



**VIII Congreso Español
de Lactancia Materna**

“Construyendo Salud”

Palacio Euskalduna, Bilbao

26, 27 y 28 de febrero de 2015

URL: <http://www.osakidetza.euskadi.net/lactancia-materna/>



Osakidetza



PERTSONA
HELBURU

ELUSKO JAURLARITZA

OSASUN SALUA

COMPROMISO CON
LAS PERSONAS



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD



Bienvenida

Queridos amigos,

Os presentamos el VIII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN, que se celebrará en el marco incomparable del Palacio Euskalduna de Bilbao los días 26, 27 y 28 de febrero de 2015.

Sabemos del esfuerzo que supone, y más ahora, acudir a un Congreso y es por ello que os ofrecemos un programa del más alto nivel científico, brillantes ponentes que presentarán temas de absoluta actualidad e interés y un gran número de talleres prácticos que seguro nos ayudarán en nuestro trabajo diario.

Animamos a todos los profesionales dedicados a la atención de la lactancia, a las voluntarias que desde los diferentes grupos de apoyo trabajan con madres y bebés lactantes, a los estudiantes de enfermería o medicina y aquellos que están haciendo la especialidad (EIR, MIR,...) a compartir este espacio de conocimiento que nos ayudará a estrechar lazos de colaboración y amistad.

Finalmente, os invitamos a disfrutar plenamente de la ciudad de Bilbao, la cordialidad de su gente y por supuesto su magnífica gastronomía.

Contáis con más información en la página web del Congreso:
<http://www.osakidetza.euskadi.net/lactancia-materna/>

Esperando saludaros personalmente.

Dña. María García Franco
Presidenta del Comité Organizador



Dña. Adelina García Roldán
Presidenta del Comité Científico





Amagandiko Edoskitzeko Espainiako VIII. Biltzarra

“Osasuna Eraikitzen”

Euskalduna Jauregia, Bilbo

2015eko otsailaren **26**, **27** eta **28**an



Osakidetza



PERTSONA
HELBURU

ELUSKO JAURLARITZA

OSASUN SALA

COMPROMISO CON
LAS PERSONAS

GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD



Ongi etorri

Lagun horiek,

Bilboko Euskalduna Jauregiaren leku paregabearen, 2015eko otsailaren 26, 27 eta 28an, ospatuko den IHANen (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia) Amagandiko Edoskitzeari buruzko Espainiako VIII. Biltzarra aurkezten dizuegu.

Badakigu nolako ahalegina eskatzen duen, eta are gehiago orain, kongresu batera joateak, horregatik, goreneko maila zientifikoko programa eskaintzen dizuegu. Hitzlari bikainek aurkeztuko dituzte erabateko gaurkotasuneko eta intereseko gaiak, gure eguneko lanean ziur lagunduko digutenak.

Edoskitzeko arretan jarduten duten profesional guztiak, amekin eta bularreko haurrekin lan egiten duten laguntzako taldeetako boluntarioak, erizaintzako edo medikuntzako ikasleak eta espezialitatea egiten ari direnak (EBE edo BAME) animatzen ditugu ezagutzaren eremu honetan parte hartzeko; lankidetzeta eta adiskidetasuneko elkartasuna sendotzeko balioko baitigu.

Azkenik, Bilboko hiriaz disfrutatzerara konbidatzen zaituztegu, bertako jendeaz eta, nola ez, bere gastronomía apartaz.

Argibide gehiago dituzue Biltzarraren webgunean:
<http://www.osakidetza.euskadi.net/amagandikoedoskitzea/>

Agurtzeko aukera izango dudalakoan,

María García Franco and.
Antolakuntza-batzordeko presidentea



Adelina García Roldán and.
Batzorde zientifikoko presidentea





**8th Spanish Breastfeeding
Congress**

“Building Health”

Palacio Euskalduna, Bilbao

February **26**, **27** & **28**, 2015



Osakidetza



PERTSONA
HELBURU

EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SALA

COMPROMISO CON
LAS PERSONAS

GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD



Welcome

Dear friends,

We have the honour of introducing the BFHI's Eighth Spanish Breastfeeding Congress that will be held in the incomparable setting of the Euskalduna Conference Centre and Concert Hall in Bilbao on 26, 27 and 28 February 2015.

We are fully aware, more so today, of the effort involved in attending a Congress and this is the reason we are offering a programme of the highest scientific level, featuring brilliant speakers, who will report on current topics of interest, and a large number of hands-on workshops that will help us in our daily tasks.

We would like to encourage all professionals engaged in breastfeeding care, volunteers from support groups who work with mothers and infants, students at nursing or medical schools and those who are specialising (resident medical or nurse interns) to share this space of knowledge that will help us to strengthen ties of cooperation and friendship.

In addition, you will have the opportunity of visiting the city of Bilbao, experiencing the friendly nature of its citizens and, of course, enjoying its magnificent cuisine.
<http://www.osakidetza.euskadi.net/lactancia-materna/>

I look forward to greeting you personally.

María García Franco
President of the VIII Spanish Congress of Breastfeeding



Adelina García Roldán
Presidenta del Comité Científico





Comité de Honor

- **D. Alfonso Alonso Aranegui (*).**
Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- **D. Jon Darpón Sierra.**
Consejero de Salud del Gobierno Vasco
- **D. Ibon Areso Mendiguren.**
Alcalde de Bilbao. Ayuntamiento de Bilbao
- **D. Jose Luis Bilbao Eguren.**
Diputado General de Bizkaia
- **D. Carmelo Angulo Barturen.**
Presidente de Unicef
- **D. Jon Joseba Etxeberria Cruz.**
Director General de Osakidetza/Servicio vasco de salud
- **D. Manuel Moro Serrano.**
Representante de Unicef en la IHAN
- **Dña. Carmen Rosa Pallás Alonso.**
Presidenta de IHAN_Unicef
- **Dña. María José García Etxaniz.**
Presidenta del Colegio de Enfermería de Bizkaia
- **D. Cosme Naveda Pomposo.**
Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia

(*) pendiente confirmar



Comité Nacional de la IHAN

Presidente: Dña. Carmen Rosa Pallás Alonso

Coordinador Nacional: Dña. María Teresa Hernández Aguilar

Secretario y Director de la Web: D. Juan José Lasarte Velillas

Tesorera: Dña. Victoria Navas Lucena

Coordinadores de las secciones:

- **Hospitales:** Dña. Beatriz Flores Antón
- **Centros de salud:** Dña. Cintia Borja Herrero
- **Formación:** Dña. María García Franco
- **Evaluadores:** D. Jesús Martín-Calama

Representantes de:

