novedades

1 **Evaluación de apego prenatal (Muller, 1993)**

- cuestionario de apego prenatal

2 **Evaluación de apego infantil (Waters and Deane 1985)**

- Cuestionario de apego infantil

3 **Evaluación de apego adulto (Melero y Cantero 2005)**

- Cuestionario de apego adulto

4 **Evaluación de la Vulnerabilidad perinatal (Abad y Sierra 2011)**

- Cuestionario de vulnerabilidad perinatal

5 **Seguimiento, Informes y resultados**

Resultados de participación

-

Agregar un nuevo tema...
(Sin novedades aún)

Calendario

enero 2011

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Tipo de eventos

- Globales
- de Curso
- de Grupo
- de Usuario

Eventos próximos

No hay eventos próximos

Ir al calendario...
Nuevo evento...

**Po84. ELLOS NO QUIEREN ESPERAR.... NOSOTRAS TAMPOCO.
PROCESO DE IMPLANTACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL CONTACTO PIEL CON
PIEL EN RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO DEL HOSPITAL...**

***Gema Sanabria Martínez; Francisca Rubeira Núñez
Ana María Ruiz Rey; Mónica Latorre Cañizares
Piedad González Alcalde; Elena María López Algarra***
Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

1. Justificación: Los beneficios del contacto inmediato piel con piel en recién nacidos de bajo riesgo han sido demostrados. Hay mejor regulación de la temperatura y de los niveles de glucemia del recién nacido, mayor duración de la lactancia materna, disminuye el sangrado puerperal y mejora el vínculo materno.

Actualmente en nuestro hospital trabajamos en diversas líneas de trabajo para adoptar las últimas recomendaciones sobre los cuidados del recién nacido de bajo riesgo. Nuestra intervención se encuadra dentro de la estrategia para solicitar la acreditación como Hospital Amigo de los Niños.

Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es ocho veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos.

2. Objetivo: Conseguir que la transición a la vida extrauterina sea más fisiológica, con la menor intervención y en íntimo y continuo contacto piel con piel del niño y su madre.

3. Desarrollo: Mostramos el proceso seguido para llegar con éxito a la implantación del contacto temprano piel con piel en nuestro Servicio.

Previo a la implantación del protocolo, se realizó un estudio observacional sobre la situación de la lactancia materna en nuestro medio.

Fue necesaria la concienciación de los profesionales que asistimos a las mujeres y sus hijos durante el proceso del parto, realizando Sesiones Clínicas y Ponencias en nuestro Hospital sobre esta práctica y sus beneficios.

Diseñamos y pusimos en marcha el "Protocolo de contacto inmediato piel con piel".

Un pilar básico en el éxito de nuestra intervención fue la sensibilización y participación activa de las mujeres gestantes. Para ello diseñamos un folleto informativo que se entrega en Atención Primaria y explica qué es el contacto piel con piel y sus beneficios.

Finalmente, pretendemos analizar la repercusión de la instauración de esta práctica en los índices de lactancia materna entre otros parámetros.

4. Conclusión: Nos corresponde a las matronas como las profesionales responsables de la atención y seguimiento del embarazo, parto y recién nacido de bajo riesgo perseguir la excelencia en los cuidados que proporcionamos.

Po85. VIA DEL PARTO Y TIEMPO PARA CONSEGUIR EL PRIMER ENGANCHE

*M^a Pilar Pérez Riveiro; Begoña Martínez Rodríguez
Modesto Durán Duque; Aurora Fernández-Cañadas Morillo
Ana Maria Malalana Martínez; Francisco López Sánchez
Ibone Olza Fernández; Miguel Ángel Marín Gabriel
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

Introducción: Frecuentemente se ha relacionado la influencia de la vía del parto con la duración de la lactancia materna, siendo ésta menor en las cesáreas. Sin embargo, el tiempo en conseguir la primera toma al pecho en función de la vía del parto en unidades donde existe un contacto precoz madre-hijo tras realización de la intervención no ha sido convenientemente investigado.

Objetivos: Principal: evaluar el efecto de la vía del parto en el tiempo de enganche espontáneo. Secundarios: evaluar el efecto de las dosis de oxitocina (Oxt) y el sexo del recién nacido (RN) en el tiempo de enganche espontáneo.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional aprobado por el Comité de Ética. Se incluyeron en el estudio 30 primigestas (20 partos vaginales y 10 cesáreas programadas sin dinámica previa). Todas tuvieron partos únicos a término, embarazos sin complicaciones y recibieron analgesia epidural. Los RN obtenidos mediante parto vaginal fueron colocados inmediatamente en contacto piel con piel (CPCP), mientras que los RN obtenidos mediante cesárea eran colocados en CPCP tras la salida de la madre de quirófano (aproximadamente a los 45min de vida). Se recogieron la dosis de Oxt administrada, el sexo del RN y el tiempo desde el inicio del CPCP hasta la primera toma espontánea al pecho.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en variables tales como peso RN, EG, sexo del RN o pH de cordón. Los RN obtenidos mediante parto vaginal consiguieron su primera toma a los 49.3 ± 33.3 min frente a los 35.9 ± 15.3 min (contados desde el inicio del CPCP) de las cesáreas ($p=0.29$). No se apreciaron diferencias en relación con la dosis de Oxt y el tiempo de enganche ($r=0$; $p=0.97$); ni entre el sexo del RN y el tiempo de enganche (41.1 ± 24.1 min en niños frente a 52.1 ± 37 min en niñas).

Conclusión: El tiempo de enganche espontáneo en la primera toma al pecho no se ve modificado por la vía del parto, la dosis de Oxt suministrada o el sexo del RN.

Po86. ¡YO TAMBIEN TENGO DERECHO! EJEMPLO PRÁCTICO DEL CONTACTO PRECOZ PIEL-PIEL Y LACTANCIA MATERNA EN CESÁREAS.

*M^a del Carmen Mejías Paneque. Hospital Virgen del Rocío
Mercedes Romero Cabezas; Manuela Hermida Morilla
Clínica Sagrado Corazón*

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor importancia en la vida de una mujer. Son múltiples las ventajas de la lactancia materna, sin embargo siguen siendo muchas las dificultades que encuentran las madres para iniciar el contacto piel-piel y la lactancia precoz tras una cesárea debido a creencias erróneas, rutinas hospitalarias, barreras arquitectónicas o prácticas innecesarias.

Diversos estudios demuestran los problemas de continuar con esta práctica: WEIDERPRASS (1998) señaló que las mujeres que dan a luz por cesárea presentan tres veces más riesgo de abandonar la lactancia materna en el primer mes,

Todas estas razones motivaron el cambio en nuestra unidad, una realidad que queremos plasmar mediante una galería fotográfica de imágenes que demuestran los cambios físicos y humanos realizados en nuestra unidad. Además recogeremos las opiniones del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, pediatras, ginecólogos, matronas, enfermeros) que rompen con las barreras ideológicas que dificultan el cambio tan necesario hoy en día.

Finalmente haremos un estudio observacional prospectivo del efecto de esta práctica sobre una muestra poblacional de 100 mujeres sometidas a cesáreas (electivas y urgentes), analizando cinco aspectos fundamentales:

- Deseo de contacto piel-piel en las mujeres previo a la cesárea: El 98% de las mujeres contestaron que deseaban permanecer con sus hijos durante y tras la cesárea. Sólo un 2% decía no saber qué era mejor, que dependía de cómo se encontrase pero que si se encontraban bien pedirían estar con su hijo.
- Tiempo de inicio en la primera toma: no podemos ofrecer los datos de esta variable pues hemos tenido diferentes factores (personal mal informado por ser de nueva incorporación, precisar mayor atención otros pacientes y no poder vigilar el inicio de la primera toma, etc...) que consideramos variables de confusión y no nos permiten lanzar un dato con validez.
- Postura más cómoda en el postparto inmediato:
 - Postura sentada- posición estirado: Se coloca a la madre semisentada (Fowler alto con la cama) y al niño en posición estirado amamantando de un pecho y con los pies hacia el otro pecho. Es la preferida por el 63% de las mujeres, refieren encontrarse en un momento perfecto pues al estar bajo el efecto de la anestesia no notan mayor dolor al colocar al niño en esta postura.
 - Postura sentada- posición de rugby: Se coloca a la madre semisentada (Fowler alto con la cama) y el cuerpo del bebé se pasa por debajo de la madre con sus pies apuntando a la espalda. Esta postura era rechazada por la mayoría de las primíparas, referían dificultad para controlar al bebé o manejarse con sus manos. El 10% de las mujeres preferían esta postura al encontrarse más cómodas respecto a la herida quirúrgica, por no ejercer el bebé presión sobre la misma. De este 10% el 9% eran secundíparas.
 - Postura estirada- posición estirado (en paralelo): Se coloca a la madre en decúbito lateral y al bebé en paralelo a ella, ofreciéndose el pecho más cercano a él. Esta postura suele favorecer el descanso, fundamentalmente en las tomas nocturnas. El 27% de las

mujeres preferían esta postura.

- Grado de satisfacción materna: El 100% de las mujeres considera estar muy satisfecha de haber podido permanecer con su hijo tras la cesárea, califican el momento de “ muy satisfactorio” “momento de plenitud” “ gran alegría tras el miedo de la cesárea”.
- Tipo de lactancia al alta hospitalaria: Materna, Artificial o mixta. El 65% de las mujeres con cesáreas al alta optaban por lactancia materna exclusiva, el 25 % lactancia mixta y sólo un 10 % optaban por lactancia artificial exclusiva.

CONCLUSIONES:

Las mujeres sometidas a cesáreas tienen el mismo derecho a permanecer con sus hijos e iniciar la lactancia materna precoz que las mujeres que han tenido un parto vaginal. El deseo previo de contacto piel-piel (98 %) y el grado de satisfacción (100 %) obtenido al permitir esta unión favorecerá el vínculo materno-filial así como el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria (65%) eliminando muchos mitos sobre la lactancia que aún persisten en las mujeres sometidas a cesáreas. Finalmente sorprende saber que la postura sentada es una de las preferidas por la mujer (63 %) en el postparto inmediato al ser la más cómoda para ellas por encontrarse bajo los efectos de la anestesia.

Po87. PARTO INSTRUMENTAL Y LACTANCIA MATERNA

*Encarnación Sobrino Magan; Ana Maria Morales Romero
Ana Maria Romero Quevedo; Isabel Calzada Tejeda
C.S. de Bolaños
Castor Martín Francisco. H. General*

INTRODUCCION

El postparto inmediato es un periodo muy importante para la instauración de la lactancia materna, este periodo se ha visto invadido por multitud de procedimientos médicos y de enfermería muchas veces no justificados y que implican la separación de la madre y RN. Aunque a atención al parto en nuestro SNS se desarrolla con criterios de calidad y seguridad similar a los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y quizás excesivo intervencionismo los que deben ser mejorados.

OBJETIVO

Evaluar el inicio y duración de la lactancia materna después de cesárea, o parto instrumental, comparado con el parto eutócico.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal, de los recién nacidos en una zona rural desde el 1 de enero del 2008 hasta 31 de diciembre del 2009, (N = 122), los datos se obtuvieron de la historia informatizada, de la consulta de pediatría del Centro de Salud.

Variables: tipo de parto: eutócico o distócico (cesárea, ventosa, espátula, fórceps), inicio lactancia materna, y duración en meses.

RESULTADO

Partos eutócicos: 88 (72,13%)

Partos distócicos 33 (27,04 %,) de ellos: 18 % cesáreas, 6 % espátulas, 0,8 forceps y 1,63 ventosas

Lactancia en parto eutócico: Inician: 88,4 %. No la inician por diversos motivos un 11,3 %. La media en meses de duración de la lactancia: 10,41 meses.

Lactancia en partos distócicos: inician 78,8 %, no la inician el 21,21 % . La media en meses de duración es 9,4 meses.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas tanto en las tasas de inicio como en la duración de lactancia materna ($p < 0,001$)

CONCLUSION

Como en la bibliografía consultada, objetivamos una influencia negativa en el inicio y duración de la lactancia materna en las madres que han requerido una intervención obstétrica en el momento del parto, por ello pensamos que se deben fomentar políticas de concienciación a los profesionales sanitarios implicados en la atención al parto, al objeto de disminuir la tasa de cesáreas y partos instrumentales, sin poner en peligro la seguridad de la madre y del recién nacido.

Po88. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UNA CESÁREA PROGRAMADA DE UN HOSPITAL COMARCAL. EXPERIENCIA DE UN SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA AYUDANDO A SU FAMILIAR A CUMPLIR SU EXPECTATIVA DE PARTO

Margarita Tomico del Río. EAP Humanes de Madrid

Blanca Eva Portillo Boyero. Hospital 12 de Octubre

Beatriz López Uriarte. EAP Humanes de Madrid

Roberto Julian Rodríguez Boyero. Veterinario de Gestinex

María Almudena Sánchez Pulido. Licenciada en Bellas Artes. Instituto Lasalle

Carmen Tomico del Río. Unión 2000 Asesores

INTRODUCCIÓN

Madre de 38 años a la que informan que su parto será mediante cesárea programada por desproporción pélvico-cefálica (DPC) y cesárea anterior. Tras la noticia, la madre llora desconsoladamente porque estará más tiempo separada de su hija lactante de 2 años y 9 meses, no podrá “parir” a su segunda hija ni realizar el contacto piel con piel inmediatamente después de la cesárea y porque existirá dificultad para iniciar alimentación con calostro. En definitiva, su expectativa de parto no se cumplirá por segunda vez.

CASO CLÍNICO

G3A2V1. Gestación de 38+3. Cesárea programada por DPC. Colonización materna por *Streptococo Agalactiae*. No profilaxis antibiótica intraparto. Apgar 9/10. Reanimación superficial. Fosas nasales y ano permeables. Peso al nacimiento: 3,300 kg.

A las 2 horas del parto la madre pasa a planta y pregunta por su hija, pero ha ingresado en neonatos por distrés. Hablo con los neonatólogos para informarles del deseo de los padres de no darle fórmula adaptada ni biberones a la niña y me dicen que necesitan alimentarla y que una madre con una cesárea no va a tener leche. Tras hablar con ellos de la importancia del calostro y de la disposición de la madre para extraerse leche, me dicen que le darán a la niña toda la que se extraiga. Solicito un sacaleches en planta repitiéndome que una madre con una cesárea no va a tener leche pero, no obstante, me lo dan. Ayudo a la madre a extraerse leche y cada vez que se lleva a Neonatos siempre les parece poca cantidad (se llevaron unos 45 ml). La niña fue dada de alta en Neonatos a las 8 horas de vida. El alta hospitalaria fue a las 48 horas, con Lactancia Materna Exclusiva. Peso al alta: 3,050 kg.

Peso a los 13 días: 3,450 kg.

CONCLUSIONES

La madre se sintió apoyada lo que mejoró su estado anímico pese a no ser su parto deseado.

Es necesaria la formación de los profesionales sanitarios en Lactancia Materna.

Los profesionales sanitarios deberíamos fomentar los 10 pasos para una Lactancia Materna feliz y facilitar las expectativas de parto de las madres.

Po89. ¿AYUDA LA INFORMACIÓN PUERPERAL A LAS MAMÁS?

*Catalina Lorite Garzón; Gema Ruiz Liebanas
Pilar Molina Mercado; M^a Jose Lorite Garzón
Complejo Hospitalario de Jaén*

INTRODUCCIÓN.

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.

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.

OBJETIVO.

Identificar el déficit de conocimientos que tienen las puérperas durante el ingreso en nuestra unidad.

MÉTODO.

Entrevista personal durante el puerperio precoz sobre los conocimientos iniciales, incluyendo: autocuidados, cuidados de la episiotomía, loquios, cambios emocionales, lactancia materna, sexualidad y anticoncepción

Criterios de inclusión: primíparas, parto vaginal o cesáreas a término, con RN normal.

Se realiza revisión bibliográfica de artículos publicados relacionados con el tema, utilizando como descriptores puerperio y educación maternal.

RESULTADOS.

La tasa de respuesta fue del 100 %, y los resultados obtenidos sobre los conocimientos de las mujeres, en el momento del alta hospitalaria en autocuidados y cuidados del recién nacido parecen bastante satisfactorios.

Donde más dudas surgen es en lo referido a los cuidados en el puerperio, signos de alarma, ejercicios de recuperación, revisión ginecológica, etc.

Lo que más nos ha llamado la atención a sido al preguntar si creen necesario adquirir una información organizada antes del alta, el 86 % responde que si, por lo tanto es una demanda asistencial importante.

CONCLUSIÓN.

Destacamos la importancia de dar continuidad a la educación maternal en el puerperio precoz y la importancia del papel de la matrona durante esta etapa, continuando su labor después del parto.