- **UNICEF:** D. Manuel Moro Serrano
- **Asociación Catalana Pro Lactancia Materna:** D. Carlos González Rodríguez
- **Ministerio de Sanidad y Consumo:** Dña. Sagrario Mateu Sanchís
- **Asociación Nacional Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales:** Dña. Flor Torres Sánchez
- **Asociación Española de Pediatría:** Dña. Carmen Rosa Pallás Alonso
- **Asociación Española de Matronas:** Dña. M^a Isabel Castelló
- **Federación de Asociaciones de Matronas de España:** Dña. Josefa Inés Santamaría Castañer
- **Sociedad Española de Enfermería Neonatal:** Dña. María García Franco
- **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:** Dña. Elena Carreras Moratonas
- **Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria:** Dña. M^a Teresa Hernández Aguilar
- **Asociación Española de Enfermería de la Infancia:** Dña. Carmen Isabel Gómez García
- **Federación Española de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna - FEDALMA:** Dña. Eulalia Torras I Ribas
- **La Liga de la Leche España:** Dña. Victoria Navas Lucena
- **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria:** Dña. Úrsula López Fuentes
- **Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna:** Dña. Marta Sánchez Palomares.
- **Amamanta.** Dña. Salomé Laredo Ortiz



Comité Organizador

Presidenta: **Dña. María García Franco.**

Enfermera. Supervisora clínica Unidad Neonatal
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo

Vocales:

- **Dña. Itziar Astigarraga Aguirre**
Pediatra. Jefa del Servicio de Pediatría Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.
- **Dña. Dolores Elorza Fernández**
Neonatologa. Jefe de Sección del Servicio de Neonatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- **Dña. M^a Felisa Fernández Gutierrez**
Enfermera. Subdirectora de enfermería Hospital Universitario Cruces.
Barakaldo.
- **Dña. Beatriz Flores Antón**
Neonatóloga. Unidad Neonatal Hospital Doce de Octubre. Madrid.
- **Dña. Rebeca García Valverde**
Matrona. Equipo Atención Primaria Aretxabaleta. OSI Alto Deba.
- **Dña. Encarni Gonzalo Alonso**
Pediatra. Equipo Atención Primaria Ugao-Miravalles. Osi Barrualde-Galdakao.
- **Dña. Amaia Landín Larrazabal**
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Cruces.
Barakaldo.
- **Dña. Katalina Legarra Pellicer**
Matrona. Equipo de Atención Primaria Durango. OSI Barrualde – Galdakao.
- **D. Jesús Martín-Calama Valero**
Pediatra. Jefe del servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco. Teruel.
- **Dña. Carmen Olalde Arana**
Enfermera. Supervisora de la Unidad Neonatal, Hospital Universitario Alava
Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.
- **Dña. M^a Luz Peña González**
Enfermera. Subdirección Asistencia Sanitaria, Osakidetza Organización
Central. Vitoria-Gasteiz.
- **Dña. Adelina Pérez Alonso**
Médico. Subdirección de Asistencia Sanitaria, Osakidetza, Organización
Central. Vitoria-Gasteiz.
- **Dña. Lourdes Román Echevarría**
Neonatologa. Jefa de Sección de Perinatología-Neonatología. Hospital
Universitario de Cruces. Barakaldo.
- **Dña. Mercedes Sáenz de Santamaría Gutiérrez**
Matrona. Equipo de Atención Primaria Markonzaga. Osi Barakaldo- Sestao.
- **Dña. Amaia Sarriegui Oñate**
Monitora de La Liga de la Leche de Euskadi. Donostia-San Sebastian.

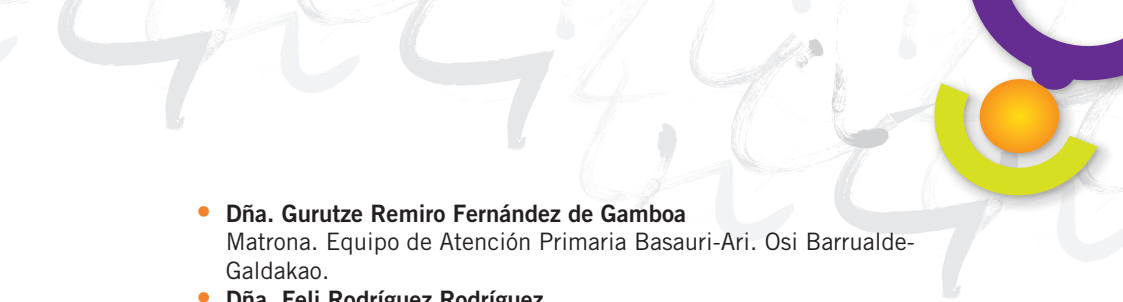


Comité científico

Presidenta: Dña. Adelina García Roldán
Enfermera. Equipo Atención Primaria San Vicente. OSI Barakaldo-Sestao.

Vocales:

- **Dña. Izaskun Asla Elorriaga**
Pediatra. Área de Maternidad. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.
- **Dña. Cintia Borja Herrero**
Enfermera. Unidad Departamental de Lactancia Materna. Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset.
- **Dña. M^a Ángeles Cidoncha Moreno**
Enfermera. Asesoría de Enfermería. Osakidetza Organización Central. Vitoria-Gasteiz.
- **D. Jorge Cocolina Andrés**
Pediatra. Equipo Atención Primaria Zamudio. Comarca Uribe.
- **Dña. Edurne Guerrero Etxeberria**
Monitora de La Liga de la Leche de Euskadi. Donostia-San Sebastian.
- **Dña. Dolores Herce Frías**
Enfermera. Supervisora Unidad Neonatal Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto.
- **Dña. M^a Teresa Hernandez Aguilar**
Pediatra. Unidad Departamental de Lactancia Materna. Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset.
- **Dña. Ana Jiménez Serralte**
Enfermera. Equipo Atención Primaria Ondarreta. Donostia-San Sebastian. Comarca Gipuzkoa.
- **D. Juan José Lasarte Velillas**
Pediatra. Centro de salud de Torre Ramona. Zaragoza.
- **Dña. Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo**
Matrona. Supervisora Área de Partos. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.
- **Dña. Victoria Navas Lucena**
Consultora Internacional Certificada en Lactancia Materna (IBCLC). Málaga.
- **Dña. Iratxe Ocerín Bengoa**
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Mendaro. Osi Bajo Deba.
- **Dña. Carmen Rosa Pallas Alonso**
Neonatóloga. Jefa de servicio Unidad Neonatal, Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

- 
- **Dña. Gurutze Remiro Fernández de Gamboa**
Matrona. Equipo de Atención Primaria Basauri-Ari. Osi Barrualde-Galdakao.
 - **Dña. Feli Rodríguez Rodríguez**
Matrona. Supervisora Área de Partos. Hospital Zumarraga. Osi Goierri-Alto Urola.
 - **Dña. Nerea Trebolazabala Quirante**
Pediatra. Equipo Atención Primaria Deusto. Osi Bilbao-Basurto.
 - **Dña. M^a Jose Trincado Aguinagalde**
Enfermera. Área de Maternidad Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.



OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza
Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio
Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD

Viceconsejería de Salud
Dirección de Planificación, Ordenación y
Evaluación Sanitaria



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

2014 ABE. DIC. 18

SARRERA	IRTEERA
Zk.	Zk. 461114

IHAN

A/A D^a. M^a Teresa Hernandez
C/ Mauricio Legendre, 36
28046 - MADRID

Honekin batera doakizu "VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA" Ekintza zientifikorako Interes Sanitarioaren onarpena, jakinaren gainean egon zaitezen eta dagozkion ondorioetarako.

Eusko Jaurlaritzako Osasun sailburuaren, 2006ko maiatzaren 16ko Aginduko 5.1.b artikulua zehazten duenez, ekintza zientifikoa amaitu eta 30 egunen buruan, Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritzara bidali beharko duzu hurrengo dokumentazioa: Biltzarraren behin betiko programa, Biltzarraren konklusioak dakartzan memoria, Biltzarrak finantzaketa pribatua izan badu, bertaratuei emandako material guztiaren kopia.

Betekizun hauek bete ezean, emandako Ekintza Zientifikorako Interes Sanitarioaren onarpena galdu liteke.

Adjunto remito el Reconocimiento de Interés Sanitario concedido para el acto "VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA" para su conocimiento y efectos oportunos.

Le recuerdo que conforme a lo establecido en el artículo 5.1.b de la Orden de 16 de mayo de 2006, del Consejero de Sanidad deberá remitir a esta Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria, dentro de los 30 días siguientes a su finalización, Programa definitivo, Memoria con las conclusiones del acto y, en caso de que hubiera existido financiación privada, una copia de **todo el material** facilitado a los asistentes.

El incumplimiento de dichas obligaciones a cargo de la entidad organizadora podrá comportar la pérdida del reconocimiento concedido.

Vitoria-Gasteiz, 2014ko abenduaren, 18an

Vitoria-Gasteiz, 18 de diciembre de 2014

Mikel Echaniz

Irakaskuntza eta Garapen Profesionaleko teknikaria
Técnico de Docencia y Formación



EKINTZA ZIENTIFIKOETARAKO INTERES SANITARIOAREN ONARPENA *RECONOCIMIENTO DE INTERÉS SANITARIO PARA ACTOS CIENTÍFICOS*

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritzak, 2006ko maiatzaren 16ko Aginduan, hots, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan izango diren ekintza zientifikoak osasunerako interesgarritzat jotzea arauten duen Aginduan, erabakitakoari jarraituz eta bertan ezarritako baldintzak bete egiten direla kontuan izanik, “*VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA*” izeneko zientzi bilkura interesgarritzat jotzen du. Izan ere, “*IHAN- Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia*” izeneko elkarteak antolatu du eta Bilbon 2015ko otsailaren 26tik 28ra izango da.

La Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en base a lo dispuesto en la Orden de 16 de mayo de 2006 por la que se regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico que tengan lugar en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y considerando que cumple los requisitos establecidos, concede este Reconocimiento al acto “*VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA*” organizado por “*IHAN- Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia*” a celebrar en Bilbao los días 26 al 28 de febrero de 2015.

Vitoria-Gasteiz, 2014ko abenduaren 18.



M^a Luisa Arteagoitia Gonzalez

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD
PLANGINTZA, ANTOLAMENDU ETA EBALUAZIO SANITARIOKO ZUZENDARIA
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIA



OSASUN SAILA
Osasun Sailburuordetza
Plangintza, Antolamendu eta
Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD
Viceconsejería de Salud
Dirección de Planificación, Ordenación
y Evaluación Sanitaria

ASOCIACION IHAN
Adelina Garcia Roldan
Mauricio Legendre, 36
28046 Madrid (Madrid)

Jn./ And. Agurgarria:

Gutun honen bidez VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA zuk aurkeztutako kreditatzeko eskabideari buruzko Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzako Euskal Kontseiluko Ebaluazio-Batzordeak hartutako erabakia jakinarazten dizut.

Jardueraren garapena eskabideko datuetan bezala gertatzen bada 1.3 kreditu lortuko ditu.

Kreditazioa lortu ahal izateko, jarduera amaitu denetik 15 eguneko apean, ondoko dokumentuak aurkeztu beharko dituzue:

- Honekin batera doakizun jarduera burutu delako frogagiria izenpetuta
- Kreditazioa lortu nahi duten partaideen zerrenda eta asistentzia kontrolatzeko erabili den sistema (sinadura-orria edo antzekoa)
- Gogobetetasun inkesteen jasotako kopurua eta emaitzen laburpena
- Ebaluazio-probarik egin bada, hor izandako emaitzak
- Parte-hartzailei emandako materiala, laguntza komertziala daukanean
- Kredituak eskuratu ahal dituen parte-hartzailei eman beharreko egiaztagiria eredu

Aurreko dokumentuak aztertuta eta eskabidean eskatutako baldintzak bete direla egiaztaturik, kreditazio ziurtagiria emango dizugu.

Kontseiluak presentiazko auditoria egin diezaioke jarduerari.

Agur bero bat.

Estimado Sr./ Sra.:

Por la presente le comunico la decisión adoptada por el Comité de Evaluación del Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en relación a la solicitud de acreditación presentada por Vd. para la actividad VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA.

En caso de que la misma se desarrolle sin ningún cambio sobre los datos aportados, obtendrá 1.3 créditos.

Para obtener la acreditación, en el plazo de 15 días desde su finalización, será necesario aportar la siguiente documentación:

- Certificado de realización anexo debidamente firmado
- Relación de participantes que optarán a la acreditación acompañada del sistema de control de asistencia empleado (hoja de firmas o similar).
- Nº de encuestas de satisfacción recogidas y breve resumen de los resultados
- Resultados de otras pruebas de evaluación, en caso de que existan
- Material facilitado a los asistentes, si existe patrocinio comercial
- Modelo de diploma o certificado a entregar a los participantes con derecho a créditos.

Una vez revisada la documentación y comprobado el cumplimiento de los criterios reflejados en la solicitud, se emitirá el certificado de acreditación.

La actividad podrá ser objeto de auditoría presencial.

Un cordial saludo.

Vitoria-Gasteiz, 2014(e)ko azaroaren 6(e)an.

Nekane Elkoroiribe Cancelo
ETENGABEKO PRESTAKUNTZAKO EUSKAL KONTSEILUKO IDAZKARIA
SECRETARIA DEL CONSEJO VASCO DE FORMACIÓN CONTINUADA



D./D^a. Adelina Garcia Roldan Jn./And.