Otros autores también destacan la importante implicación de la matrona en el apoyo profesional que necesitan las puérperas y la necesidad de asegurar la accesibilidad de estas madres a los cuidados continuados.

P090. REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS EN CASTILLA Y LEÓN. MEJORA DE LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO MEDIANTE UNA BUENA GESTIÓN DE LOS CRIBADOS NEONATALES Y OTRAS ACTUACIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

María del Carmen Romero Hergueta; María José González Vereda
Dirección General de Salud Pública E I D I

Introducción: La ORDEN SAN/553/2008 crea el Registro de Recién Nacidos en Castilla y León, que constituye un sistema de información para la recogida de datos de todos los niños nacidos en la Comunidad Autónoma.

Objetivo: disponer de una base de datos de neonatos única e inmediata, que sirva de instrumento de interconexión para todas las actuaciones que desde el punto de vista de salud pública se llevan a cabo en el neonato.

Metodología: Todos los centros sanitarios de Castilla y León (públicos y privados) están obligados a dar de alta en dicha base de datos a todos los recién nacidos, en las veinticuatro horas siguientes al nacimiento, con el fin de figurar en la misma antes de la realización de las pruebas de cribado.

Conclusiones: La creación del registro ha supuesto una mejora muy importante en la gestión de los programas de detección precoz que se llevan a cabo en el neonato (enf. congénitas, hipoacusia) y otras intervenciones (vacuna de la hepatitis B, tarjeta sanitaria, planificación de recursos) en el recién nacido.

Los datos recogidos acerca del proceso del parto permiten analizar los tipos de parto, las variaciones existentes entre los distintos centros hospitalarios (públicos, privados), observar si existen diferencias entre los grupos de Hospitales y los espacios territoriales y analizar la variabilidad numérica, evaluando su significación estadística.

Este análisis inmediato, descriptivo y real, además, puede ser la base para el desarrollo de investigaciones posteriores, orientadas a mejorar los modelos para la asistencia al parto, evaluando las intervenciones de mejora en los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma.

P091. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE ATENCIÓN PRENATAL Y AL NACIMIENTO EN SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

M^a Rosario Sánchez Pablo. C.S. Orcasitas
Juana María Aguilar Ortega. Hospital 12 de Octubre
Clotilde Pose Becerra. Hospital 12 de Octubre
Sonia López Palacios. Dirección Asistencial Centro
José Manuel Barriga Martín. Hospital 12 de Octubre
Gema Calles Pérez. C.S. San Fermin
Olga Vicente Mallén. Hospital 12 de Octubre
Carmen Merinero Lobo. Hospital 12 de Octubre
Teresa Olivares López. C.S. Orcasitas
Sara Rodríguez García. Hospital 12 de Octubre

La identificación y medida de las necesidades de salud de la población son el primer paso para la planificación de políticas sanitarias y programas de salud. Para ello las encuestas de salud son una herramienta imprescindible siempre que se garanticen, en todo el proceso, criterios de equidad que permitan reconocer las necesidades particulares de hombres y mujeres.

La salud reproductiva relacionada con el embarazo el nacimiento y la crianza ha ido ligada tradicionalmente, al conocimiento de los determinantes de la salud de las mujeres. Pero la integración del hombre a la crianza es una realidad social, por ello es necesario adaptar los instrumentos de medida para que evidencien las posibles diferencias entre géneros.

Los objetivos de este estudio son, por un lado conocer la calidad percibida por los usuarios sobre la atención ofrecida durante el embarazo y el nacimiento desde Servicios Sanitarios Públicos de Atención Primaria y Especializada e identificar si existen diferencias de percepción entre hombres y mujeres.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado a partir de la adaptación de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios de los Servicios Sanitarios de la Salud Madrid del año 2009, aplicando perspectiva de género tanto en el diseño, como en la elaboración y evaluación de los resultados. Se realizaron encuestas individualizadas a parejas que acudían a centros de salud tras parto sin complicaciones en el mismo hospital de referencia.

Resultados: Se recogen datos sobre la satisfacción de la atención en el centro de salud y la educación maternal durante el embarazo y la atención al ingreso en el hospital para el parto, durante el mismo y durante la estancia en plantas de maternidad.

Conclusiones: Los resultados de las encuestas de salud con perspectiva de género pueden ayudarnos a una planificación más adecuada de programas educativos y asistenciales relacionados con el embarazo, el nacimiento y la lactancia.

Palabras clave: (DeCS) Género y salud. Encuestas de atención de la salud. Servicios de Salud Materno-Infantil. Lactancia Materna.

P092. PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO UNA REALIDAD HOY

Catalina Lorite Garzón
Gema Ruiz Liebanas
Isabel Merino Torres
Hospital Materno-Infantil de Jaén

P093. ¿COMEN BIEN LAS MADRES LACTANTES?

Cintia Borja Herrero. EAP Fuentes San Luis, Dpto 10 Aprimaria, Valencia
Laura Martorell Giménez; Almudena Navarro Ruíz
Paz Rodríguez Castellano; María Álvarez de la Lara Hinojo
S. Pediatría, Hosp. Dr. Peset, Valencia
Ana Belén Lopez Jaén. S. Pediatría, Dpto Pediatría, Fac. Med. U Valencia

Antecedentes y objetivos. Con el objeto de valorar la idoneidad nutricional de la dieta de las madres lactantes, se analizó la alimentación, durante el primer mes postparto, de un grupo de madres de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo entre enero 2008-diciembre 2010. Muestra de conveniencia: 71 madres de RNT sanos con intención de amamantar. Se obtuvieron nueve registros dietéticos y 3 recuerdos de 24 horas, durante el primer mes posparto. Análisis nutricional: programa Alimentación y Salud 2.0 (base de datos de alimentos de Universidad de Granada). Análisis estadístico: SPSS 15.0. Recomendaciones nutricionales: Universidad de Granada para mujeres lactantes.

Resultados. Kcal: ingesta media: 2094Kcal (DS: 358kcal), ingesta calórica adecuada: 74'65% de las madres, hipocalórica: 21'13%, hipercalórica: 4'22%. Proteínas (% Kcal): media:18,94% (DS: 2,64). Dieta hiperprotéica: 87'32%. HdC (% Kcal): media:47,43 % (DS 7,44%), aporte adecuado 3%. Grasas (% Kcal): Media16,04% (DS: 2,69%), superan el 30%: 80'69% de las madres; AG: proporción inadecuada: 100% de las madres; consumo relativo de AGPoliinsaturados: < 30% en el 100% de las madres, media:12% (DS:3,85), AGMonoinsaturados > 35%: 100%, media: 38,25% (DS:6,14), AGSaturados >30%: 98'59% de las madres, media: 35,65% (DS:6,65). Otros nutrientes:

Nutrientes	% Madres con ingestas < RD	Media	DS
Fe (mg)	70,42%	16,30	4,48
Zn (mg)	90,15%	11,44	7,62
I (mcg)	95,78%	84,37	35,86
Ca (mg)	87,33%	1015,67	348,80
P(mg)	4,2%	1394,14	376,42
Vit. A (mcg)	92,96%	776,05	349,56
Vit. D (mcg)	97,19%	3,64	2,73
Vit. E (mg)	91,55%	9,69	5,46
Vit. B1(mcg)	8,5%	2,55	2,39
Vit. B2(mcg)	46,47%	1,96	0,69
Vit. B6(mg)	91,55%	2,16	0,88
Ac.Fólico(mcg)	73,24%	263,11	84,64
Vit. B12(mcg)	2,8%	8,97	4,92
Vit. C(mg)	28,2%	114,40	60,87

Conclusiones. Incluso en épocas muy sensibles en las que la mayoría de las mujeres procuran mejorar su dieta, identificamos aportes inadecuados en la dieta de las madres lactantes estudiadas. Estos datos podrían orientar las recomendaciones que sobre alimentación ofrecemos los profesionales a las madres lactantes, especialmente en lo que respecta a mejorar la proporción de grasas saturadas e insaturadas y suplir carencias vitamínicas que puedan repercutir en la composición de la leche materna

P094. PEZON DOLOROSO. MASTITIS. BACTERIOLOGÍA

Esther Guerrero Perera; Silvia Vallejo Aparicio

Hospital Universitario Mútua de Terrassa

Judith Lucena Nemirosky. CATLAB

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Nuestro sistema de promoción de la lactancia materna, se inicia en cursos de preparación prenatal, sala de partos, maternidad y continúa en los centros de atención primaria con grupos de lactancia, donde acuden las madres post alta hospitalaria. Están compuestos por comadronas, enfermeras pediátricas y pediatras. Ante la presencia de pezones dolorosos, nos hemos planteado, además de las correcciones posturales y mejora del agarre, el estudio bacteriológico de la leche materna.

MATERIAL Y MÉTODO. Durante el año 2010, conseguimos la colaboración del servicio de microbiología del hospital y hemos podido cultivar leche, según normas de recogida de muestras, de 85 mujeres afectas de dolor en pezón, que no respondieron a primeras medidas de corrección de agarre, antiinflamatorios, y descarte de problemas anatómicos del bebé.

RESULTADOS: muestra 85, positivos 35 (41%), 28 positivos monocultivo. *S. epidermidis* 21, *S. aureus* 13, otros 6. Sensibilidad: *S. epidermidis* 100% vancomicina y cotrimoxazol, 95% ciprofloxacino. *S. aureus* 100% vancomicina y cotrimoxazol, 95 % cefotaxima, clindamicina, amoxiclavulánico, ciprofloxacina y oxacilina.

CONCLUSIONES: La mastitis comporta la primera causa de abandono innecesaria de la lactancia. Nuestra actuación está centrada en enfocar el problema desde el punto de vista etiológico, además de la actuación de sostén a la mujer y actuación precoz centrada en la terapia antibiótica a partir de los resultados de sensibilidad. Nuestro próximo objetivo es la continuación de este trabajo valorando resultados de tratamiento y éxito en la continuación de la lactancia.

P095. MI PECHO IZQUIERDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**María Teresa Arias Latorre; Sonia María Pastor Montero
Ana Cristina Toledano Losa; María del Carmen Calvo García**

Hospital de Montilla. EPHAG

José Manuel Romero Sánchez. Grupo Paidi CTS-391. Universidad de Cádiz

Antecedentes

No existe evidencia científica que el amamantamiento exclusivo de un solo pecho ponga el peligro el crecimiento y el desarrollo del bebé aunque es escasa la literatura que describa casos de lactancia materna (LM) en madres mastectomizadas.

El objetivo de este caso es presentar y analizar las dificultades por las que pasa una madre que decide alimentar a su hijo con su único pecho sano y funcional.

Caso clínico

Mujer de 36 años que en diciembre de 2010 ingresa por prodromos de parto tras un embarazo deseado y sin complicaciones. Parto eutócico y a término. En 2005 fue diagnosticada de cáncer de mama unilateral siendo tratada con éxito mediante mastectomía total derecha con linfadenectomía y quimioterapia posterior.

El recién nacido inicia LM en el puerperio inmediato y la madre recibe durante su ingreso todo el apoyo necesario para instaurar con éxito el amamantamiento, aplicándose un plan de cuidados personalizado en el que la valoración se realiza según el modelo de Virginia Henderson y se utiliza taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC.

A los 20 días del alta, la madre acude a un grupo de apoyo a la lactancia materna (GALM) motivada por el conflicto entre su interés por mantener la lactancia materna exclusiva y las presiones que recibe de su entorno para que la abandone, ya que éste piensa que el niño no obtiene el suficiente alimento al ser amamantado por un solo pecho.

Comentarios

Es fundamental desterrar una serie de mitos arraigados en la sociedad sobre la LM que pueden provocar un gran impacto sobre la madre, llevándola incluso a abandonar el amamantamiento.

Los profesionales sanitarios tienen un papel muy importante en la promoción y apoyo a la LM. Una información personalizada capacita a la mujer para tomar decisiones adecuadas en lo que respecta a la alimentación de su hijo, desterrando así creencias equivocadas.

Los GALM complementan la labor de los profesionales de la salud resolviendo dudas y dificultades para que la madre pueda amamantar con éxito.

P096. ASESORAMIENTO Y APOYO EN UN CASO DE MASTITIS RECURRENTE

Benedicta Cutanda Carrion. Complejo Hospitalario Universitario Albacete

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de las mastitis infecciosas, en la práctica, suscita dos tipos de reacciones: desaconsejar la lactancia, por temor a perjudicar al lactante por el agente infeccioso y/o por desconocimiento de los antibióticos a emplear; o utilizar por defecto un betalactámico o antifúngico sin análisis previo.

ANTECEDENTES:

Madre de dos hijos, su primera lactancia fue dificultosa (grietas, acceso drenado y tratado con amoxicilina+clavulanico). Mantuvo lactancia exclusiva diferida 4 meses por imposibilidad de amamantar de forma directa.

Ingreso a los 7 días posparto, de segundo hijo, por síntomas de mastitis y posible absceso mamario (no drenado). Tratamiento con amoxicilina+clavulanico . No se recogen cultivos previos. Grietas profundas en ambos pechos.

MOTIVO DE CONSULTA: pezones lacerados, tomas muy dolorosas, agarre dificultoso (bebe 15 días de vida). Valoración de la toma: agarre superficial, postura inadecuada, labios apretados, mejillas hundidas, chasquidos, pezones doloridos, muy lacerados.

Valoración oral del lactante: retrognatia acentuada , frenillo tipo IV?, moderado, según los criterios de apariencia y funcionalidad de Hazelbaker.

ASESORAMIENTO Y CURSO DE LA LACTANCIA: cultivo de leche y pezones (positivo a enterobacter cloacae y staphylococcus coagulasa negativo). Sensible a ciprofloxacino / resistente a amoxicilina+clavulanico. Tratamiento: Apoyo emocional, asesoramiento en cuanto a inocuidad para el bebe. 20 días con Ciprofloxacino oral + Ciprofloxacino ótico (local en pezones), ibuprofeno. Lactancia diferida (7 días), administración de leche extraída con jeringa, conchas aireadoras, pezoneras tipo contac al inicio de las tomas directas. Consejos extracción. Optimización de tomas (compresión del pecho), posiciones ventrales, tumbada, invertida (para favorecer extensión cefálica y agarre asimétrico). Notable mejoría en pezones tras 15 días de tratamiento, pero persisten síntomas subclínicos de mastitis (dolor punzante, síndrome de Raynaud. Nuevo cultivo con otros agentes causales que precisan otro antibiótico, rehusando la madre al mismo.

COMENTARIOS:

-El tratamiento de la mastitis infecciosa debe instaurarse tras determinar por análisis microbiológico el agente causal y su sensibilidad a antibióticos, evitando así infecciones crónicas y recurrentes.

-Asesorar sobre el efecto del tratamiento y la leche mastítica en el lactante para evitar el destete precoz y la angustia materna.

-Sigue con lactancia tras 18 meses.

P097. POLITELIA EN MADRES LACTANTES: A PROPOSITO DE 4 CASOS

Rosa Sorribas. Castelldefels
Julio Verastegui; Antonio Clemente; Luis Ruiz
Cap El Castell

La politelia y polimastia son restos embrionarios persistentes. La prevalencia de politelia en población infantil es del 4,1%, desconociéndose la de polimastia.

En la politelia se aprecian restos de pezón y en la polimastia se hallan restos de glándula mamaria, completamente activa, pudiendo presentar patologías así como un desarrollo puberal y gestacional normales.

Se presentan 4 casos en madres lactantes.

Métodos. Se describen 4 casos que acuden a consulta especializada en lactancia materna, remitidos por grupos de madres y profesionales sanitarios. En 3 casos se realiza estudios ecográficos y de mamografía.

Caso 1. Madre con problemas de posicionamiento, refiere que los pechos le llegan a las axilas. Se aprecia polimastia bilateral dolorosa. Se corrige la posición y mejora el dolor. Se identifica tejido mamario en ecografía y mamografía.

Caso 2. Puérpera de 1 mes con dolor en pezón. Se aprecia pezón supernumerario conocido desde la infancia. La madre refiere que presionando la tumefacción aparecida bajo el pezón sale leche. La polimastia desapareció pese a amamantar a su hijo 10 meses.

Caso 3. Madre lactante remitida con Politelia bilateral y galactorrea por uno de los pezones. La madre conocía esta situación con pezones situados en región próxima a la axila. Se aprecia glándula mamaria en ecografía y mamografía.

Caso 4. Madre de lactante de 3 meses, acude por problemas de lactancia y refiere dificultades con masa axilar identificada por ecografía y mamografía como polimastia. No ha dado problemas durante la lactancia y se sigue control ecográfico al finalizar esta.

COMENTARIOS.