Profesio Sanitarioen Etengabeko
Prestakuntzarako Euskal Kontseiluak kreditatu
duen ondoko jardueraren arduradunak

Responsable de la actividad acreditada por
el Consejo Vasco de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias que lleva por
título

681/14. VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA

Lekua/Lugar: Euskalduna Jauregia Bilbao (Bizkaia) / Palacio Euskalduna Bilbao (Bizkaia)
Data/Fecha: 2015(e)ko otsailaren 26(e)tik 2015(e)ko otsailaren 28(e)ra / del 26 de febrero de 2015
al 28 de febrero de 2015

CERTIFICO/ EGIAZTATZEN DUT

Aipatutako jarduera burutu dela
aurkeztutako eskabideko datuetan aldaketarik
izan gabe.

que dicha actividad se ha desarrollado sin
modificaciones sobre la solicitud presentada.

Data/ Fecha

Sinadura/ Firma



Estimado Sr./ Sra.:

Por la presente le comunico la decisión adoptada por el IBLCE en relación a la solicitud de CERPs presentada por Vd. para la actividad VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA.

EL IBLCE acredita el VIII Congreso Español de Lactancia materna con **42 CERPs L** (lactancia) **1,25 CERPs E** (ética)
Nº Registro **315009K**

Un cordial saludo

Ilse Bichler
IBLCE Office in Europe
Regional Director

Amagandiko Edoskitzeko
Espainiako **VIII.** Biltzarra

Euskalduna Jauregia, Bilbo
2015eko otsailaren **26** - **27** eta **28**an

VIII Congreso Español
de **Lactancia Materna**

Palacio Euskalduna, Bilbao
26 - **27** y **28** de febrero de 2015



PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves, Día 26

MAÑANA:

TALLERES PRE-CONGRESO.

H.U. Cruces. Salas de la Antigua Cafetería.

- 09:00-11:00 Manejo de la lactancia materna en el primer mes de vida en Atención Primaria. Exposición de casos clínicos. **Dña. Encarni Gonzalo Alonso.**
Modera: **Dña. Ana Chueca Ajuria.**
- 09:00-11:00 La importancia del entusiasmo en el profesional sanitario: ¿Cómo potenciar una actitud de éxito ante la lactancia materna?. **Dña. Mayte Sanchez Andrés, D. Juan Buil Gazol.**
Modera: **D. Jorge Cocolina Andrés.**
- 09:00-11:00 Como crear un club de lactancia materna en las Unidades Neonatales. **Dña. Paula Meier.**
Modera: **Dña. Dolores Herce Frías.**
- 09:00-11:00 Técnicas de apoyo a la lactancia materna en bebés en situaciones especiales. **Dña. Paula Lalaguna Mallada.**
Modera: **Dña. M^a Isabel Castelló López.**
- 09:00-11:00 Manejo de los problemas del pecho durante la lactancia: actualizaciones y casos clínicos. **Dña. Carmela Baeza Pérez-Fontán.**
Modera: **Dña. Victoria Navas Lucena.**
- 09:00-11:00 Manejo de los problemas del pecho durante la lactancia: actualizaciones y casos clínicos. (Taller en euskera). **Dña Katalina Legarra Pellicer.**
Modera: **Dña. Nerea Trebolazabala Quirante.**
- 09:00-11:00 “Cómo mejorar la calidad del almacenamiento y el procesamiento de la leche materna extraída”. **D. Gerardo Bustos Lozano, Dña. Esther Cabañes Alonso.**
Modera: **Dña. Antonia Pérez Argüello.**
- 09:00-13:30 Comunicación comprensiva y auténtica en el apoyo a las madres y a las familias. **Dña. Nerea Mendizabal Etxeberria.**
Modera: **Dña. Pepa Santamaría Castañer.**
- 09:00-13:30 Ideas creativas para fomentar la lactancia materna. **Dña. Raquel Benito Ruiz de la Peña.**
Modera: **Dña. Begoña Bilbao Markaida.**
- 09:00-13:30 Primeros pasos en el proceso de investigar. **Dña. M^a Angeles Cidoncha Moreno, D. Iñigo Gorostiza Hormaetxe.**
Modera: **Dña. M^a Felisa Fernández Gutiérrez.**
- 11:00-11:15 **Pausa café.**
- 11:30-13:30 ¿Por qué mi bebé no puede succionar? Estrategias y tratamiento para prevenir y corregir los problemas de succión. **Dña. Alison Hazelbaker.**
Modera: **Dña. Adelina García Roldán, Dña. Amaia Sarriegui Oñate.**



TARDE:

- 14:30 Acreditación y entrega de documentación.
15:30 **Acto Inaugural.**
16:00 **Conferencia Inaugural.** PERIODO NEONATAL, LA EPIGENÉTICA CONFIRMA LA TEORÍA DEL APEGO DE BOWLBY. **Dña M^a Luisa Martínez Frías.**
Modera: **Dña. Beatriz Flores Antón.**
17:00 **Mesa Redonda:** LACTANCIA MATERNA Y SOCIEDAD.
 - La importancia de amamantar: Mito o realidad. **D. Jose María Paricio Talayero.**
 - Lactancia materna: lo que se quiere y lo que se puede. **Dña. Monica Tornadizo Sabaté.**
 - El derecho a amamantar en público en la sociedad actual. **Dña. Carmen Vega Quiros.**
 - Dando visibilidad a la lactancia materna. Papel de los medios de comunicación en el apoyo a la lactancia materna. **Dña. Cecilia Jan.**
Modera: **Dña. Africa Baeta Campos.**
19:00 **Defensa de posters.**
19:30 **Fin Jornada.**

Viernes, Día 27

MAÑANA:

- 08:00 **Sesiones paralelas:** defensa comunicaciones orales y posters.
 - Sala A2.
 - Sala A4.
 - Sala C1.
09:00 **Mesa Redonda.** IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRENATAL Y DE LAS PRÁCTICAS DEL NACIMIENTO EN LA LACTANCIA MATERNA.
 - El rol del obstetra en el apoyo a la lactancia materna. **Dña. Alison Stuebe.**
 - Impacto de la educación prenatal en la lactancia materna. **Dña. Gloria Gutiérrez de Terán.**
 - Impacto de las practicas del nacimiento en la lactancia materna. Visión de distintos profesionales:
 - Ginecología y Obstetricia. **Dña. Africa Caño Aguilar.**
 - Matrona. **Dña. Carolina del Castillo Gimenez.**
 - Pediatría. **Dña. Izaskun Asla Elorriaga.**
Modera: **Dña. Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo.**

11:00 **Pausa café y defensa de posters.**

- 
- 11:30 **Mesa Redonda.** NEONATOLOGÍA Y BANCOS DE LECHE.
- Alimentación con leche materna en bebés prematuros de muy bajo peso: coste económico e implicación sanitaria. **Dña. Paula Meier.**
 - Importancia de los bancos de leche en las unidades de neonatología. **Dña. Nadia García Lara.**
 - Situación actual de los bancos de leche materna donada en el panorama europeo. **Dña. Gillian Weaver.**
- Modera: **Dña. Itziar Astigarraga Aguirre.**
- 13:00 **Conferencia.** BARRERAS EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y CÓMO VENCER LA RESISTENCIA AL CAMBIO. **Dña. Alison Stuebe.**
- Modera: **Dña. Aurora Montoro Exposito.**
- 13:45 **Almuerzo de trabajo.**
- TARDE:**
- 15:30 **Mesa Redonda.** LACTANCIA MATERNA Y ATENCIÓN PRIMARIA.
- Disfunciones orales y su efecto sobre la lactancia materna. Cómo identificarlas, cómo tratarlas. **Dña. Alison Hazelbaker.**
 - Intervenciones basadas en la evidencia que apoyan la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé. **Dña. Lori Feldman-Winter.**
 - El desafío de abrir una unidad de lactancia materna en Atención Primaria. **Dña. Juana Cantero Llorca.**
 - Apoyando la lactancia materna en la OSI Barakaldo-Sestao. **Dña. Ane Lasa Arisketa.**
- Modera: **D. Juan José Lasarte Velillas.**
- 17:00 **Pausa café.**
- 17:30 **Mesa Redonda.** LACTANCIA MATERNA Y SALUD PÚBLICA.
- Introducción del gluten en la alimentación de los bebés. Evidencia científica, implicaciones para la salud. **D. Carlos González Rodríguez.**
 - Obesidad perinatal: complicaciones durante el embarazo e implicaciones para la lactancia. **Dña. Pilar Serrano Aguayo.**
 - Lactancia materna exclusiva en múltiples. Importancia de la información prenatal y el apoyo post-parto. Experiencias de madres. **Dña. Rosa Casal Lodeiro.**
- Modera: **D. Jesús Martín-Calama Valero.**
- 18:45 **Conferencia.** TRABAJANDO SIN TECNOLOGÍA. APOYANDO A LA DIADA MADRE-BEBE Y PROMOCIONANDO LA LACTANCIA MATERNA EN ETIOPÍA. **Dña. Alice Allan.**
- Modera: **Dña. Carmen Olalde Arana.**
- 19:30 **Fin jornada.**
- 21:30 **CENA CONGRESO.**

Sábado, Día 28

MAÑANA:

08:30

Mesa redonda. DEBATIENDO CON LOS EXPERTOS.

- ¿Como detectar los problemas de succión? Alimentando a los bebés prematuros cuando presentan alteraciones de la succión. **Dña. Concha de Alba.**
- ¿Puede la terapia craneosacral ayudar a los bebés con problemas de succión?. **Dña. Alison Hazelbaker.**
- Papel de los terapeutas en el apoyo a la lactancia materna en bebés con problemas de succión. **Dña. Tomasa Pastor Vera.**

Modera: **Dña. Dolores Elorza Fernández.**

10:00-11:30

MESA IHAN. Sala A1.

- EL ROL DEL PEDIATRA EN LA IHAN. **Dña. Lori Feldman-Winter.**
- VISION PRÁCTICA DE LA ACREDITACIÓN IHAN.
 - Centro de atención primaria docente "Fuensanta.DS-CHGUV" Valencia. **D. Javier Soriano Faura.**
 - Centro de atención primaria Oiarzun Comarca Gipuzkoa. **Dña. M^a Gregoria Anduaga Diez de Ulzurrun**
 - Hospital Joan XIII Tarragona. **D. Adolfo Gómez Papi.**
 - Hospital Universitario Severo Ochoa. **Dña. Ersilia González Carrasco.**

Modera: **Dña. M^a Teresa Hernández Aguilar.**

10:00-12:00

SESIÓN GRUPOS DE APOYO. Sala A3.

- Para mantener una buena producción de leche, ¿es necesario el uso de un extractor?. **Dña Alice Allan.**
- La leche materna más que alimento para tu bebé. **Dña. Paula Meier.**
- El crecimiento del bebé amamantado. **D. Carlos González Rodríguez.**

Modera: **Dña. Amaia Sarriegui Oñate.**

11:30

Pausa café.

12:00

Mesa Redonda. AVANCE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA.

- ¿Por qué y para qué una GPC de lactancia materna? **Dña. Rosario Quintana Pantaleón.**
- Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna. Metodología. **Dña. Nora Iburgoyen Reteta.**
- Preguntas PICO identificadas en la primera fase de elaboración. **Dña. Belén Martínez Herrera.**

Modera: **Dña. Isabel Espiga López.**

12:45

Conferencia clausura. ÉTICA, LACTANCIA MATERNA Y SOCIEDAD. ¿TIENEN LOS BEBÉS DERECHO A SER AMAMANTADOS?.
Dña. Pamela Morrison.

Modera: **Dña. Carmen R. Pallás Alonso.**

13:30

Acto de clausura y entrega de premios.

Osteguna, 26

GOIZEZ:

BILTZARRAREN AURREKO TAILERRAK.

Guruztetako U.O. Lehengo kafetegiko gelak.

- 09:00-11:00 Manejo de la lactancia materna en el primer mes de vida en Atención Primaria. Exposición de casos clínicos. **Encarnación Gonzalo Alonso andrea.**
Moderatzailea: **Ana Chueca Ajuria andrea.**
- 09:00-11:00 Actitud frente a la lactancia. El principio del cambio. **Mayte Sánchez Andrés andrea. Juan Buil Gazol jauna.**
Moderatzailea: Jorge Cocolina Andrés jauna.
- 09:00-11:00 Como crear un club de lactancia materna en las Unidades Neonatales. **Paula Meier andrea.**
Moderatzailea: **Dolores Herce Frías andrea.**
- 09:00-11:00 Técnicas de apoyo a la lactancia materna en bebés en situaciones especiales. **Paula Lalaguna Mallada andrea.**
Moderatzailea: **M^a Isabel Castelló López andrea.**
- 09:00-11:00 Manejo de los problemas del pecho durante la lactancia: actualizaciones y casos clínicos. **Carmela Baeza Pérez-Fontán andrea.**
Moderatzailea: **Victoria Navas Lucena andrea.**
- 09:00-11:00 Manejo de los problemas del pecho durante la lactancia: actualizaciones y casos clínicos. (Taller en euskera). **Katalina Legarra Pellicer andrea.**
Moderatzailea: **Nerea Trebolazabala Quirante andrea.**
- 09:00-11:00 “Cómo mejorar la calidad del almacenamiento y el procesamiento de la leche materna extraída”. Gerardo Bustos Lozano jauna. **Esther Cabañés Alonso andrea.**
Moderatzailea: **Antonia Pérez Argüello andrea.**
- 09:00-13:30 Comunicación comprensiva y auténtica en el apoyo a las madres y a las familias. **Nerea Mendizábal Etxeberria andrea.**
Moderatzailea: **Pepa Santamaría Castañer andrea.**
- 09:00-13:30 Ideas creativas para fomentar la lactancia materna. **Raquel Benito Ruiz de la Peña andrea.**
Moderatzailea: **Begoña Bilbao Markaida andrea.**
- 09:00-13:30 Primeros pasos en el proceso de investigar. Marian Cidoncha Moreno andrea. **Iñigo Gorostiza Hormaetxe jauna.**
Moderatzailea: **M^a Felisa Fernández Gutiérrez andrea.**
- 11:00-11:15 **Kafe-atsedenaldia**
- 11:30-13:30 ¿Por qué mi bebé no puede succionar? Estrategias y tratamiento para prevenir y corregir los problemas de succión. **Alison Hazelbaker andrea.**
Moderatzailea: **Adelina García Roldán andrea, Amaia Sarriegui Oñate andrea.**