La polimastia puede generar dificultades añadidas a la lactancia. Hay que buscarlas en madres lactantes con masas axilares.

La politelia, más frecuente en la población, puede producir y expulsar leche mediante la presión. Estas porciones de tejido ectópico mamario podrían sufrir los mismos procesos patológicos que las otras glándulas mamarias habituales.

P098. FRENILLO Y MASTITIS

M. Helena Herrero Martínez. *Asoc. Amamamantar*
Isolina Riaño Galán. *Hospital San Agustín*
Juan Miguel Rodríguez Gómez. *Facultad Veterinaria UCM*
Isabel Hervás. *Hospital La Fe, Valencia*
Francisco Vera Espallardo. *Valencia*
Rebeca Arroyo Rodríguez. *Facultad Veterinaria UCM*

INTRODUCCIÓN

Existe gran controversia en el tratamiento de las mastitis, diversos factores contribuyen: el mal uso de antibióticos empíricos, insuficiente estudio microbiológico, y ausencia de diagnóstico en las causas mecánicas determinantes. En este trabajo intentamos evidenciar la presencia de frenillo sublingual como causa mecánica determinante de un gran % de mastitis. Según la revisión de la OMS sobre mastitis, dos, son los factores predisponentes: el estasis de leche y el sobrecrecimiento bacteriano.

El primero es debido a un mal vaciamiento del pecho, por un mal agarre o por una mala transferencia de leche. El frenillo sublingual corto y/o interlabial, es una de las causas de mal agarre y de mala transferencia de leche. En este estudio descriptivo queremos mostrar la relación existente entre frenillo sublingual corto y el sobrecrecimiento bacteriano causante de mastitis, abscesos y destete precoz.

MATERIAL Y METODOS

400 mujeres lactantes que consultaron por dificultades durante su lactancia, de edades comprendidas entre 19-48 años edad, con una media 32, fueron evaluadas por varios expertos. La evaluación incluía anamnesis, antecedentes personales madre e hijo, exploración física de mamas y cavidad oral del niño, observación de una toma, cultivo microbiológico de leche de ambos senos, así como frotis de la piel de ambos pezones, evaluación clínica y microbiológica tras el tratamiento. Para el diagnóstico de frenillo se siguieron los criterios de Watson-Genna. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS utilizándose las herramientas estadísticas y los valores de significación habituales.

RESULTADOS

En el 98.7% de los casos se evidenció alteración microbiológica bacteriana. En un 92%, la presentación clínica más frecuente de las mastitis fueron dolor pezones y/o irradiación interna al pecho/s. 5 pacientes presentaron abscesos.

Casi todos los niños del estudio presentaban limitación de diferente grado en la succión por frenillo sublingual o/y interlabial.

CONCLUSIONES

Existe clara relación entre frenillo sublingual y mastitis. Si esta mastitis es recurrente la probabilidad de que el frenillo sea el factor subyacente es todavía mayor, por lo que se hace necesario el abordaje del mismo para la resolución de la mastitis y evitar complicaciones severas como abscesos, o/y destete precoz no deseado.

P099. LACTANCIA MATERNA Y PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Elisa Fernandez Tena. Zarautz
Alejandra Armas Sosa. Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Con la aprobación de la “ley del medicamento” (28/2009, de 30 de diciembre), se legaliza en España la prescripción enfermera de manera autónoma y también colaboradora a través de protocolos consensuados.

Al igual que en otras especialidades de enfermería, en la consulta de atención a las madres lactantes que ofertamos las matronas de atención primaria, esta ley regula una situación existente y garantiza unas mejores prácticas enfermeras.

OBJETIVOS

Garantizar la seguridad de las madres lactantes que vienen a consulta con problemas en torno a la lactancia materna.

Identificar las prescripciones más frecuentes en la consulta de la matrona para resolver problemas de lactancia.

METODOLOGÍA

Aplicación de la plataforma telemática e-nursing.

Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

PRESCRIPCIÓN AUTÓNOMA: irritación de los pezones, obstrucciones, extracción de leche.

PRESCRIPCIÓN COLABORADORA: mastitis, candidiasis, anticoncepción, supresión de lactancia.

CONCLUSIÓN

Prescribir legalmente es un reconocimiento a nuestra labor asistencial, con el compromiso de una buena formación que aumente la calidad de las prácticas enfermeras y la seguridad de los pacientes, en este caso las madres lactantes.

**P100. LACTANCIA MATERNA Y ANTICONCEPCION HORMONAL CON
GESTAGENOS**

***Sonia Pomedá Paños; Isabel Hernandez Valero
Eva Cristina Montero Rodríguez; Noelia Sanz del Pozo
Mercedes García Alfaro; María del Mar Sanchez Saez
H. Universitario de Guadalajara***

P101. APLICACIÓN DE LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOGALACTIA

***Manuel Ratia Ramos; Rocío Porras España
Encarna Sánchez Alarcon; Pedro Vilches Polaina
Francisco Javier Ruiz Peregrina; Dolores Peinado Valderas
Hospital Alto Guadalquivir***

P102. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

***Susana María Rubia Ortega; María Cano Arias
Dolores Quesada Martínez; Susana Amat Mena
Juan Expósito Pérez; Jose Antonio Martín Moreno
Hospital Poniente***

P103. GRIETAS EN LOS PEZONES: QUÉ HACER Y CÓMO EVITARLO

***Dolores Quesada Martínez; Lorena Garcia Aguilar
Maria Cano Arias; Susana Amat Mena
Miguel Ángel Romero Rodríguez; Susana María Rubia Ortega
Hospital Poniente***

**P104. MASTITIS Y EL ABANDONO PRECOZ E INNECESARIO DE LA
LACTANCIA MATERNA**

***Maria Cano Arias; Susana Maria Rubia Ortega
Dolores Roman Garcia; Jose Antonio Martin Moreno
Miguel Angel Romero Rodriguez; Juan Exposito Perez
Hospital Poniente***

P105. MASTITIS, GRIETAS EN LOS PECHOS Y GALACTOFORITIS

*Lourdes Llubes Mas; Anna Mainó Gàzquez
Marta Garcia Cortes; Jordina Feliu Albana
Oriol Marquina Peralta; Monica Carnicé Gatius
HUAV*

P106. RECIÉN NACIDO PREMATURO DE BAJO PESO, ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON FACTORES MATERNOS

Carolina Encarnación Argüello

Hospital Provincial Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo

María Daniela Defagó

Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

Antecedentes: los beneficios de la leche materna (LM) son ampliamente difundidos, por ser un alimento natural y completo, especialmente en el recién nacido prematuro (RNP). Existen factores maternos que pueden dificultar su administración durante la hospitalización.

Objetivos: valorar el aporte de LM en el RNP e identificar factores maternos relacionados a la cantidad de LM administrada.

Material y métodos: participaron RNP de bajo peso admitidos dentro de las primeras 24 horas de vida en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Materno durante los años 2007-2009. Se determinó el porcentaje de LM administrado durante la internación mediante las planillas del lactario de LM del Servicio de Nutrición. Los RNP fueron agrupados según porcentaje de LM recibido ($>20\%$ o $<20\%$ de su alimentación) Los factores maternos (edad, número de gestas) fueron registrados de las historia clínicas. Se aplicó el test de correlación de Spearman para analizar la asociación entre % LM y edad materna y número de gestas.

Resultados: la muestra quedó conformada por 53 RNP de bajo peso. Sólo 14 niños (26,4%) cubrieron más del 20% de su alimentación con LM. Los restantes 39 (73,7%) no alcanzaron a cubrir el 20% de su alimentación con LM. La edad materna promedio fue $22,7 \pm 1,95$ años y el 41,02% de las madres no realizó control prenatal. En el grupo de RNP que cubrieron más del 20% de su alimentación con LM, se encontró una correlación negativa entre % LM y edad materna ($r=0,25$) o número de gestas ($r=0,37$), mientras que en el grupo que recibió menos LM se observó una correlación positiva entre % LM y edad materna ($r=0,5$).

Conclusiones: el aporte de LM durante la hospitalización del RNP de bajo peso puede afectarse por factores maternos, tales como la presencia de familias numerosas, por lo que es necesario reforzar el acompañamiento a las madres.

P107. LACTANCIA EN PRETÉRMINO TARDÍOS

*Paloma Aymerich Salas; Ana Pineda Caplliure
Pilar Codoñer Franch; Rafa Bretón Martínez
Laura Martorell Gimenez; Manolo Porcar Almela
Hospital Universitario Dr. Peset*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Los recién nacidos pretérmino tardío (RNPTt) han sido la base de los estudios en neonatología en los últimos años, ya que suponen hasta el 80-90% del total de prematuros (7% del total de recién nacidos vivos). Respecto a la lactancia, la inmadurez gastrointestinal, el retraso en las deposiciones, un círculo enterohepático enlentecido y una musculatura oral con una función-tono disminuidos respecto a los recién nacidos a término (RNAT) hace que los RNPTt tengan un éxito para la lactancia materna no sostenido tras el alta.

Nuestro objetivo fue observar el tipo de alimentación recibido por los RNPTt en la maternidad de un hospital de segundo nivel y compararla con un grupo de RNAT.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron datos desde Diciembre 2009 a Marzo 2010 de los RNPTt nacidos en nuestra maternidad y se compararon con un grupo simultáneo de RNAT. Se realizó una encuesta a los padres, a partir de los 3 meses de vida, sobre el tipo de lactancia recibida

RESULTADOS:

Se obtuvo una tasa de prematuridad del 9% (86% pretérmino tardío). Se recogieron datos de 52 niños (27 RNPTt y 25 RNAT). No se encontraron diferencias para el éxito en la lactancia materna (62,4 frente a 63,9 - $p=0,86$). Fueron dados de alta con lactancia mixta el 33% de los RNPTt frente al 4% de los RNAT ($p=0,024$). No se encontraron diferencias para el tipo total de lactancia, tiempo de adherencia a la lactancia materna y tiempo en la subida de leche. Precisarón complementación el 85% de los RNPTt frente al 42% de RNAT ($p=0,02$). El tipo de complemento más utilizado fue la fórmula de inicio (48% de los RNPTt y 26% de los RNAT). Se complementó la lactancia mayoritariamente los primeros días (59% de los RNPTt frente al 44% de RNAT).

CONCLUSIONES:

El favorecimiento a la asistencia en talleres de lactancia así como una mayor ayuda a este grupo poblacional en las maternidades ayudaría a disminuir la complementación a la lactancia materna (lactancia mixta). Para ello es fundamental promover al personal de perinatología en los hospitales de segundo nivel.

P108. FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIEN NACIDO DE RIESGO EN UN HOSPITAL COMARCAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Natalia Alonso Martinez; Sofia Gonzalez Salgado
Teresa Gonzalez Alvarez; Maria Elisa Lamelas Gonzalez
Maria del Carmen Perez Blanco; Gema Sanchez-Cabezudo Tirado
H.C. de Valdeorras*

ANTECEDENTES

Como hospital comarcal, la aparición de complicaciones importantes en la gestante y/o el RN conlleva el traslado a un centro de nivel superior. Por ello, nuestra experiencia en inicio de LM en RN con problemas es mínima. La implicación de un grupo de profesionales en el apoyo a la lactancia, tanto en RN sano como en RN con dificultades, ha conseguido instaurar esta práctica en RN que antes no lo hacían.

CASO

Primigesta de 21 años. Embarazo inesperado, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Evolución dentro de la normalidad hasta semana 35, en que se observa disminución del crecimiento fetal. TA y analítica normales. Se indica reposo y control en 1 semana. Ingreso en semana 36 para proseguir control materno-fetal. En semana 36+4 preeclampsia leve, RCIU asimétrico y doppler alterado. Se decide finalizar gestación. Nace RN mediante cesárea (fracaso de inducción) con Apgar 9-10 y 1.900 g.

RN en incubadora.

Primer día: por hipoglucemia y escasos reflejos de búsqueda, agarre y succión, administración por sonda nasogástrica de glucosado. En posteriores tomas, leche de fórmula.

Segundo día: 1760 g. Se estimulan agarre y succión poniendo al pecho el RN al pecho, que se cansa fácilmente. Se suplementa según protocolo. La madre empieza estimulación y extracción de leche.

Cuarto día: LME, puesta al pecho y suplementación con leche extraída cuando precisa.

Undécimo día: Alta hospitalaria con 2020 g., LME y algún suplemento puntual de leche materna.

Al mes, abandona LM.

CONCLUSIONES

Las madres, especialmente las que pretenden amamantar bebés de bajo peso, deben recibir información sobre beneficios de la LM, riesgos de no amamantar, instrucción sobre extracción y mantenimiento de la leche, además de apoyo extra por parte del personal sanitario.

La matrona, dentro del entramado hospitalario, se perfila como un elemento clave en el fomento y apoyo a la LM, actuando en un momento clave del amamantamiento como es el posparto precoz. La implicación en el seguimiento y apoyo de otros profesionales del equipo de salud, más aún ante un RN de riesgo, se hace imprescindible e ineludible.

P109. HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR Y IONOGRAMA EN PREMATUROS ALIMENTADOS CON PRODUCTOS BOVINOS

Sergio Verd. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

INTRODUCCIÓN: La incidencia de hemorragia intraventricular en neonatos prematuros no se ha reducido en los últimos diez años. En nuestra Unidad Neonatal, la introducción de leche de banco ha coincidido con una reducción de la tasa de hemorragia intraventricular. Curiosamente, hasta ahora, la posible relación entre hemorragia intraventricular y tipo de alimentación del prematuro no ha merecido ninguna atención.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Hemos revisado las historias de los prematuros menores de 30 semanas de gestación durante tres años, 18 meses antes y después de adoptar un protocolo que evita la administración de cualquier traza de fórmula artificial durante las dos primeras semanas de vida extrauterina, para registrar la incidencia y tipos de hemorragia intraventricular. Además hemos comparado la natremia (99 muestras) y la kaliemia (93 muestras) en los días 1 a 6 de vida de casos que sólo han recibido leche materna o de banco, con controles anteriores que habían recibido leche materna y productos bovinos.

RESULTADOS: La Tabla 1 muestra que la incidencia de cualquier tipo de hemorragia intraventricular se ha reducido en un 51% y que la tasa de hemorragia intraventricular grave se ha reducido en un 71%. Además, la evitación de productos bovinos en los primeros seis días de vida se acompaña de tasas significativamente más altas de sodio y potasio (Na⁺: 140.3 versus 137.7 mEq/L, p=0.05; K⁺: 4.8 versus 4.4 mEq/L, p=0.04).

CONCLUSIONES: hace unos 25 años que se sabe que el potasio es uno de los predictores más potentes de la hemorragia intraventricular, y en 2010 se ha descrito el papel de las amplias fluctuaciones del sodio en la patogenia de esta complicación. Este estudio piloto en paralelo del ionograma, la alimentación y las hemorragias intraventriculares nos permite conjeturar que hay que seguir por este camino.

Tabla 1

Hemorragia intraventricular	Leche materna y fórmula (N = 19)	Leche materna y de banco (N = 17)
Total	7 (37%)	3 (18%)
Grados III y IV	4 (21%)	1 (6%)
Grados I y II	3 (16%)	2 (12%)

P110. LA LACTANCIA MATERNA COMO UN FACTOR PROTECTOR DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS

Andrea Caro; Romina Bobio; Alicia Ramirez
Programa Materno Infantil

INTRODUCCIÓN:

La Lactancia Materna (LM) y en particular la Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el 6º mes de vida del niño, es una de las intervenciones para mejorar la salud infantil, aportando beneficios, como la protección frente a las infecciones.

El inicio temprano protege al recién nacido y reduce la mortalidad neonatal.

La morbimortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb), puede aumentar en los lactantes que no reciben LME.

Mediante medidas de apoyo y promoción de la LM puede reducirse lo expuesto.

El Programa Materno Infantil realiza acciones para disminuir la morbimortalidad por IRAb. Destacándose el seguimiento de pacientes externados. Se utiliza como herramienta la comunicación telefónica con las familias, gestionando turnos en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) cercanos a su domicilio, asegurando la continuidad de la atención.

Este trabajo se realiza desde el año 2009.

RESULTADOS:

De 8640 casos, 1936 (22,5 %) corresponden a niños menores de 6 meses, de los cuales 215 (11,1 %) no recibe LME. Corresponden 86 (40 %) a niños de 0 a 3 meses, 129 (60%) de 4 a 6 meses y 1247 (14,5 %) de 7 a 11 meses no recibe LM 303 (24,2 %).

Según la gravedad por Tal de Ingreso, en menores de 6 meses ingresaron con un Tal leve 163 (76 %), Tal Moderado 43 (20 %) y Tal grave 9 (4%), menores de 3 meses que tuvieron que ser internados.

En el seguimiento de niños sin LME, con un Tal moderado 26 (60,5%) requirieron internación según el dato proporcionado por las familias.

CONCLUSIONES:

El trabajo realizado demuestra que la LM es uno de los factores de protección ante las IRAb, aunque quede directamente afectada a otros factores de riesgo como: fumador en la casa, bajo peso al nacer, madre adolescente y madre sin primaria completa. La falta de LM incide en el agravamiento de la patología, sobre todo en pacientes menores de 3 meses. La herramienta más importante para la disminución de las IRAb es la prevención de las mismas y sobre todo la promoción de la LME hasta el sexto mes de vida.

P111. INGESTA DE PARACETAMOL POR LAS MADRES DE LOS LACTANTES CON BRONQUIOLITIS

Sergio Verd; Patricia Febles
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

INTRODUCCIÓN: Los efectos biológicos del paracetamol han provocado que se estudie su posible relación con la actual epidemia de asma. Es conocido que la exposición al paracetamol durante el embarazo se asocia con síntomas respiratorios en el primer año de vida, y también que la ingesta de paracetamol en los primeros seis meses de la vida predice una mayor tasa de asma en la edad escolar. El paracetamol pasa rápidamente a la leche materna y el cociente de su concentración plasma:leche materna es aproximadamente la unidad. Estos datos nos han empujado a explorar la ingesta de paracetamol en madres de lactantes visitados por bronquiolitis.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: En este estudio piloto se ha preguntado a las madres de los lactantes que han debido ser nebulizados en nuestro Hospital durante una semana de la estación epidémica de bronquiolitis, y que recibían lactancia materna exclusiva, si ellas habían recibido paracetamol en los siete días anteriores a la visita en el Servicio de Urgencias; en caso afirmativo, también se les ha preguntado por qué estaban tomando este medicamento.

RESULTADOS: En 10 de 15 casos (66%) la madre estaba recibiendo paracetamol al aparecer la bronquiolitis en el niño. Una encuesta de otros autores sobre la relación entre asma y paracetamol había mostrado que en nuestra ciudad sólo el 11% de la población toma paracetamol cada semana. Tres madres tomaban paracetamol por procesos catarrales, tres por mastitis, dos por cefalea, una por raquialgia y una por dolor abdominal. El rango de edad de los lactantes estaba entre 16 y 112 días de vida, dos han ingresado en la UCI pediátrica, cinco en la planta de Pediatría, y los restantes ocho han seguido tratamiento ambulatorio.

CONCLUSIONES: las madres de lactantes con bronquiolitis de nuestra muestra toman seis veces mas paracetamol que el resto de la población. Si esta observación se repite suficientes veces, dispondremos de un instrumento de alto rendimiento para prevenir las bronquiolitis en recién nacidos y lactantes amamantados.

P112.EFECTO DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN EN EL RIESGO DE SOBREPESO AL AÑO DE VIDA

***Elena Martínez Cayuelas; Lorenzo Quesada Dorigne
Carlos Iglesias Gómez; Miguel Felipe Sánchez Sauco
Mónica Esquerdo Laib; Mercedes López Aviles
Concepción Martínez Romero; Manuel Sánchez Solís
Juan Antonio Ortega García
PEHSU Murcia***

La alimentación en el 1º año de vida tiene una gran influencia en el exceso de peso en la infancia y adolescencia. El objetivo de este estudio es analizar la relación del tipo de alimentación durante el al año de vida en los índices de sobrepeso y obesidad.

Método: Estudio de cohortes desde el nacimiento hasta el año de vida, con primera visita presencial y seguimiento telefónico (1, 3, 6, 12 meses). Los datos antropométricos fueron obtenidos de la revisión del niño a los 12 meses realizada en su Centro de Salud. Estudio descriptivo y de correlación entre: peso/talla (P/T); índice de masa corporal (IMC); peso al año, LM exclusiva, LM completa y LM total (tiempo de algo de lactancia). Se realizó estudio de correlación controlada por el peso al nacimiento, raza materna, tabaquismo materno durante el embarazo (2-3º trimestre) y nivel de renta familiar. Se tomaron como tablas de referencia las de la OMS (sobrepeso $p > 85 < 95$; obesidad $> p95$).

Resultados. Presentan exceso de peso el 25 % y 31% de las niñas (11% sobrepeso y 14% obesidad) y niños (18% sobrepeso y 14% obesidad) respectivamente. En ambos sexos el 14% son obesos. El P/T, IMC y peso al año se relaciona con la LMex y LMC (-0,16 y -0,13; $p < 0,05$). Pearson para P/T y peso al año para la LMT de -0,12 y -0,15; $p < 0,05$). Esta relación no se ve sustancialmente alterada tras controlar el efecto de las variables peso al nacimiento, raza materna, tabaquismo materno durante el embarazo (2-3º trimestre) y nivel de renta familiar. Odds Ratio de la LM exclusiva de sobrepeso (IMC > 18 kg/m²) 0,99 (IC95%, 0,98-0,99) y obesidad ($> 19,5$ kg/m²) 0,98 (IC95%, 0,97-0,99).

Conclusiones. La duración de la lactancia materna, sobre todo exclusiva disminuye el riesgo de obesidad y sobrepeso al año de vida. En los programas y planes de las Comunidades Autónomas sobre prevención de la obesidad infantil se debería priorizar como punto clave los aspectos relacionados con la protección y promoción de la lactancia materna.

P113. LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO INFANTIL

Sigrid Segura Roca. UB
Gemma Segura Roca. H. Trueta Girona
Mary-Mey Roca Domingo. UAB
Marcelo Segura Badía; Àgia Segura Roca
H. Mar

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

Muchas son las ventajas de la lactancia materna frente a la artificial descritas en los estudios existentes, pero no hay estudios concluyentes respecto a su relación con el sobrepeso infantil, y que investiguen la proporción de lactancia a demanda de cada tipo. Los objetivos del estudio han sido determinar la relación entre tipo de lactancia y sobrepeso infantil, y la proporción de lactancia a demanda según el tipo de la misma.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de encuestas anónimas a todas las madres de niños/as de 2 a 5 años, de un centro pre-escolar de Barcelona.

Se preguntó sobre: sexo; tipo de lactancia y frecuencia de las tomas; peso y altura, al nacer y a los 2 años; factores de riesgo de obesidad infantil (IMC maternos/paternos, estudios maternos/paternos, aumento de peso y hábito tabáquico durante embarazo).

RESULTADOS

Se obtuvieron 67 encuestas completas.

Tipo de lactancia: Lactancia materna exclusiva (LME)=28'4%, Lactancia mixta (LM)=50'7%, Lactancia artificial (LA)=20'9%. Se agruparon LM y LA como grupo no lactancia materna exclusiva (NLME).

Lactancia a demanda: materna 29/52 (55,8%), artificial 4/27 (14,8%) ($p < 0.01$)

Varones: Clasificación según IMC_2 años	NLME	LME
Normopeso	66,6%	80%
Sobrepeso	33,3%	20%

$p < 0.02$

Hembras: Clasificación según IMC_2 años	NLME	LME
Normopeso	72,2%	71,4%
Sobrepeso	27,8%	28,6%

$p = N.S.$

Varones	IMC nacimiento	IMC 2 años
NLME	13,11	17,42
LME	13,11	16,02

Hembras	IMC nacimiento	IMC 2 años
NLME	12,81	16,34
LME	14,36	17,63

$p = 0,003$

CONCLUSIONES

- 1.- Los varones alimentados con LME tienen menor probabilidad de sobrepeso a los 2 años respecto los NLME. En las hembras, partiendo de un porcentaje mayor de sobrepeso en el grupo de LME, se ha observado una normalización del IMC a los 2 años en este grupo respecto al resto.
- 2.- La LA se realizó a demanda en un porcentaje mucho más reducido que en la lactancia materna.

P114. ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA EN UNA COHORTE DE NIÑOS CON OBESIDAD

*María José Rivero Martín; Letizia Lesmes Molto
María José Alcázar Villar; Beatriz Flores Antón
Irene Rivero Calle; Susana de las Heras Ibarra
Hosp. Universitario de Fuenlabrada*

Antecedentes y objetivos:

Ante el aumento de incidencia del sobrepeso y la obesidad infantil, los programas de salud de los gobiernos han incluido su prevención entre sus objetivos. La lactancia materna podría tener un moderado efecto protector de la obesidad infantojuvenil, aunque se desconoce su eficacia en la prevención.

El objetivo de este estudio es determinar si los niños con obesidad recibieron LM con menor frecuencia que los no obesos.

Material y métodos:

Se realiza un estudio descriptivo de los niños vistos en el primer semestre de 2009 como primera visita y con diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

Consideramos sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) se encuentra entre el p85 y el p95 de las valores de referencia para la población española en las tablas de Orbegozo 2002; y obesidad cuando el IMC está por encima del p95. Se recogen antecedentes de LM en un grupo control de 35 pacientes atendidos en la consulta de endocrinología infantil, en las mismas fechas por otros diagnósticos.

Resultados:

De los 260 pacientes nuevos que acudieron a la consulta de endocrinología infantil en el primer semestre de 2009, 47 acudieron por sobrepeso u obesidad (18,08%). El 51% eran niñas.

En el grupo obesidad, 24 pacientes habían recibido alimentación con leche materna (51%), con una media de 7,7 meses (DE: 7,5). En 7 pacientes (14,9%) no se recogieron datos de la lactancia en la primera infancia. El 65% mantuvieron la lactancia más allá de los 4 meses, y el 48% los 6 meses.

En el grupo control el 80% de los niños habían recibido LM ($p < 0,05$), durante una media de 5,3 meses (DE: 4,3); el 40% durante 6 o más meses.

Conclusiones:

En los niños con obesidad es más frecuente la alimentación con sucedáneos de leche que en los no obesos.

A pesar de ser un factor de riesgo en el desarrollo de obesidad, hasta en el 15% de los pacientes no se recogen datos del tipo de lactancia recibido.

No hubo diferencias en el tiempo que se mantuvo la lactancia entre ambos grupos.

P115. LACTANCIA MATERNA EN BEBÉS CON LABIO LEPORINO

Cristina Andrés Rojo; Ferran Perelló Raich; Laura Torres Bertral
HUAV

INTRODUCCIÓN

El labio leporino es un fallo congénito de la fusión del labio superior que puede ser unilateral o bilateral. La lactancia materna en estos niños es posible aunque requiere de una serie de estrategias para optimizar su éxito. El equipo de enfermería debe preparar a los padres para que estos puedan elegir dar el pecho y conseguir una lactancia eficaz.

OBJETIVOS

- Entregar los nutrientes necesarios al lactante
- Generar un contacto físico para una buena relación afectiva
- Conocer si el lactante es capaz de realizar un sellado, una succión y una presión negativa adecuados para el amamantamiento.

METODOLOGÍA

- Sesiones informativas dirigidas a familias con un recién nacido con alteraciones de la anatomía estructural de la cavidad bucal.
- Aulas de Demostración dirigidas por personal experto en neonatología.

INTERVENCIONES

- Enseñar las propiedades nutricionales de la leche materna. El amamantamiento permite un mayor grado de desarrollo de los músculos buco-faríngeos frente a la alimentación con biberón.
- Enseñar a la madre distintas posturas para la colocación de niño al pecho. Es efectivo sellar la hendidura del labio leporino con la propia glándula mamaria y/o el dedo de la madre. En el caso de un defecto unilateral sugerir que la madre dirija el pezón al labio no afectado, si el defecto es bilateral a veces se consigue un mejor agarre con la posición del “balón de fútbol” (ver fig. 1)
- Valorar las dificultades del lactante para extraer la leche del pecho, en caso de imposibilidad de amamantar enseñar a la madre a extraer su propia leche mediante bombas.
- Es frecuente que los lactantes con labio leporino traguen aire durante la alimentación, precisando descansos durante esta para permitir al bebé eructar el aire tragado.

CONCLUSIONES

Las técnicas de alimentación al pecho reforzadas con métodos adicionales consiguen que muchos niños puedan ser amamantados con éxito.

El apoyo del profesional sanitario en técnicas de lactancia materna tiene un papel crítico en implementar los cuidados, evaluarlos y valorar su efectividad en estos casos.

P116. ANQUILOGLOSIA: LA GRAN GRAN OLVIDADA QUE PUEDE CAUSAR FRACASO EN LA LACTANCIA MATERNA

Mireia Vidal Ramperez. CAP

ANTECEDENTES

La anquiloglosia es una alteración congénita caracterizada por un frenillo lingual corto que puede dificultar el amamantamiento. Suelen aparecer problemas de succión, escaso aumento ponderal, y dolor, grietas y/o ingurgitación mamaria materna. La frenotomía parece la mejor solución.

CASO CLÍNICO

Recién nacido varón a término, lactancia materna exclusiva (LME).

En primera visita al centro de salud la madre presentaba dolor, grietas e ingurgitación mamaria bilateral, que mejoraron con corrección posicional. En días posteriores persistía dolor y grietas y se diagnosticó anquiloglosia. Fue derivado a cirugía. Previo a la frenotomía el lactante perdió peso, recomendándose extracción de leche materna para ofrecer sin tetina. Debido a la angustia y cansancio maternos el suplemento fue con leche adaptada en biberón.

A partir de la frenotomía (18º día) mejoró la clínica y se retiraron los suplementos.

El relato de la madre muestra su vivencia de las dificultades iniciales y la importancia de poder gozar una lactancia materna (LM) feliz durante 9 meses.

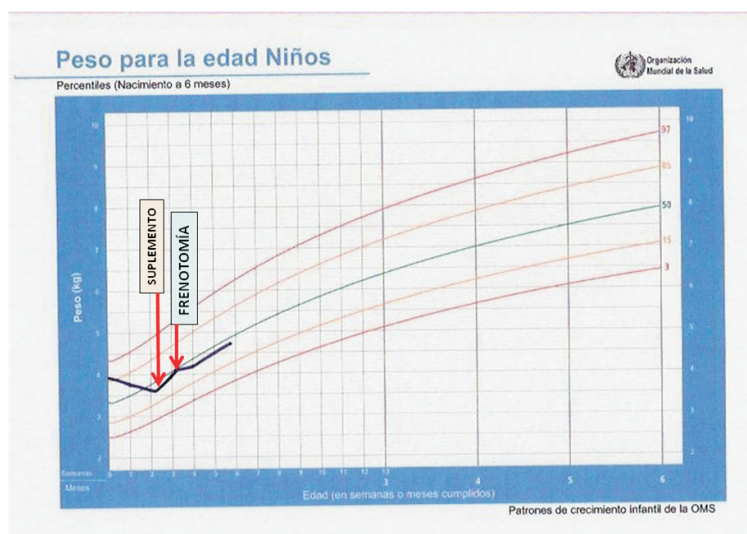
COMENTARIO

La detección sistemática de anquiloglosia debería estar incluida en las primeras visitas del recién nacido, pero sobretodo como diagnóstico diferencial ante una LM ineficaz.

La bibliografía aporta prevalencias muy dispares y controversia entre los profesionales sobre su influencia en la LM. En nuestra experiencia, la mayor formación nos ha permitido aumentar su detección y resolución. (4% recién nacidos 2009 y 12,5% el 2010).

Aliviar el dolor es fundamental para el mantenimiento de la LM. Por cada día de dolor durante las primeras 3 semanas de lactancia, el riesgo de cese es del 10-26%. En madres de lactantes con anquiloglosia el dolor es más frecuente. La derivación a un hospital con cirugía pediátrica a menudo implica una espera que puede ser vital. En este caso, a pesar del diagnóstico a los 8 días de vida, la demora en la intervención supuso el inicio de suplementos con leche adaptada y alargar el malestar materno.

Si la frenotomía se realiza los primeros días de vida sus complicaciones son muy raras. Más allá de la detección debemos ser capaces de establecer circuitos rápidos de intervención, sólo así podremos apoyar eficazmente la LM.



P117. EVOLUCION DE LA LACTANCIA EN UN CASO DE ANQUILOGLOSIA MODERADA. APOYO Y ASESORAMIENTO

*Benedicta Cutanda Carrion; Eva Maria Velasco Sanchez
Maria Carolina Gonzalez Martinez
Complejo Hospitalario Universitario Albacete*

INTRODUCCIÓN:

Los niños con anquiloglosia pueden experimentar dificultades a la hora de amamantar (mal agarre al pecho, poco aumento de peso, dolor en el pezón materno, mastitis...) llevando al destete precoz. Además pueden aparecer dificultad para deglutir, lamer, trastornos en la dentición, el habla, la respiración...

ANTECEDENTES:

Madre de dos hijos. Primer hijo, abandono precoz (2 meses) de la lactancia por ganancia ponderal escasa y rechazo del pecho, provocando gran frustración materna.