ARRATSALDEZ:

- 14:30 Akreditazioa eta dokumentuak banatzea
- 15:30 **Inaugurazio ekitaldia**
- 16:00 **Sarrerako hitzaldia.** PERIODO NEONATAL, LA EPIGENÉTICA CONFIRMA LA TEORÍA DEL APEGO DE BOWLBY. **M^a Luisa Martínez Frías and.**
Moderatzailea: **Beatriz Flores Antón and.**
- 17:00 **Mahai-ingurua:** LACTANCIA MATERNA Y SOCIEDAD.
 - La importancia de amamantar: Mito o realidad. **Jose María Paricio Talayero jn.**
 - Lactancia materna: lo que se quiere y lo que se puede. **Monica Tornadijo Sabaté and.**
 - El derecho a amamantar en público en la sociedad actual. **Carmen Vega Quiros and.**
 - Dando visibilidad a la lactancia materna. Papel de los medios de comunicación en el apoyo a la lactancia materna. **Cecilia Jan and.**Moderatzailea: **Africa Baeta Campos and.**
- 19:00 **Posterren aurkezpena.**
- 19:30 **Jardunaldiaren amaiera.**

Ostirala, 27

GOIZEZ:

- 08:00 **Saio parareloak:** komunikazioak eta posterrak.
 - A2 aretoa.
 - A4 aretoa.
 - C1 aretoa.
- 09:00 **Mahai-ingurua.** IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRENATAL Y DE LAS PRÁCTICAS DEL NACIMIENTO EN LA LACTANCIA MATERNA.
 - El rol del obstetra en el apoyo a la lactancia materna. **Alison Stuebe and.**
 - Impacto de la educación prenatal en la lactancia materna. **Gloria Gutiérrez de Terán and.**
 - Impacto de las prácticas del nacimiento en la lactancia materna. Visión de distintos profesionales:
 - Ginekología eta Obstetrizia. **Africa Caño Aguilar and.**
 - Emagintza. **Carolina del Castillo Gimenez and.**
 - Pediatría. **Izaskun Asla and.**Moderatzailea: **Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo and.**
- 11:00 **Kafe-atsedenaldia eta posterren aurkezpena.**

- 
- 11:30 **Mahai-ingurua.** NEONATOLOGÍA Y BANCOS DE LECHE.
- Alimentación con leche materna en bebés prematuros de muy bajo peso: coste económico e implicación sanitaria. **Paula Meier and.**
 - Importancia de los bancos de leche en las unidades de neonatología. **Nadia García Lara and.**
 - Situación actual de los bancos de leche materna donada en el panorama europeo. **Gillian Weaver and.**
- Moderatzailea: **Itziar Astigarraga Aguirre and.**
- 13:00 **Hitzaldia.** BARRERAS EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y CÓMO VENCER LA RESISTENCIA AL CAMBIO. **Alison Stuebe And.**
- Moderatzailea: **Aurora Montoro Exposito and.**
- 13:45 **Lan-bazkaria.**
- ARRATSALDEZ:**
- 15:30 **Mahai-ingurua.** LACTANCIA MATERNA Y ATENCIÓN PRIMARIA.
- Disfunciones orales y su efecto sobre la lactancia materna. Cómo identificarlas, cómo tratarlas. **Alison Hazelbaker and.**
 - Intervenciones basadas en la evidencia que apoyan la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé. **Lori Feldman-Winter and.**
 - El desafío de abrir una unidad de lactancia materna en Atención Primaria. **Juana Cantero Llorca and.**
 - Apoyando la lactancia materna en la OSI Barakaldo-Sestao. **Ane Lasa Arisketa and.**
- Moderatzailea: **Juan José Lasarte Velilla jn.**
- 17:00 **Kafe-atsedenaldia.**
- 17:30 **Mahai-ingurua.** LACTANCIA MATERNA Y SALUD PÚBLICA.
- Introducción del gluten en la alimentación de los bebés. Evidencia científica, implicaciones para la salud. **Carlos González Rodríguez jn.**
 - Obesidad perinatal: complicaciones durante el embarazo e implicaciones para la lactancia. **Pilar Serrano Aguayo and.**
 - Lactancia materna exclusiva en múltiples. Importancia de la información prenatal y el apoyo post-parto. Experiencias de madres. **Rosa Casal Lodeiro and.**
- Moderatzailea: **Jesús Martín-Calama Valero jn.**
- 18:45 **Hitzaldia.** TRABAJANDO SIN TECNOLOGÍA. APOYANDO A LA DIADA MADRE-BEBE Y PROMOCIONANDO LA LACTANCIA MATERNA EN ETIOPÍA. **Alice Allan and.**
- Moderatzailea: **Carmen Olalde Arana and.**
- 19:30 **Lanegunaren bukaera.**
- 21:30 **KONGRESU-AFARIA ETA SARIEN BANAKETA.**

Larunbata, 28

GOIZEZ:

08:30

Mahai-ingurua. DEBATIENDO CON LOS EXPERTOS.

- ¿Como detectar los problemas de succión? Alimentando a los bebés prematuros cuando presentan alteraciones de la succión. **Concha de Alba and.**
- ¿Puede la terapia craneosacral ayudar a los bebés con problemas de succión?. **Alison Hazelbaker and.**
- Papel de los terapeutas en el apoyo a la lactancia materna en bebés con problemas de succión. **Tomasa Pastor Vera and.**

Moderatzailea: **Dolores Elorza Fernández and.**

10:00-11:30

MESA IHAN. A2 Aretoa.

- EL ROL DEL PEDIATRA EN LA IHAN. **Lori Feldman-Winter and.**
- VISION PRÁCTICA DE LA ACREDITACIÓN IHAN.
 - Centro de atención primaria docente "Fuensanta.DS-CHGUV" Valencia. **Javier Soriano Faura jn.**
 - Centro de atención primaria Oiarzun Comarca Gipuzkoa. **Mª Gregoria Anduaga Díez de Ulzurrun and.**
 - Hospital Joan XIII Tarragona. **Adolfo Gómez Papi jn.**
 - Hospital Universitario Severo Ochoa. **Ersilia González Carrasco and.**

Moderatzailea: **Mª Teresa Hernández Aguilar and.**

10:00-12:00

SESIÓN GRUPOS DE APOYO. A4 Aretoa.