MOTIVO DE CONSULTA:

Ampollas en ambos pezones tras amamantar a su segundo hijo de dos días de vida.

Valoración de la toma:

Postura madre-bebe adecuada, boca poco abierta, no se ve la lengua, chasquidos, labios invertidos, afianzamiento superficial, toma muy larga. Dolor en el pezón. Mamas de gran tamaño.

Valoración oral del lactante: frenillo tipo III; moderado (según los criterios de Hazelbaker).

ASESORAMIENTO:

Contacto piel con piel, manejo de la mama con cabestrillo, optimizar tomas: (técnica de sándwich + compresión de pecho). Posición ventral, caballito, rugby, lateral, agarre asimétrico, eversión del labio etc.

Seguimiento:

Medro adecuado. Dos meses: aparece Síndrome de Raynaud (SR) (mejora con calor local). Tres meses: zona blanca en pezón persistente. Cuatro meses: síntomas mastitis subclínica, tratada tras cultivo, desapareciendo zona blanca del pezón, aumenta flujo de leche, y mejora SR. Presenta obstrucción de conductos frecuentemente y tomas muy prolongadas.

-Al introducir alimentos (6 meses), rechazo de sólidos, dificultad para deglutir y náuseas ocasionales.

- 9 meses, por iniciativa de los padres, y tras peregrinar por varias consultas (pediatras, cirugía) sin un diagnóstico claro y necesidad de tratamiento del frenillo, el niño es intervenido con cirugía láser mas masaje sublingual, mejorando notablemente la lactancia (sin dolor, tomas más cortas, desaparición obstrucciones).... y cuando acepta sólidos, no presenta náuseas y tiene buena deglución.

Comentarios

- La anquiloglosia puede interferir en el inicio exitoso de la lactancia y su mantenimiento.
- Manejo de la lactancia: apoyo y asesoramiento en la posición, colocación, compresión del pecho, solución de problemas y apoyo psicológico.
- Su manejo clínico debe estar en manos de profesionales debidamente capacitados.
- El diagnóstico y tratamiento precoz favorece el desarrollo oral adecuado.

P118. CAUSA DESAPERCIBIDA DE FRACASO DE LA LACTANCIA MATERNA

Pilar Ferrer Pinyol; Maite Palacio Pérez
Hospital Lleuger de Cambrils

Antecedentes:

- Césarea, 39 semanas de gestación
- Apgar 8/10
- Peso al nacer: 3,710 Kg
- Talla: 52,5 cm
- PC: 37 cm
- Peso al alta: 3,400 Kg

LM exclusiva

Caso clínico:

Acude a consulta de pediatría a los 9 días de vida. LM exclusiva a demanda, buen aumento de peso (45gr/día). Exploración dentro de la normalidad.

Mantiene percentiles peso sobre 25-50 y talla 90-97.

En primera visita, se informa de todos los talleres que ofrece el centro tanto para el niño como para la madre. Se le explica que tenemos un grupo de apoyo a la LM y los horarios que ofrecemos.

Hacia el mes de vida, el niño empieza a estancarse en el peso, bajando percentiles (10), desde la consulta de pediatría se le ofrece acudir al grupo de LM para valorar que es lo que está pasando y sopesar la ayuda con leche fórmula.

La madre acude al grupo de apoyo angustiada, nerviosa...refiere el “niño no mama” y lo nota inquieto. No tiene apoyo por parte de su familia, sus padres y su pareja le insisten en que abandone la LM y empiece una artificial, pero ella no quiere y expresa que dar el pecho a su hijo es algo que siempre ha querido hacer.

En el taller, se le dice que ponga el niño al pecho para observar la mamada. Postura correcta, succión dificultosa, se descarta mucosidad nasal. Observamos la boca, y nos cercioramos de que el niño tiene frenillo lingual corto.

En ese mismo momento, lo comunicamos su pediatra, quién hace una derivación urgente al hospital, dónde un pediatra experto en LM practica exéresis de frenillo.

Al cabo de unos días, acude la madre muy contenta. Se le diagnostica de anquiloglosia grado IV, y se practica una frenectomía. El niño empieza a mamar mejor, la madre está más tranquila y peso va aumentando.

La madre está muy agradecida y sigue acudiendo al grupo, explicando su experiencia a otras madres.

Comentarios:

La anquiloglosia puede dificultar la lactancia materna, haciendo que en muchos casos, si no se corrige al momento, llegue al fracaso.

P119. FRENECTOMIAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: IMPACTO EN EL BIENESTAR MATERNO-INFANTIL

***Sonia Catalan Sanchez-Celemin; Norberto Murillo Coronado
Luis Ruiz Guzmán; Monserrat Carrau Castell; Carlos Diaz Medina
Cap El Castell
Neus Parellada Esquiús. Sap Baix Llobregat***

Introducción

El frenillo lingual (FL) es una membrana en la base lingual que impide mamar eficazmente. Expertos en lactancia materna abordan la dificultad de alimentarse que comporta al bebé. La frenectomía es una técnica sencilla, realizable en medio extra-hospitalario. Algunos estudios hablan de disminución de dolor y mejora de la lactancia en madres de lactantes tratados.

Objetivo

Conocer el impacto de la frenectomía, en atención primaria, sobre bienestar materno-infantil
Métodos.

Estudio descriptivo de FL identificados durante 2009, clasificados según Watson Gená. Mediante encuesta telefónica (tres intentos de contacto en distintas horas) se analizaron: resultados de la intervención, influencia sobre bienestar materno-infantil y duración de la lactancia.

Se preguntó sobre situación de la lactancia en el momento de la intervención y los resultados sentidos en el niño y la madre.

Resultados

Se realizaron 58 frenectomías en menores de 6m. Los tipos de frenillos intervenidos fueron: 6(10,34%) tipo I, 18(31,03%) del II, 9(15,52%) del III y 23(39,66%) del IV. En 2(3,45%) no se registró.

Se entrevistó a 40 madres (69%), 12(30%) niños continúan tomando pecho con edad media de 12,3 meses. Cuatro (10%) no tomaban pecho al realizarse la intervención y notaron acortamiento en la duración de las tomas.

De 25(62,5%) madres que referían dificultades de agarre del pecho, 95% mejoraron tras la frenectomía. De 34(85%) que referían dolor en las tomas, 91% refieren su desaparición. El 68% de madres refería acortar la duración de las tomas tras la frenectomía.

No hubo complicaciones y en 6 casos se reintervino.

Conclusiones.

El FL genera en las madres que amamantan dolor que mejora tras la frenectomía. La duración de la lactancia se prolonga por más de un año en el 30% de los niños intervenidos.

Dada la sencillez y las pocas complicaciones, la intervención de frenectomía es una técnica a usar por los pediatras en la puericultura habitual.

P120. PROFILAXIS OFTÁLMICA NEONATAL PRECOZ O TARDÍA: SU INFLUENCIA EN LA APARICIÓN DE CONJUNTIVITIS NEONATAL. DATOS PRELIMINARES

*Marta Sanchez Palomares; Maria Angels Mas Server
Lourdes Escriba Cholbi; Alejandro Requena Fernandez
Susana Beamud Calvete; Laura Chofre Escorihuela
Inmaculada Mud Sanz; Maria Teresa Losa Rodriguez
H. Denia*

Objetivos:

Establecer la posible diferencia de efectividad según la profilaxis oftálmica neonatal se realice de forma precoz o tardía en recién nacidos (RN) sanos. Se presentan los resultados preliminares de un estudio con mayor tamaño de muestra.

Metodología:

Entre enero y abril de 2010 un total de 152 RN se asignaron aleatoriamente a dos grupos según la aplicación ocular de pomada de eritromicina se realizase de forma precoz o tardía (antes o después de los 59 minutos de vida). A los 15 días de vida se contactó telefónicamente con la madre recabando, entre otros datos, sobre la aparición de conjuntivitis en su hijo. En caso de respuesta afirmativa se les citó para comprobación y toma de cultivo conjuntival. Se empleó la "chi" cuadrado (2) para analizar la significación estadística de la diferencia de porcentajes encontrados.

Resultados:

A 82 RN se les aplicó profilaxis precoz (media 11,2 minutos, DE 10,3, rango 3 a 57) y a 70 de forma tardía (media 137,7, DE 61,1, rango 60 a 288 minutos). Un total de 17 madres refirieron aparición de secreciones conjuntivales espesas en el RN, sin diferencias significativas respecto al tiempo de aplicación de la profilaxis:

Aplicación profilaxis	Refieren conjuntivitis	No refieren conjuntivitis	Total
Precoz	8 (9,8%)	74	82
Tardía	9 (12,9%)	61	70

$$\chi^2=0,37; p=0,55 \text{ (n.s.)}$$

En ningún caso se cultivó gonococo ni clamidia en la secreción conjuntival.

Conclusiones:

Dado que se ha sugerido que la aplicación de pomada oftálmica, al dificultar la visión del RN, podría interferir con la iniciación del vínculo materno-filial y el adecuado establecimiento de la lactancia, en ausencia de diferencias en la aparición de conjuntivitis, parece razonable posponer unas horas dicha aplicación.

P121. PROFILAXIS OFTÁLMICA NEONATAL PRECOZ O TARDÍA: SU INFLUENCIA EN LA PERSISTENCIA DE LACTANCIA MATERNA A LOS 15 DÍAS DE VIDA. DATOS PRELIMINARES

*Maria Angels Mas Server; Jose Maria Paricio Talayero
Celia Escrivá Rivera; Maria Jose Benlloch Muncharaz
Rosana Martinez Barber; Asuncion Andres Marti
Silvia Crespo Puig; Rosa Martorell Mestre
Soraya Borraz Gracia; Teresa Romero Rubio
H. Denia*

Objetivos:

Establecer la posible diferencia de frecuencia de abandono de lactancia materna (LM) a los 15 días según la profilaxis oftálmica neonatal se realice de forma precoz o tardía en recién nacidos (RN) sanos. Se presentan los resultados preliminares de un estudio con mayor tamaño de muestra.

Pacientes y métodos:

Entre enero y abril de 2010 un total de 152 RN se asignaron aleatoriamente a dos grupos según la aplicación ocular de pomada de eritromicina se realizase de forma precoz o tardía (antes o después de los 59 minutos de vida). De ellos 128 (84,2%) iniciaron LM exclusiva. A los 15 días de vida se contactó telefónicamente con la madre recabando, entre otros datos, el tipo de lactancia. Se empleó la "chi" cuadrado (2) para analizar la significación estadística de la diferencia de porcentajes encontrados.

Resultados:

A 82 RN se les aplicó profilaxis precoz (media 11,2 minutos, DE 10,3, rango 3 a 57) y a 70 de forma tardía (media 137,7, DE 61,1, rango 60 a 288 minutos). A los 15 días, un total de 30 madres habían abandonado la lactancia materna exclusiva, con mayor frecuencia estadísticamente significativa en el grupo de aplicación precoz de profilaxis oftálmica:

Aplicación profilaxis	Continúan LM a los 15 días	No continúan LM a los 15 días	Total
Precoz	48 (69,6%)	21 (30,4%)	69
Tardía	50 (84,7%)	9 (15,3%)	59

$$\chi^2=4,08; p=0,043$$

Conclusiones:

Nuestros resultados indican que la aplicación de pomada oftálmica de forma precoz aumenta de forma estadísticamente significativa la pérdida de lactancia materna a los 15 días. En ausencia de diferencias en la aparición de conjuntivitis, parece razonable posponer más de una hora la profilaxis oftálmica neonatal.

P122. PREVALENCIA DE POLITELIA EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Luis Ruiz. Castelldefels
Neus Parellada. Sap Baix Llobregat
Julio Verastegui; Sonia Catalan; Norberto Murillo; Montse Carrau
Cap El Castell

Introducción

La presencia de tejido ectópico mamario como resultado de la involución de la cresta mamaria es un hallazgo frecuente en la consulta, aunque no totalmente reconocido o mencionado dada su poca importancia clínica. No existen datos de prevalencia de esta situación en España.

Objetivo

Conocer la prevalencia de Politelia en un centro de atención primaria.

Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo de los casos de Politelia y polimastia en los niños de 0 a 14 años que asistían a revisión pediátrica en el centro de atención primaria.

Tras el hallazgo, se realizaba una encuesta a los padres solicitando si había otros miembros de la familia que presentaran esta característica.

Se tomaron fotografías de los individuos tras solicitar el permiso correspondiente.

Resultados

En el centro de atención primaria existe registro en la historia clínica de 56 individuos con diagnóstico de Politelia o pezón supernumerario 56 (sobre una población de 10.492 niños representa una prevalencia de 5,3 por 1.000). Un solo pediatra, con población asignada de 1265 niños, con 977 de población asistente registró 41 casos (prevalencia 41,9 por 1.000).

No se observa diferencias en la distribución por sexos. En dos casos los padres conocían la presencia de esta situación, uno de ellos por haber sido diagnosticado por el dermatólogo y el otro por haber sido tratado en centro de lactancia por polimastia durante la lactancia. Los otros casos registrados pertenecientes al resto de pediatras en 14 ocasiones habían sido anotados por el autor.

La presencia de Politelia en los miembros de la familia se encontró en un 30%.

Discusión.

Las cifras de Politelia son similares a las halladas en otras poblaciones con igual distribución. No se ha encontrado entre los individuos con esta patología ninguna asociación con alteraciones renales. El diagnóstico de Politelia no es registrado habitualmente en la historia clínica de los niños.

El conocimiento anatómico de esta situación puede ser útil en reconocimientos y es bastante desconocida entre la población.

**P123. INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS
PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN NEONATOS Y LACTANTES**

*Ana Isabel Arévalo Sanz; María Carmen García García
Sara Martínez Zaragoza; Ana Carmen Caravaca Pérez
Hospital Sta. Lucía, Cartagena*

*María Teresa Guijarro Martínez. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia
Adoración Gámez de Valcárcer Sabater. Hospital Rafael Méndez, Lorca*

P124. INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Ana Isabel Arévalo Sanz; Ana Carmen Caravaca Pérez
Sara Martínez Zaragoza; María Carmen García García
Hospital Sta. Lucía, Cartagena

Adoración Gámez de Valcárcer Sabater; Rocío González Segura
Hospital Rafael Méndez, Lorca

P125. LACTANCIA MATERNA: ALTERNATIVAS NO QUIRÚRGICAS EN LAS DISFUNCIONES ANATÓMICAS ORALES

Macarena Ramos Josemaría. Centro de Salud Torrejoncillo-Ceclavín Cáceres

Fátima Flores Olmos. Centro Residencial M^a Jesús López Herrero Plasencia

Esther Díaz García. Centro de Salud Moraleja-Hoyos Cáceres

M^a Petra Martín-Romo Capilla. Badajoz

M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio del Hospital Ciudad de Coria

Marta Bueso García. Centro de Salud Detalayuela Cáceres

P126. ¿PUEDE AMAMANTARSE UN LACTANTE CON LABIO LEPORINO?

Mónica Carnicé Gatiús; Jordina Feliu Albana
Lourdes Llubes Mas; Marta García Cortés
Lorena Padilla Gonzalez; Anna Maimó Gazquez
HUAV

P127. LOS NIÑOS PORTUGUESES Y BRASILEÑOS Y LA LACTANCIA MATERNA

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Isília Aparecida Silva
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Estudio descriptivo, transversal, comparativo, entre Enero/2008 y Febrero /2011 para estudiar, analizar, comparar las experiencias de la lactancia materna de los niños portugueses y brasileños que asisten a los primeros años de Educación Básica/Fundamental. Se ha aplicado en las escuelas públicas un cuestionario a 1.078 niños portugueses de 3 y 4 años del 1º ciclo de tres consejos en el área de la educación de Coimbra y 1800 Brasileños de 4 y 5 años de educación Fundamental de tres municipios, del estado de São Paulo.

La mayoría habían sido amamantados, pero sólo la mitad de los niños portugueses conocían el tiempo, por debajo de la media de Brasil. Las familias no siempre se han aprovechado todo el tiempo para mostrar la lactancia natural sin embargo, el tema se habla en familia. El uso del chupete es una práctica arraigada en las dos culturas. Familias, los elementos que cohabitan y servicios de salud han sido elementos favorecen la lactancia materna. Hay diferencias entre la comunidad de los niños portugués y de Brasil. Los maestros informan sobre la lactancia materna, ya que los profesionales de la salud son menos intervencionista, los medios de comunicación no han logrado cubrir todo el universo del estudio y sobre todo para los niños portugueses no han sido los grandes vehículos para la promoción, los juguetes no fomenten la lactancia materna y incorporan herramientas que estimulan la alimentación que se juega en los juegos. La mayoría de los niños saben lo que se consideraba amamantar. Aproximadamente la mitad de los portugueses consideran "Dar la mamá del bebé", mientras que para los de Brasil es "Dar la leche del bebé", sin especificar el tipo de leche dado. Más adelante desean amamantar y sólo la mitad no se avergüenza de amamantar en público, pero no les gusta pasar por la calle y ver a una mujer amamantando. Gran número cree que la leche materna es el mejor alimento para los bebés, pero no todo tiene este conocimiento y están presentes ideas erróneas y gran ignorancia acerca de otros beneficios de la lactancia materna.