- Para mantener una buena producción de leche, ¿es necesario el uso de un extractor?. **Alice Allan and.**
- La leche materna más que alimento para tu bebé. **Paula Meier and.**
- El crecimiento del bebé amamantado. **Carlos González Rodríguez jn.**

Moderatzailea: **Amaia Sarriegui Oñate and.**

11:30

Kafe-atsedenaldia.

12:00

Mahai-ingurua. AVANCE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA.

- ¿Por qué y para qué una GPC de lactancia materna? **Rosario Quintana Pantaleón and.**
- Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna. Metodología. **Nora Ibargoyen Reteta and.**
- Preguntas PICO identificadas en la primera fase de elaboración. **Belén Martínez Herrera and.**

Moderatzailea: **Isabel Espiga López and.**

12:45

Itxiera-hitzaldia. ÉTICA, LACTANCIA MATERNA Y SOCIEDAD. ¿TIENEN LOS BEBÉS DERECHO A SER AMAMANTADOS? **Pamela Morrison and.**

Moderatzailea: **Carmen R. Pallás Alonso and.**

13:30

Itxiera-ekitaldia eta sari-ematea.

Thursday, 26th

MORNING:

PRE-CONFERENCE WORKSHOPS.

H.U. Cruces. Area of the former Cafeteria.

- 9:00- 11:00 Managing breastfeeding in the first month of life at primary care. Presentation of case studies. **Ms. Encarni Gonzalo Alonso.**
Moderator: **Ms. Ana Chueca Ajuria**
- 9:00 - 11:00 Attitude towards breastfeeding. The beginning of change. **Ms. Mayte Sanchez Andrés, Mr Juan Buil Gazol.**
Moderator: **Mr. Jorge Cocolina Andrés.**
- 9:00 - 11:00 How to create a breastfeeding club in Neonatal Units. **Ms. Paula Meier.**
Moderator: **Ms. Dolores Herce Frías**
- 9:00- 11:00 Techniques to support breastfeeding in infants with special requirements **Ms. Paula Lalaguna Mallada.**
Moderator: **Ms. M^a Isabel Castelló López**
- 9:00- 11:00 Dealing with breast problems during breastfeeding: updates and case studies. **Ms. Carmela Baeza Pérez-Fontán.**
Moderator: **Ms. Victoria Navas Lucena**
- 9:00- 11:00 Dealing with breast problems during breastfeeding: updates and case studies. Workshop in Basque language. **Mrs. Katalina Legarra Pellice**
Moderator: **Mrs. Nerea Trebolazabala Quirante**
- 9:00 – 11:00 How to improve the quality of the storage and handling of the expressed breast milk. **Mr. Gerardo Bustos Lozano, Ms. Esther Cabañes Alonso**
Moderator: **Mrs. Antonia Pérez Argüello**
- 9:00- 13:30 Creative Ideas to encourage breastfeeding. **Ms. Raquel Benito Ruiz de la Peña.**
Moderator: **Ms. Begoña Bilbao Markaida**
- 9:00 - 13:30 The use of Authentic Communication supporting breastfeeding mothers and families. **Ms. Nerea Mendizabal Etxeberria.**
Moderator: **Ms. Pepa Santamaría Castañer**
- 9:00- 13:30 First steps in the research process. **Ms. M^a Angeles Cidoncha Moreno, Mr Iñigo Gorostiza Hormaetxe.**
Moderator: **Ms. M^a Felisa Fernández Gutiérrez.**
- 11:00-11:30 **Coffe-Break**
- 11:30-13:30 Why can't my baby suck? Strategies and treatments to prevent and correct suction problems. **Ms. Alison Hazelbaker.**
Moderator: **Ms. Adelina García Roldán. Ms. Amaia Sarriegui Oñate.**



AFTERNOON:

- 14:30 Conference documentation available for all registered participants
- 15:30 **Open ceremony**
- 16:00 **Opening Lecture.** NEONATAL PERIOD, EPIGENETICS CONFIRMS BOWLBY'S THEORY OF ATTACHMENT. **Mrs. M^a Luisa Martínez Frías.**
Moderator: **Mrs. Beatriz Flores Antón**
- 16:30 **Round Table.** BREASTFEEDING AND SOCIETY.
• The importance of breastfeeding: Myth or Reality. **Mr. Jose María Paricio Talayero**
• Breastfeeding: What you want to do and what you can do?. **Ms. Monica Tornadizo Sabaté**
• The right to breastfeed in public. **Ms Carmen Vega Quiros**
• Providing visibility to breastfeeding. The role of traditional media, blogs and social networks Dando visibilidad a la lactancia materna. **Ms Cecilia Jan**
Moderator: **Ms. Africa Baeta Campos.**
- 19:00 **Poster session and defense**
- 19:30 **End of the day**

Friday, 27th

MORNING:

- 08:00 **Panel Sessions:** oral communications and posters.
• Conference Room A2.
• Conference Room A4.
• Conference Room C1.
- 09:00 **Round Table.** IMPACT OF PRENATAL EDUCATION AND BIRTH PRACTICES ON BREASTFEEDING
• The role of the obstetrician in supporting breastfeeding. **Ms. Alison Stuebe.**
• Impact of prenatal education on breastfeeding. **Ms. Gloria Gutiérrez de Terán**
• Impact of birth practices on breastfeeding.
• Gynecology and obstetrics: **Ms. África Caño Aguilar**
• Midwife: **Ms Carolina del Castillo Gimenez**
• Pediatrics: **Ms Izaskun Asla Elorriaga**
Moderator: **Dña. Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo**
- 11:00 **Coffe-Break. Posters session and defense**

- 
- 11:30 **Round Table. NEONATOLOGY AND MILK BANKS**
- Feeding preterm very low birth weight babies with breast milk: economic cost and health care implications. **Ms. Paula Meier.**
 - The importance of milk banks in Neonatology Units. **Ms Nadia García Lara**
 - Current status of donor human milk banks in the European scene. **Ms Gillian Weaver**
- Moderator: **Ms. Itziar Astigarraga Aguirre**
- 13:00 **Conference: BARRIERS IN PROMOTING BREASTFEEDING AND HOW TO OVERCOME RESISTANCE TO CHANGE. Ms. Alison Stuebe.**
- Moderator: **Ms. Aurora Montoro Expósito**
- 13:30 **Working lunch.**
- AFTERNOON:**
- 15:30 **Round Table. BREASTFEEDING AND PRIMARY CARE.**
- Oral disorders and their effect on breastfeeding. How to detect them and how to deal with them. **Ms. Alison Hazelbaker.**
 - Evidence-based interventions to support breastfeeding during the first six months of the baby's life. **Ms.Lori Feldman-Winter.**
 - The challenge of opening a Primary Care breastfeeding unit. **Ms. Juana Cantero Llorca.**
 - Supporting breastfeeding in OSI Barakado Sestao. **Ms. Ane Lasa Arisketa**
- Moderator: **Mr. Juan José Lasarte Velillas**
- 17:00 **Coffe-Break.**
- 17:30 **Round Table: BREASTFEEDING AND PUBLIC HEALTH.**
- Introducing gluten to babies' diets. Scientific evidence and implications for health. **Mr. Carlos González Rodríguez.**
 - Perinatal obesity: complications during pregnancy and implications for breastfeeding. **Ms. Pilar Serrano Aguayo.**
 - Breastfeeding multiples. The importance of prenatal information and post-natal support. Mothers' experiences. **Ms Rosa Casal Lodeiro**
- Moderator: **Mr. Jesús Martín-Calama Valero**
- 18:45 **Conference. DOING WITHOUT TECHNOLOGY. SUPPORTING MOTHER-BABY DYAD AND PROMOTING BREASTFEEDING IN ETHIOPIA. Ms. Alice Allan.**
- Moderator: **Ms. Carmen Olalde Arana**
- 19:30 **End of the day.**
- 21:30 **Gala Dinner**