P128. METODOLOGÍA DE OBSERVACIÓN DE UNA TOMA DE LACTANCIA MATERNA

*M^a Paz Ribalta López; Esther Nieto García
Cristina Gregoris González; M^a Paz León Fernández
Margarita Amor-Jurado Barahona; Patricia Santos Huete
HUSO*

Antecedentes y objetivos

- El fomento de una lactancia materna (LM) positiva es una labor fundamental en las unidades de neonatología (UCIN) . Diferenciar cuales son los aspectos a valorar en una toma, reconocer errores y definir soluciones personalizadas precisan de una metodología por parte de los profesionales sanitarios.
- Objetivo principal: Implantar una metodología de trabajo para la observación de una toma de LM en UCIN
- Objetivo secundario:
 - Conocer cuales son los errores/problemas mas frecuentes en la LM
 - Conocer cual es la incidencia de LM ineficaz en la UCIN

Material y métodos

- Estudio descriptivo prospectivo de 4 meses de evolución
- Criterios de inclusión: recién nacido que ingresa en la UCIN. Criterios de exclusión: Lactancia artificial exclusiva(LA)
- Se utiliza cuestionario de 21 ítems con 2 respuestas posibles (si/no) excepto en 4 ítems con 4 respuestas posibles.
- Los responsables de la observación son enfermeras formadas en LM de la unidad y que han recibido un taller para unificar criterios

Resultados

- Se han obtenido 70 observaciones de un total de 125 niños ingresados en la unidad, se excluyen 3 observaciones por LA.
- La eficiencia de la LM medida bajo la escala de Matthews, (grado de alerta, reflejo de búsqueda, tiempo de enganche y calidad de succión), ha resultado de lactancia eficiente: 59.7% medianamente eficiente: 32,8% y deficiente: 7,5%.
- Posición correcta: 94% e incorrecta: 6%
- Encaje adecuado: 95,5% e inadecuado: 4,5%
- Transferencia de leche en succión: 86,6%
- Precisa intervención por parte del profesional sanitario: 23,9%
- Presentan factores de riesgo (FR) que dificulta la lactancia: 27% de los cuales el de mayor frecuencia es la separación en 2 primeras horas de vida con 15 casos.

Conclusiones

- Los recién nacidos dados de alta de la UCIN tienen una lactancia materna positiva en un porcentaje elevado.
- La observación de una toma por parte de las enfermeras debería formar parte de una rutina en nuestro trabajo diario.
- El FR que mas ha influido para conseguir el objetivo: separación del bebe-madre las 2 primeras horas de vida.

P129. OBSERVACIÓN DE UNA TOMA COMPLETA DE PECHO EN MATERNIDAD

***Maria Virginia Sanchez Martín; Maria Imelda Jimenez Jimenez
Maria Emilia Diaz Descalzo; Francisca Gonzalo Gutierrez
Magdalena Sánchez Martínez
Complejo Asistencial de Avila***

INTRODUCCIÓN.

Existen pruebas extensas sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud a corto y largo plazo de las madres y los recién nacidos. En 2003, la Organización Mundial de la Salud recomendó que, siempre que sea posible, los recién nacidos deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad. Sin embargo y, a pesar de los beneficios para la salud ampliamente documentados de la lactancia materna, las tasas de inicio siguen siendo relativamente bajas.

Con este trabajo defendemos la observación de una toma completa de pecho en la unidad de maternidad como una intervención eficaz para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

OBJETIVOS.

- Identificar y describir los puntos que deberían incluirse en la protocolización de la observación de una toma completa de pecho en la unidad de Maternidad.
- Disponer de una herramienta útil que guíe la práctica asistencial diaria con el fin de promover la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Realizamos una revisión de artículos publicados sobre el tema. Posteriormente elaboramos un protocolo de actuación (según las directrices de nuestro hospital) sobre la observación de una toma completa de pecho.

RESULTADOS.

- La observación de una toma completa de pecho es una herramienta que permite detectar problemas en el inicio de la lactancia.
- La ayuda práctica individual del profesional, y su apoyo para aumentar la confianza de la madre, es una intervención eficaz para promover la lactancia materna y asegurar su mantenimiento.
- La observación de una toma completa de pecho debe constituir un parte rutinaria de la atención en Maternidad.

CONCLUSIONES.

- Se debe considerar el apoyo a la lactancia materna como parte de la cartera de servicios de salud habituales.
- Existen pruebas de la efectividad del apoyo profesional adicional en la prolongación de la lactancia materna exclusiva.
- Los mensajes educativos pueden ser beneficiosos, pero las estrategias que dependen principalmente del apoyo "cara a cara" son más efectivas.

P130. CONSEJERÍA Y MÉTODO COLSON PARA EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA

Idoia Larrechi Lamelas; Tatiana Pladoz; Adolfo Gomez Papí
Hospital Joan XXIII Tarragona

Objetivo: Estudiar si la utilización del método Colson y la consejería aumentan el número de casos con una lactancia bien establecida en el momento del alta de la maternidad.

Metodología: La investigación se llevó a cabo en la maternidad de un hospital Amigo de los Niños con la colaboración de 54 madres. Se entrevistó a la madre (consejería) y se observó y valoró una toma completa mediante la ficha de observación de la toma UNICEF/IBFAN revisada por la Unión Europea en el año 2006. Tanto si la encuesta resultaba positiva (toma correcta) como negativa, se les ofrecía a las madres, mediante consejería, practicar el método Colson. Cuando la valoración resultaba negativa, se comprobaba la efectividad del método Colson 24 horas más tarde. Para realizar el cálculo estadístico se utilizaron el test 2 y el test de McNemar.

Resultados: Finalmente, se estudiaron 48 casos, en 26 de los cuales se objetivó una toma correcta desde el primer momento y 22 necesitaron apoyo con consejería y método Colson. De los 22 casos con una toma incorrecta, 20 bebés se agarraron correctamente practicando el método Colson (2 p = 0,004). Fue significativamente más frecuente que las madres primerizas necesitaran apoyo (17/24) (2 p = 0,001; OR = 9,2 [IC: 2,5; 34,6]); No se ha obtenido un resultado significativo al comparar el apoyo requerido en el grupo de cesáreas frente al grupo de partos vaginales. Del total de 48 casos, 46 se fueron a casa con una lactancia materna bien establecida. Las 2 situaciones restantes fueron una madre con hipoplasia mamaria y otra con pezón plano.

Conclusiones: La gran mayoría de madres con dificultades en la lactancia materna se benefician de la consejería y del método Colson, por lo que recomendamos que el personal sanitario de las maternidades asista a cursos de lactancia materna que incluyan estas herramientas como estrategia de trabajo.

P131. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE TOTAL DE LA LECHE MATERNA: COMPARACIÓN ENTRE MUJERES CON GESTACIÓN PRE-TÉRMINO Y GESTACIÓN A-TÉRMINO

Miriam Fraga García; María Miranda Sanz
Fco. Javier Romero Gómez; Dolores Silvestre Castelló
Universidad Cardenal Herrera-CEU
María Gormaz Moreno. *Hospital La Fé*

La prematuridad constituye un problema de creciente incidencia en las sociedades desarrolladas. La inmadurez de estos neonatos les determina hacia requerimientos y demandas muy específicas; por su elevada vulnerabilidad es de gran interés para ellos poder contar con los beneficios nutricionales y protectores de la leche materna que aseguran su óptimo desarrollo y les protegen frente a agentes agresivos e infecciosos. Estudios previos han valorado el poder antioxidante de leche de mujer con gestación a término, así como su cualidad como vía de defensa frente al estrés oxidativo, sin embargo no se han encontrado trabajos que evalúen esta importante propiedad en leche de mujer con gestación de menor duración.

Objetivo: Analizar la capacidad antioxidante en leche de mujer con gestación inferior a 37 semanas (PT) y evaluar las posibles diferencias en relación a los valores obtenidos en leche de mujer con gestación a término (AT).

Material y métodos: se analiza la capacidad antioxidante total (CAT) de 22 muestras de leche madura: 12 de mujeres PT y 10 AT, todas ellas sanas y recogidas en el Hospital La Fé de Valencia. La CAT se mide con ayuda de kit comercial (Ann Arbor). El análisis estadístico se realiza por aplicación del test de Kolmogorv-Smirnov.

Resultados: la CAT, expresada en mmoles equivalentes de Trolox, presenta una elevada variabilidad intermuestral. El valor medio obtenido, así como su desviación estándar es (57.9715.56). El análisis parcial de las muestras, según la duración de la gestación, indica que la leche de mujer AT presenta mayor CAT que la PT, con valores: (55.3314.42) y (53.0912.35) respectivamente. Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Conclusiones: Los datos obtenidos no permiten distinguir la leche de mujer AT respecto a la PT, en relación a su poder antioxidante valorado como CAT. No obstante, el análisis de los resultados sugiere el interés de ampliar el estudio con mayor número de muestras y teniendo en consideración el efecto de otros factores que puedan estar enmascarando el efecto analizado en este trabajo.

P132. EFECTO DE LA CERVEZA SIN ALCOHOL EN LA ACTIVIDAD ANTIOXIDANTE DE LA LECHE HUMANA

Almudena Navarro Ruiz; Pilar Codoñer Franch
Hospital Dr Peset

Cintia Borja Herrero; María Teresa Hernandez Aguilar
C.S. Arabista Ambrosio Huici

Victoria Valls Belles. Universidad Valencia

Objetivos: El principal objetivo es estudiar la influencia de la dieta materna y sus modificaciones sobre la capacidad antioxidante de la leche humana. Se valorará dicha capacidad según parámetros maternos y del recién nacido (RN), sus modificaciones según variaciones en la dieta materna así como tras su suplementación regular con cerveza sin alcohol.

Material y métodos: Se trata de un estudio experimental formado por madres de RN sanos en la Maternidad del Hospital. Se ha suplementado su dieta habitual con cerveza sin alcohol (660cc) durante 30 días, obteniéndose muestras de orina, sangre y leche maternos y orina del RN en tres momentos diferentes para valorar su estadio madurativo. Asimismo se ha valorado el estado nutricional materno mediante encuestas dietéticas. Se ha analizado la capacidad antioxidante de la leche mediante los métodos FRAP y DPPH, y está en proceso el análisis de dicha capacidad sobre las muestras de plasma y orina.

Resultados: A nivel plasmático destaca la tendencia a la hiperlipemia en el puerperio, manteniéndose normales el resto de parámetros. Tras analizar la actividad antioxidante de leche materna y su comparación con el resto de variables, se demuestra una relación inversamente proporcional entre la actividad oxidante y el peso al nacimiento. Se observa un descenso de dicha capacidad a medida que va madurando, siendo éste más acusado los primeros 15 días. Es reseñable el menor descenso y más lentamente progresivo en el grupo suplementado con cerveza.

Conclusiones: Existe una relación inversamente proporcional entre la capacidad antioxidante de la leche materna con el peso del RN. Hay un descenso progresivo de la actividad antioxidante de la leche humana comparando la muestra basal con las de los 15 y 30 días, siendo menor y más lentamente progresivo en las suplementadas con cerveza sin alcohol. Se concluye con el apoyo a la lactancia materna por su importante capacidad antioxidante así como su proyección de futuro al suplementar la dieta materna con antioxidantes para evitar el posterior riesgo cardiovascular.

P133. PAPÁ, TAMBIÉN ME GUSTA TU PIEL

*Mónica Lopez Córdoba; Tamara Torrontegui Pérez
Carmen Montes Lluch; Gema Pulido Pascual
Laura Moreno Mira; Cristóbal Rengel Díaz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental y el papel del padre aún sigue relegado en muchas instituciones donde ocurren los nacimientos a un segundo plano o a un papel de mero espectador. Los hombres pueden llegar a sentirse los grandes olvidados durante la gestación, tal vez porque, inconscientemente, la sociedad piensa que la sensibilidad, los miedos, la ansiedad y las dudas son atributos femeninos y por ello se les excluye. Ante el desafío que significa asumir un rol distinto a aquel para el que uno ha sido preparado, el varón se implica emocionalmente deseando al bebé y compartiendo con la mujer todas las actividades y controles propia de la gestación; pero sintiéndose un observador externo.

OBJETIVO: Explorar sentimientos y conductas de padres que han tenido contacto inmediato piel con piel con su bebé.

MATERIAL Y MÉTODO: Investigación cualitativa descriptiva fenomenológica eidética mediante grupos de discusión con padres que han hecho contacto inmediato piel con piel con sus bebés mientras la madre se recuperaba de una cesárea. El muestreo utilizado es no probabilístico e intencional. Se analizará el discurso y se seleccionarán las categorías emergentes de dicho discurso

RESULTADOS: Se describe literalmente los sentimientos y percepciones de los padres participantes en los grupos donde manifiestan sensaciones de felicidad, aturdimiento, sorpresa, etc.

CONCLUSIÓN: El padre puede continuar procurando el hábitat adecuado para el desarrollo del neonato y sentirse partícipe del proceso del nacimiento en ausencia de su madre preferible a la separación del mismo en cunas térmicas.

P134. EL PADRE. PILAR FUNDAMENTAL DE LA LACTANCIA

Esperanza Martín Sequeros; Adela Pertusa Quiles; Rosa Alba de Diego
H.U. La Paz

P135. PREVALENCIA DE COLECHO EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL E INTENCIÓN DE PRÁCTICA EN DOMICILIO: DATOS PRELIMINARES

*Juan Montaner Losada; Laura Pacheco Torrijo
María Àngels Mas Server; Vicen Biosca Blanch
Laura Cervera i Sendra; Jose Maria Paricio Talayero
Hospital de Denia*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

El término colecho, hábito de compartir la cama de los padres con los hijos lactantes, hace referencia en realidad a las diversas formas en que el lactante duerme en contacto estrecho psíquico y físico con un cuidador (habitualmente la madre).

Objetivo: Conocer la prevalencia de colecho en una unidad materno-infantil, el nivel de satisfacción de las madres y la intención de seguir practicándola en el domicilio.

MATERIAL Y MÉTODO

Población: madres puérperas ingresadas en la unidad materno-infantil en noviembre y diciembre de 2010. Muestra aleatoria accidental de 22 madres. Criterios de inclusión: Recién Nacido (RN) a término. Criterios de exclusión: embarazo de riesgo, RN ingresado en Neonatos y no saber leer castellano.

Encuesta ad-hoc con los siguientes ítems: donde ha dormido la mayor parte del tiempo el bebé en la maternidad, si ha dormido alguna vez con su madre, sensación de la madre de esta práctica, opinión de las personas del entorno e intención de colecho en casa.

Otros datos: nacionalidad, nivel de estudios, tipo de lactancia y variación del peso del niño al alta.

El personal sanitario de la unidad no ofrece información sistemática sobre colecho, solamente lo aconseja y nunca lo contraindica, salvo en los casos que indica la OMS.

Análisis de datos con STATA 9.1.

RESULTADOS

Intención de lactancia materna del 95,5%.

Disminución de peso RN: media del 6,5% (DE 2,84%) (Rango desde -1,5 a -13,7), no estando relacionada con el colecho.

El 96% de madres practicaron colecho, sólo el 60 % lo practicaron la mayor parte del tiempo.

El 90% de las madres afirmó sentirse satisfecha al practicarlo. Únicamente el 31.8% de familiares es favorable a esta práctica. Y sólo el 30 % de las encuestadas iba a realizar colecho en domicilio.

La nacionalidad y el nivel de estudios no influyeron.

CONCLUSIONES

La mayoría de las madres ingresadas en nuestra unidad practican alguna vez el colecho y más de la mitad la mayor parte del tiempo, pero sólo el 30% piensan continuar esta práctica en su domicilio.

Consideramos interesante ampliar el estudio con el fin de averiguar las causas de esta actitud.

P136. ¿EXISTE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO?

*Itziar Pradas Prieto; Esther Sánchez Gestido
Carmen Navarro Varella; María Luisa del Pozo Ayuso
Concepción Vargas Hormigos; Esperanza Martín Sequeros
Hospital La Paz*

**P137. APLICACIÓN DE INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA EN UN
DISTRITO DE AP**

***Honorio Vazquez Gomez; Carmen Holgado Agudo
Isabel Barea Armario; Nieves Erdozain Merino
Eugenia Holgado Agudo; Maria Reyes Rodriguez Gilabert
Distrito Sierra de Cadiz***

P138. ¿ QUÉ SABEMOS DE LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

*María Jesús García Alzas; Virginia López Romano
María Henar Fernández Poza
C.S. Zafrall
Inmaculada Murillo Molano. C.S. Azuaga
Rosa Juárez Tomillo*

ANTECEDENTES: las tasas de lactancia materna y su duración dependen, entre otros, de los conocimientos y actitudes socioculturales de la población, de los consejos de los sanitarios y de la predisposición del entorno familiar.

Una aspecto importante para promover la lactancia materna es que exista un apoyo consensuado entre los distintos profesionales del equipo de salud; sin embargo numerosos estudios concluyen que los conocimientos con los que cuentan las sanitarios son deficitarios, erróneos o incluso contradictorios.

Por estos motivos hemos querido estudiar los conocimientos y disposiciones prácticas que sobre lactancia materna tienen los profesionales sanitarios de nuestra Área de Salud.

OBJETIVOS: evaluar los conocimientos que sobre lactancia materna tienen los profesionales de Atención Primaria de nuestra Área de Salud, así como demostrar la necesidad de realizar formación continuada dentro del Equipo.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo y transversal. Población: 303 sanitarios del Área de Salud. Muestra: 122 cuestionarios. Información transcrita a SPSS Vol.15.0.

RESULTADOS: un 70% de los profesionales cuentan con unos conocimientos básicos sobre lactancia materna, sin diferencias significativas entre estamentos. Sin embargo un 52% la recomendaría solo los 6 primeros meses de vida.

En los aspectos prácticos es donde encontramos más desconocimiento; así un 31% recomendaría usar pezoneras y lubricantes a todas las mujeres lactantes para evitar las grietas y un 50% opina que la madre debe limitar la toma a 10 minutos en cada pecho, ofreciendo siempre los dos pechos.

Cabe destacar que un 25% de los sanitarios no sabe distinguir entre una mastitis y una ingurgitación mamaria, ni las recomendaciones para tratarlas.

Sobre los métodos de apoyo, un 60% de los encuestados desconoce en qué consisten los grupos de apoyo a la lactancia y la web lactancia.org.

CONCLUSIONES: los profesionales de nuestra Área cuentan con un buen conocimiento teórico basado en la propia experiencia; sin embargo los conocimientos prácticos para la resolución de problemas en mujeres lactantes son deficitarios. Se manifiesta así la necesidad de realizar cursos de formación para mejorar y actualizar los conocimientos de los profesionales participantes.

P139. ¿HAN DESAPARECIDO LOS MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA?

*Vanessa Sanz Adell; Mabel Gendre Jornet
Montse Gasparin Pedraza; Patricia Alegria Alvaro; Miquel Navarro Robles
Hospital Tortosa Verge de la Cinta*

Introducción

Un mito es un relato que tiene una explicación o simbología muy profunda para una cultura. Es el compendio de los conocimientos basados en leyendas, cuentos, historias y religiones, estos conocimientos provienen de un remoto pasado y se transmiten de generación en generación.

El mejor alimento para el recién nacido es la leche materna y eso no es un mito, aunque conlleve muchos a sus espaldas.

La falta de formación teórica y práctica en LM de los profesionales es una importante barrera para el inicio y sobretodo para el mantenimiento de la LM, por ello muchas veces se aconseja desde las propias creencias y mitos del profesional que sobreviven al paso del tiempo.

Objetivo

Evaluar los mitos y creencias sobre LM que tienen los profesionales relacionados con la salud materno-infantil (matronas, pediatras, obstetras, enfermeras y auxiliares) del Hospital

Metodología

Cuestionario auto-cumplimentado (verdadero o falso) sobre 15 mitos o creencias relacionados con la LM. a profesionales sanitarios

Se recogieron un total de 30 cuestionarios.

Resultados

El mito más extendido sobre la LM es el de que ciertos alimentos aumentan la producción de leche, seguido por la creencia que durante la lactancia hay algunos alimentos prohibidos.

Conclusiones

- Tras varios años de formación en LM en nuestro hospital muchos de los antiguos mitos han desaparecido.
- Sería conveniente incluir datos sobre evidencia científica, en lo que se refiera a los alimentos galactogogos, en próximas sesiones de formación en LM para terminar de erradicar algunos mitos relacionados que aún perduran en el tiempo.

P140. CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA DE ESTUDIANTES DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN INICIAL PARA UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

M^a Pilar Sebastián Vicente. Universidad de Murcia

En las últimas décadas, las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna (LM) son reconocidas como un problema de salud pública.

En el documento “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” publicado por la OMS y UNICEF en 1989 se reconoce la importancia de capacitar a todo el personal de salud en contacto con las mujeres lactantes y con responsabilidad en su cuidado, asegurando que tengan el conocimiento y las habilidades necesarias para poder ofrecer orientación eficaz y asesoramiento competente. La formación (inicial y continua) debe permitir no sólo la adquisición de conocimientos, sino también y prioritariamente un cambio de actitudes y creencias, ya que muchas veces son éstas variables los verdaderos obstáculos en la promoción de la LM.

El presente estudio tiene como **objetivo** analizar cuales son los conocimientos, actitudes, y creencias respecto a la LM de alumnos/ as de F.P. de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Este análisis pretende ser el punto de partida, para el diseño de una intervención educativa de promoción de la LM.

Para ello se recurre a una **metodología** de investigación cualitativa descriptiva. Como instrumento de recogida de información se utilizó el texto libre, y para el análisis de la información se recurre al análisis de contenido. En el estudio participaron 47 alumnos.

Los **resultados** se presentan por categorías y frecuencia de aparición.

Como **conclusión** de este estudio destacamos como nuestros alumnos, futuros profesionales de la salud, poseen conocimientos y opiniones en relación a la LM previos a su formación. Cuando redactan lo que saben sobre la LM destacan valoraciones positivas y reconocimiento de los beneficios que conlleva la LM; pero cuando se trata de opiniones o creencias, sobre todo de quienes no han experimentado la LM, encontramos un porcentaje significativo de falsas creencias y valoraciones contrarias a la LM, que llegan a justificar la elección de la lactancia artificial. Al diseñar programas de formación sobre LM, debemos tener en cuenta los conocimientos y experiencias de partida, ya que si no será difícil llegar a tener profesionales realmente competentes e involucrados en el fomento de una verdadera “cultura del amamantamiento”.

P141. GÉNERO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Rosa María Limiñana Gras; Lucía Colodro Conde
Juan Ramón Ordoñana Martín; Juan Francisco Sánchez Romera
Universidad de Murcia
María del Pilar Sánchez López. *Universidad Complutense de Madrid*

Antecedentes y objetivos. La conducta de dar el pecho es una experiencia multi-factorial, fisiológica, psicológica y sociocultural, que ocurre entre dos individuos, la madre y el bebé, pero que implica a más personas del círculo más cercano de la madre y a la sociedad donde ésta vive. En este estudio preliminar pretendemos introducir la perspectiva de género en salud, y analizar cómo puede influir la conformidad con las normas sociales de género en la decisión sobre la forma de alimentar a los bebés.

Método. Participaron 52 mujeres ingresadas en un Hospital para su asistencia en el parto, con una media de edad de 33 años (dt 3.4). Se les realizó una entrevista de carácter sociodemográfico y sobre la lactancia materna durante su estancia en planta, así como un seguimiento telefónico a los dos meses para conocer el tipo de alimentación que estaban llevando sus bebés. Para conocer su grado de acuerdo con las normas tradicionales asociadas a ser mujer se utilizó el Cuestionario de conformidad a normas sociales femeninas de Mahalik y cols. (2005), que consta de ocho escalas.

Resultados. Un 86.5% de las mujeres habían decidido alimentar a sus bebés mediante lactancia materna, y sólo un 56.3% logró establecerla y dar, al menos, 2 meses de lactancia. Un mayor acuerdo con las normas Invertir en imagen o apariencia y Delgadez se asocia con una mayor intención de dar lactancia artificial desde el nacimiento, y con la detención temprana de la lactancia materna en aquellas mujeres que comenzaron dando el pecho.

Conclusiones. El género es un concepto que haría referencia al proceso evolutivo por el que cada persona interioriza las expectativas y normas sociales sobre cómo debe ser y comportarse por ser hombre o mujer. En este contexto, la importancia en nuestra sociedad de la imagen y de tener una figura delgada parece condicionar las decisiones que toman las mujeres en relación a la forma de alimentar a sus bebés, pudiéndose basar, en ocasiones, en creencias erróneas sobre la lactancia materna. Estos datos muestran cómo cuestiones biológicas, personales y sociales determinan conjuntamente comportamientos de salud.

P142. LA AGITACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO

*Elisa Isabel Fernandez Tena; Eva Maria Barrena Igonin
Margarita San Jose Elcoroiribe
Zarautz*

ANTECEDENTES

Desde que en el año 2005 se iniciara el taller de lactancia por iniciativa del servicio de enfermería pediátrica, muchas han sido las madres lactantes que han encontrado un espacio en el que informarse, compartir y disfrutar de lactancias prolongadas. La progresión que ha tenido lugar durante estos años en torno al tiempo de amamantamiento, ha generado situaciones de embarazos de madres lactantes con mantenimiento y planteamiento de lactancia en tándem.

En este espacio dedicado a la lactancia y con estas mujeres que han optado por amamantar a sus hijos simultáneamente nos encontramos con los primeros casos que identificamos como el fenómeno de la agitación del amamantamiento

Este fenómeno de carácter inesperado se manifiesta como una reacción visceral, emocionalmente muy intensa e incontrolable rechazo al amamantamiento del hij@ mayor. La naturaleza precisa varía de mujer a mujer y no es un reflejo de la relación con el hij@, ni de la relación con la lactancia.

CASOS CLINICOS.

Nos hemos encontrado con varios casos cuyas características cumplían un perfil similar de mujeres jóvenes, instruidas en lactancia y con deseo de amamantamiento simultáneo de su primer y segundo hij@.

En todos los casos, las madres refieren un sentimiento de rechazo incontrolado del hij@ mayor cuando mama, acompañado de sentimientos de angustia, enojo, irritabilidad y con la necesidad urgente de dejar de amamantar.

Estos sentimientos inesperados generan en estas madres culpabilidad y frustración.

Como consecuencia se produce el abandono de la lactancia de hij@ mayor, desapareciendo el fenómeno.

COMENTARIOS

La agitación del amamantamiento parece ser un fenómeno que procede desde lo más primal como mamíferos hembras que defienden a sus crías. No obstante es un fenómeno común y frecuente que produce sentimientos difíciles de expresar para muchas madres por el malestar y la culpa que despierta.

Consideramos es un estado para acompañar desde el respeto, valorar y tener en cuenta su naturaleza a la hora de abordarlo.

P143. EL PRACTICUM DE PSICOLOGÍA COMO RECURSO PARA LOS TALLERES DE LACTANCIA

*Salome Laredo Ortiz; Paz Viguer. Universitat de Valencia
M^a Jose Lerma Zarzo. Empresa*

Introducción:

En el año 2008, se crearon en la Facultad de Psicología de nuestra Universidad unas plazas de prácticum (prácticas integradas en la licenciatura) sobre la atención a la maternidad y el puerperio. El departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación ofreció la posibilidad de realizar las prácticas en los talleres de lactancia de la asociación Amamanta para analizar la parte emocional que subyace a problemas fisiológicos relacionados con la lactancia materna. Han sido tres años de estudio realizado y seis estudiantes de psicología que han descubierto el potencial emocional y la importancia de los talleres de lactancia en centro de salud.

Objetivos:

Sentar las bases teóricas para científicar las experiencias y filosofía de los talleres de lactancia y mediante la observación, registrar las conductas verbales y no verbales en los talleres con tal de relacionarlas con el marco teórico.

Conclusiones:

- (1) La necesidad de que los profesionales de la salud consideren al ser humano como un todo, una UNIDAD FÍSICA-EMOCIONAL-MENTAL.
- (2) Los talleres proporcionan un espacio y un tiempo a la mujer para conectarse con su cuerpo, para tomar CONCIENCIA de las señales biofísicas ante un conflicto y/o el conflicto que hay detrás de determinada sintomatología.
- (3) Para entrar en contacto con las emociones, es necesario SENTIR, conectar el cuerpo con la mente.
- (4) Los talleres de lactancia deberían iniciarse antes de que las madres estén embarazadas, equilibrando la mente y el cuerpo para recibir al nuevo ser.
- (5) La meditación como recurso para comenzar los talleres, proporciona un ambiente para facilitar la expresión de las emociones.
- (6) La matrona facilita en las madres la conexión con su sabiduría interior y su naturaleza femenina.

P144. LA URICEMIA COMO MARCADOR BIOQUÍMICO DEL CESE TEMPRANO DE LA LACTANCIA

Sergio Verd; Gloria Fraga
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

INTRODUCCIÓN: La misma enzima, xantinaoxidoreductasa, que media en la síntesis del ácido úrico, solubiliza las grasas de la leche materna, además su déficit lleva al colapso de la glándula mamaria en el animal de experimentación y a la muerte por inanición de las crías. Estos datos nos han llevado a preguntarnos si esta misma asociación se encuentra en la práctica clínica.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Todos los pacientes (N=191), de los que se disponía de una determinación de uricemia, procedentes de una consulta de Pediatría en la que el personal sanitario registra sistemáticamente de manera prospectiva la duración de la lactancia materna exclusiva han sido reclutados. La uricemia de los pacientes de fórmula se ha comparado con la de los de lactancia materna. Los pacientes de lactancia materna se han dividido en cuartiles según sus niveles plasmáticos de ácido urico; se ha comparado el cese de lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida de los niños que están en el cuartil de uricemia más baja con los de los tres cuartiles superiores.

RESULTADOS: El 28% de los niños amamantados con una uricemia ≥ 3 mg/dL han perdido la lactancia exclusiva en el primer mes de vida frente a sólo el 12% de los que han tenido una uricemia < 3 mg/dL ($p=0,038$). Los niños amamantados y los nunca amamantados resultan con tasas de uricemia sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES: Diversos factores relacionados con el Síndrome Metabólico predicen dificultades especiales al inicio de la lactancia: el sobrepeso pregestacional, el aumento excesivo de peso durante el embarazo, la estimulación androgénica de la madre, la diabetes gestacional o la preferencia materna por la sal de la dieta. El presente estudio identifica un metabolito que ocupa un lugar central en la patogenia de la hipertensión arterial y del Síndrome metabólico, el Ácido úrico, como factor predictivo del cese temprano de la lactancia materna exclusiva. Este nuevo hallazgo también está en consonancia con el aislamiento de cristales de ácido úrico en la orina, característico de los neonatos con fallo precoz de la lactancia.

P145. EL PERÍMETRO CRANEAL DEL RECIÉN NACIDO PREDICE EL LOGRO DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA

Sergio Verd; Laura Barriuso; Joana Maria Moll
Grupo Balear de Estudios de la Lactancia

INTRODUCCIÓN: Si en la primera semana de vida se da lactancia mixta, las probabilidades de perder completamente la lactancia antes de los 5 meses se duplican. Éste es el principal motivo para buscar factores que obstaculicen inicio de la lactancia. Hay factores hormonales in utero que se asocian a fallo de la lactancia y al mismo tiempo a reducción del crecimiento, en especial de la cabeza del feto.

POBLACIÓN Y MÉTODO. Para estudiar la hipótesis de una posible asociación entre perímetro craneal del recién nacido y éxito inicial de la lactancia, hemos seleccionado a todos los pacientes de una consulta de Pediatría de los que se disponía de registro neonatal de perímetro craneal y de registro prospectivo de duración de la lactancia materna exclusiva. Se ha formado una muestra de 448 lactantes, divididos en dos grupos de exposición según que el perímetro craneal neonatal haya sido superior o no al percentil 15 de las tablas de la OMS (> 33 cm ó 33 cm). Estos participantes se han categorizado en tres grupos según que hayan recibido lactancia materna exclusiva al menos 3, 5 ó 7 días. Han entrado en el análisis las posibles variables confusoras de tipo de embarazo y parto, medidas del neonato, y características demográficas de las madres. Se ha realizado un análisis univariante, y un análisis multivariante por regresión logística.

RESULTADOS: el perímetro craneal percentil 15 es un factor predictivo independiente de cese muy temprano de la lactancia, este efecto es mayor hasta el tercer día de vida (OR=2,63; p=0,012), persiste hasta el quinto día de vida (OR=2,17; p=0,018) y desaparece hacia el séptimo día de vida (p=0,140).

CONCLUSIONES: este estudio apunta a que algún factor restringe al mismo tiempo el crecimiento fetal y el desarrollo mamario de la embarazada. Los principales candidatos a ejercer esta acción son los glucocorticoides, bien conocidos, y los andrógenos, estudiados últimamente.

P146. ACCESIBILIDAD DE LA LECHE MATERNA A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Sara Ocaña López; M^a Dolores Martín Ríos; M^a Luisa Casas Losada
Hospital Universitario fundación Alcorcón
Eva Parra Cuadrado. *Hospital Infanta Elena*
Miriam Vicario Moreno. *Centro de Salud Gandhi*

Antecedentes: En el año 2009 la Comunidad de Madrid publica un Protocolo por el cual las Escuelas infantiles de Titularidad de la Comunidad de Madrid, permitirán la alimentación con leche materna tanto a través de la propia madre, como por vía de almacenamiento. A raíz de un caso en el que no se permite la entrada de leche materna en un Centro de Educación Infantil, nos planteamos analizar la situación de la accesibilidad a estos Centros de la Leche Materna.

Material y Métodos: Se analiza la situación a través de consulta telefónica a los Centros Educativos. Se seleccionan de forma aleatoria Centros Infantiles de la Capital y la Comunidad de Madrid, tanto Públicos como Privados. El tamaño muestral es de 157 centros. Resultados: del total de 157 de Escuelas consultadas, en un 12.7% de las mismas nos informan de la imposibilidad de poder llevar al Centro leche materna extraída, en su mayor parte alegan razones higiénicas y de manipulación difícil.

Conclusiones: Si bien la Comunidad de Madrid estableció un Protocolo en el año 2009, sería conveniente que se revisará su cumplimiento y en todo caso se publicitará el mismo.

P147. BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS EN UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA

*Alfonso Javier Muñoz Menor; Alicia Infante Fernández-Infantes
María Dolores Martín-Albo García-Cervigón
CS La Solana*

Marta Romero Cano. CS Madridejos

Miguel Toribio Mata. CS Alcázar de San Juan 2

José María Tenias Burillo. Hospital Mancha-Centro

María Antonia Moreno Díaz. CS Valdepeñas 2

Encarnación Sobrino Magán. CS Bolaños

Gabriela Mazano García-Abadillo. Hospital Manzanares

Manuel Larragay Arredondo. CS Campo de Criptana

Antecedentes y objetivos: En el ámbito de un Área Sanitaria de una Comunidad Autónoma, la Gerencia de Atención Primaria ha encargado la elaboración de una guía de práctica clínica sobre lactancia materna. El propósito de este estudio es mostrar, como paso previo a la lectura crítica, el resultado de la fase de búsquedas bibliográficas de evidencia científica que responda a las preguntas clínicas formuladas.

Material y métodos: Seleccionadas siete bases de datos; internacionales (Cochrane, PUBMED, Joanna Briggs, EMBASE y CINAHL) y españolas (IME y Cuiden), para realizar búsquedas de artículos que den respuesta a 208 preguntas en formato PICO, divididas en cuatro grupos.

Para evitar posibles pérdidas se adopta como forma de búsqueda de artículos, la masiva por parte de todos los miembros del grupo elaborador de la guía (26 profesionales sanitarios), sin fijar a priori ningún tipo de límite.

Las búsquedas se han desarrollado entre octubre y diciembre de 2010.

Se ha gestionado la información con reference manager 12.

Resultados: El repertorio bibliográfico final, tras la eliminación de duplicados (19,8%), consta de 2868 artículos, suponiendo una media de 13,8 por pregunta. Rango [4-41].

Existe amplia variabilidad de tipos de estudios; meta-análisis (58), revisiones sistemáticas (89) y ensayos clínicos aleatorizados (108) suponen el 8,9% del repertorio.

En términos absolutos PUBMED es la base que aporta mayor número de artículos (1163), la que menos Joanna Briggs (3).

Tomando como base de búsqueda el descriptor “breast feeding” en internacionales y “lactancia materna” en españolas, el porcentaje de artículos incluidos en el repertorio oscila entre el 3,9% de EMBASE y el 49,2% de Cuiden.

El mayor porcentaje de artículos por grupo lo aporta EMBASE en el grupo 2 (43,8%) y el menor Joanna Briggs en el grupo 1 (0,0%).

Conclusiones: La fase de lectura crítica será vasta en número en muchas de las preguntas y compleja por la variabilidad de la evidencia.

Es necesaria una reformulación de la estrategia de búsqueda en algunas preguntas por la escasez de artículos seleccionados/encontrados.

La distancia entre el repertorio descrito y los futuros resultados de lectura crítica determinará la pertinencia de la estrategia de búsqueda establecida.

P148. RELACTACIÓN: RECUPERAR LA LACTANCIA MATERNA

Helena Ramirez Pelaez; Erica González Muñoz
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
César León Ortega. Assir Casagemas

INTRODUCCION

Nos planteamos este trabajo ante la demanda de una puérpera, que había inhibido lactancia materna con carbegolina tras el parto.

Durante el puerperio precoz, en el día 7, consultó con la matrona preguntando si era posible anular el efecto inhibitorio de lactancia, y era posible la relactación.

Ante esta situación iniciamos una búsqueda bibliografía para conocer evidencia científica.

OBJETIVOS

Principal:

- Atender la demanda de la puérpera
- Conocer la evidencia científica actualizada sobre relactación
- Secundarios:
- Identificar los factores maternos y del recién nacido necesarios para la relactación.
- Identificar los métodos de relactación naturales y farmacológicos.
- Identificar condicionantes maternos y del recién nacido que pueden influir en la relactación.

MATERIAL Y METODOS

1. Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Cuiden, Medline, Cochrane
2. Descriptores: relactation , relactacion, breastfeeding, lactancia materna
3. Limite de tiempo: 1998-2009

DESARROLLO

Pasadas 24h de la consulta de la puérpera y habiendo consultado la evidencia científica citamos a la señora. Durante la visita se explicaron los siguientes puntos: Requisitos, técnica y materiales adecuados.

Se ofreció también soporte profesional mediante consulta telefónica todos los días de la semana en horario de 8h a 20h y se programó nueva cita en 48 horas.

En el caso del estudio presentado, finalmente la madre decidió ofrecer a su hijo lactancia artificial.

Se dio soporte a su decisión y se ofreció la ayuda precisa para su opción de lactancia.

CONCLUSIONES

La relactación es posible siempre y cuando la mujer este motivada y apoyada en la causa. Se puede llevar a cabo en la mayoría de los casos es posible solo con métodos fisiológicos. Los requisitos fundamentales es un fuerte deseo de lactar, la estimulación correcta del pecho y ayuda experta para la madre. Cuenta un papel importante si habían tenido experiencia previa en la lactancia y si esta había sido positiva

P149. LACTANCIA MATERNA Y CONTACTO PIEL CON PIEL

***M. Paz Ribalta López; Lidia Gambau Latorre
Cristina Gregoris González; M. Paz León Fernández
Beatriz Ortega Martínez; Ersilia González Carrasco
Hptal. Universitario Severo Ochoa***

**P150. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE Y EL
RECIÉN NACIDO**

***Silvia Cruzado Simó; Ilma Simó Girona
Asunción Ariño Vidal; Maria Cañete Revert
Paula Carcellé Avila; Montse Simó Girona***
Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta

P151. LEY DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

*Lourdes Llubes Mas; Marta Garcia Cortes
Monica Carnicé Gatius; Anna Maimo Gazquez
Oriol Marquina Peralta; Jordina Feliu Albana
HUAV*

P152. LA MEJOR VACUNA: LA LACTANCIA MATERNA

*Jordina Feliu Albana; Mónica Carnicé Gatius
Marta García Cortés; Anna Maimó Gázquez
Lorena Padilla González; Lourdes Llubes Mas
HUAV*

P153. POSTURAS Y POSICIONES PARA AMAMANTAR

Jordina Feliu Albana; Mónica Carnicé Gatius
Marta García Cortés; Anna Maimó Gázquez
Lorena Padilla González
HUAV
Oriol Marquina Peralta
SEM

P153. POSTURAS Y POSICIONES PARA AMAMANTAR

Jordina Feliu Albana; Mónica Carnicé Gatius
Marta García Cortés; Anna Maimó Gázquez
Lorena Padilla González
HUAV
Oriol Marquina Peralta
SEM

P154. CONDUCTAS QUE FAVORECEN LA LACTANCIA

***M^a Nieves Izquierdo Borrás; Melba Concha Pantoja
Pilar Martín Crespo; Cristina Lázaro Malo
María Lladós López; Sofía Yuste Concha
HUAV***

P155. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

***Melba Concha Pantoja; Anna Maimó Gazquez
Oriol Marquina Peralta; Lourdes Llubes Mas
Jordina Feliu Albana; Marta Garcia Cortes
HUAV***

P156. MÉTODO NIDCAP

Marta Garcia Cortes; Jordina Feliu Albana
Lourdes Llubes Mas; Lorena Padilla Gonzalez; Monica Carnice Gatus
HUAV
Oriol Marquina Peralta
SEM

P157. EL CHUPETE EN EL PREMATURO

***Mónica Carnicé Gatiús; Jordina Feliu Albana
Lourdes Llubes Mas; Marta García Cortés
M^a José Castañ Castillo; Lorena Padilla Gonzalez
HUAV***

P158. LACTANCIA EN TÁNDEM ¿POR QUÉ SEGUIR? ¿POR QUÉ DEJARLO?

*Verónica Martín Alonso; Marta Vaquero Rodríguez
Cristina Barajas de Santiago; Ángela Agüero Martín
Hospital Universitario La Paz*

P159. MITOS Y REALIDADES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

***Concepción Vargas Hormigos; Maria Luisa del Pozo Ayuso
Esperanza Martín Sequeros; Esther Sanchez Gestido
Itziar Pradas Prieto; Carmen Navarro Varella
Hospital La Paz***

P160. DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA, UN LARGO CAMINO EN LA HISTORIA

*Dolores Quesada Martínez; Lorena García Aguilar
Raquel Lopez Ojeda; Juan Carlos Sánchez Martínez
Maria Dolores Rodriguez Vicente; Susana María Rubia Ortega
Hospital Poniente*

P161. MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

***Susana Amat Mena; Dolores Roman García
María Cano Arias; Susana María Rubia Ortega
Juan Expósito Pérez; Jose Antonio Martín Moreno
Hospital Poniente***

P162. CONSEJOS SOBRE LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA

***Maria Cano Arias; Susana Maria Rubia Ortega
Dolores Quesada Martinez; Lorena Garcia Aguilar
Miguel Angel Romero Rodriguez; Juan Exposito Perez
Hospital Poniente***

P162. CONSEJOS SOBRE LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA

***Maria Cano Arias; Susana Maria Rubia Ortega
Dolores Quesada Martinez; Lorena Garcia Aguilar
Miguel Angel Romero Rodriguez; Juan Exposito Perez
Hospital Poniente***

**P163. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN POSTURAS PARA LA LACTANCIA
SIMULTÁNEA**

Esther Díaz García. C.S. Moraleja Hoyos
Macarena Ramos Josemaría. C.S. Torrejoncillo Ceclavín
Fátima Flores Olmos. C.R.M. Jesús López Herrero Plasencia
M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio Hosp. Ciudad de Coria
Marta Bueso García. C.S. Talayueta
Virginia López Romano. C.S. Zafra II Fregeneal de la Sierra

P164. DEPORTE, MADRE Y LACTANCIA MATERNA

Esther Díaz García. C.S. Moraleja Hoyos
Macarena Ramos Josemaría. C.S. Torrejoncillo Ceclavín
Fátima Flores Olmos. C.R.M. Jesús López Herrero Plasencia
M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio Hosp. Ciudad de Coria
Marta Bueso García. C.S. Talayuela
Virginia López Romano. C.S. Zafra II Fregeneal de la Sierra

P165. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN TANDEM

Ana M^a Nogales Núñez; Alicia Perez Fontarosa
CS Terrassa

P166. MISIÓN POSIBLE: EL TANDEM

***Ana Bonachera Ribas; Adriana Calvo Sala
Eva Carmona Palma; Maria Teresa Molero Sanchez
Magdalena Riera Veciana; Maria Isabel Tocados Garcia
Abs Vendrell***

P167. CÓMO AFECTA LA LACTANCIA EN TÁNDEM AL RECIÉN NACIDO

Fátima Flores Olmos. C.R.M. Jesús López Herrero Plasencia

Esther Díaz García. C.S. Moraleja Hoyos

Macarena Ramos Josemaría. C.S. Torrejoncillo Ceclavín

Marta Bueso García. C.S. Talayuela

Virginia López Romano. C.S. Zafra II Fregenal de la Sierra

M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio Hosp. Ciudad de Coria

P168. OTRA FORMA DE LACTANCIA MATERNA: INDUCIR LA LACTANCIA

Fátima Flores Olmos. C.R.M. Jesús López Herrero Plasencia

Esther Díaz García. C.S. Moraleja Hoyos

Macarena Ramos Josemaría. C.S. Torrejoncillo Ceclavín

Marta Bueso García. C.S. Talayuela

Virginia López Romano. C.S. Zafra II Fregenal de la Sierra

M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio Hosp. Ciudad de Coria

P169. PAPEL DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA ¿CÓMO PODEMOS INCREMENTAR SU PARTICIPACIÓN?

Macarena Ramos Josemaría. C.S. Torrejoncillo Ceclavín
Fátima Flores Olmos. C.R.M. Jesús López Herrero Plasencia
Esther Díaz García. C.S. Moraleja Hoyos

M^a Petra Martín-Romo Capilla. Centro de Salud de Jerez de los Caballeros
M^a Reyes Moya Vasco. Paritorio Hosp. Ciudad de Coria
Marta Bueso García. C.S. Talayuela

P170. TIEMPO DE MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Elisabeth Mitjans Montoliu; M^a José Navarro Tolosa

CAP Mollerussa, Lleida

Cristina Barana Vidal; Maria Elena borràs Bentanachs

Maria Carmen Roig Garcia; Aida Gabriel Torrens

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

P171. COLECHO Y LACTANCIA MATERNA

Elisabeth Mitjans Montoliu; M^a José Navarro Tolosa

CAP Mollerussa, Lleida

Cristina Barana Vidal; Maria Elena Borràs Bentanachs

Maria Carmen Roig Garcia; Aida Gabriel Torrens

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

P172. REVISIÓN DE LAS VENTAJAS DEL COLECHO INCLUYENDO EL FAVORECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

***Gia Segura Roca. Marcelo Segura Badía. H. Mar
Mary-Mey Roca Domingo. UAB
Sigrid Segura Roca. UB
Gemma Segura Roca. H. Trueta Girona***

P173. LACTANCIA MATERNA MÚLTIPLE TRAS CESÁREA. ESTUDIO DE UN CASO MEDIANTE RELATO BIOGRÁFICO

M^a Pilar Sebastián Vicente. Universidad de Murcia

P174. LACTANCIA MATERNA: MATERIAL DE APOYO PARA MADRES

Ana Isabel Romero Arias. Área Mancha Centro

**P175. CONCURSO FOTOGRÁFICO DE LACTANCIA MATERNA ORGANIZADO
EN UN CENTRO DE SALUD DE MADRID**

Margarita Tomico del Río; Eva Martín Sánchez; Beatriz López Uriarte
EAP Humanes de Madrid

Blanca Eva Portillo Boyero. Hospital 12 de Octubre
Celina Arana Cañedo Argüelles. EAP M^a Ángeles López Gómez

P176. MAMÁ DAME MUCHA LECHITA A TODAS HORAS

M^a del Pilar Abad Real; Jose Pablo Suárez Rivero
Universidad las Palmas de Gran Canaria

P177. LACTANCIA MATERNA: CÓMO Y POR QUÉ

***Asunción Ariño Vidal; Maria Cañete Revert
Paula Carcellé Avila; Montse Simó Girona
Silvia Cruzado Simó; Ilma Simó Girona
Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta***

P178. EB 2.0: REDES SOCIALES Y LACTANCIA

Susana Lluna Beltrán; Adoración Hernandez Martinez
Salomé Laredo Ortiz
Universitat de Valencia

**P179. COMO IMPLICAR A LOS PADRES EN LOS CUIDADOS DE SU BEBÉ
DESDE EL PRIMER MOMENTO DE SU NACIMIENTO**

*Montse Simó Girona; Maria Cañete Revert
Asunción Ariño Vidal; Paula Carcellé Avila
Silvia Cruzado Simó; Julia Toledo Ruiz
Hospital Tortosa Virgen de la Cinta*