Saturday, 28th

MORNING

08:30

Round Table DISCUSSION WITH EXPERTS.

- How to detect suction problems? Feeding premature babies when showing suction alterations? **Ms. Concha de Alba**
- Can craniosacral therapy help babies with sucking problems? **Ms. Alison Hazelbaker**
- Role of therapists in supporting breastfeeding babies with suction problems. **Ms. Tomasa Pastor Vera**

Moderator: **Ms. Dolores Elorza Fernández**

10:00-11:30

BFHI TABLE. Conference Room A1

- The role of paediatricians in the BFHI. **Ms. Lori Feldman-Winter.**
- Practical Vision of BFHI accreditation
 - Fuensanta.DS-CHGUV" Primary Health Center, Valencia. **Mr. Javier Soriano Faura**
 - Oiarzun Comarca Primary Health Center, Gipuzkoa. **Ms. M^a Gregoria Anduaga Diez de Ulzurrun**
 - Joan XIII Hospital Tarragona. **Mr. Adolfo Gómez Papi**
 - Severo Ochoa University Hospital. **Ms. Ersilia González Carrasco**

Moderator: **Ms. M^a Teresa Hernández Aguilar**

10:00-12:00

SUPPORT GROUP MEETING. Conference Room A3

- Keeping the breastfeeding conversation flowing; do you really need to pump? **Ms Alice Allan**
- Breastmilk is more than just food for your baby. **Ms Paula Meier**
- Breastfeed baby's growth. **D. Carlos González Rodríguez**

Moderator: **Ms. Amaia Sarriegui Oñate**

11:30

Coffe-Break

12:00

Round Table. PREVIEW OF THE BREASTFEEDING CLINICAL PRACTICE GUIDELINE.

- Why do we need a CPG and what do we need it for? **Ms Rosario Quintana Pantaleón**
- Breastfeeding Clinical Practice Guideline. Methodology. **Ms. Nola Ibarгойen Reteta**
- Questions PICO identified in the first stage of processing. **Ms. Belén Martínez Herrera.**

Moderator: **Ms. Isabel Espiga López**

12:45

Closing Conference. ETHICS, BREASTFEEDING AND SOCIETY. DO THE BABIES HAVE THE RIGHT TO BE BREASTFED? **Ms. Pamela Morrison.**

Moderator: **Ms. Carmen R. Pallás Alonso**

13:30

Closing ceremony. Prize for best posters.

Amagandiko Edoskitzeko
Espainiako **VIII.** Biltzarra

Euskalduna Jauregia, Bilbo
2015eko otsailaren **26** - **27** eta **28**an

VIII Congreso Español
de **Lactancia Materna**

Palacio Euskalduna, Bilbao
26 - **27** y **28** de febrero de 2015



RESUMEN COMUNICACIONES

IMPACTO DEL PROCESO DE ACREDITACION IHAN DE LAS MATERNIDADES EN LAS UNIDADES NEONATALES: ENCUESTA NACIONAL

CLARA ALONSO-DIAZ, ISABEL UTRERA-TORRES, CONCEPCION ALBA-ROMERO, DAVID LORA-PABLOS, DOLORES MARTIN-PELEGRINA, NADIA GARCIA-LARA

Antecedentes y objetivos: No se dispone de información sobre si la acreditación IHAN de la maternidad mejora las prácticas de promoción de la lactancia materna (LM) en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). El objetivo fue comparar las medidas de apoyo a la LM en las UCIN de hospitales con acreditación IHAN o en fase de acreditación (Grupo1) frente a aquellas UCIN de hospitales que no han iniciado el proceso (Grupo2).

Material y métodos: Se distribuyó un cuestionario validado sobre medidas de apoyo a la LM a UCIN de nivel II y III de hospitales públicos españoles (n=141). Las UCIN desconocían que el análisis de los resultados sería en función del proceso de acreditación IHAN. Se realizó un análisis univariante y un análisis ajustado por el número de camas de cuidados intensivos. Los resultados se muestran categorizados según el esquema de los 10 pasos para una lactancia exitosa de la Neo-IHAN.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 91%. Los resultados más relevantes se muestran en la tabla1.

Conclusiones: La acreditación IHAN de la maternidad o el estar en proceso de acreditación, aumenta la implantación de las prácticas que apoyan la LM en las UCIN españolas, fundamentalmente en relación con los pasos 2,4,5,7 y 8 de la Neo-IHAN.

Tabla1: Comparación de medidas de apoyo a la lactancia entre Grupo1 y Grupo2

10 pasos Neo-IHAN	Medidas de apoyo	Grupo1(N=38)	Grupo2(N=91)	p	p ajustada
1	Política escrita	32(84%)	63(69%)	0.07	0.06
2	Formación de profesionales	28(73%)	40(43%)	0.002	0.001
3	Información prenatal en ingresadas	11(28%)	16(17%)	0.14	0.12
4	Método Canguro precoz	29/32(90%)	47/76(61%)	0.002	0.01
	Método canguro>2 horas/día	35/36(97%)	64/85(75%)	0.004	0.019
5	Información escrita para padres	35(92%)	70(76%)	0.04	0.03
	Extracción en primeras 6 horas postparto	28(73%)	50(55%)	0.04	0.02
	Succión no nutritiva con CPAP	23/35(65%)	29/87(33%)	0.001	0.001
6	Leche donada	6(15%)	20(21%)	0.42	0.85
7	Alojamiento conjunto previo al alta	15(39%)	17(18%)	0.01	0.01
	Horarios restrictivos	6(15%)	28(30%)	0,07	0.06
8	LM a demanda	24(63%)	25(27%)	0,0001	0.0008
9	Biberón previo a lactancia	23(60%)	71(78%)	0.04	0.06
10	Contacto atención primaria y UCIN	10(26%)	20(21%)	0.59	0.82

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIA EN LACTANCIA MATERNA DE PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PRUEBA PILOTO

ANNA POL PONS, MERCÈ AUBANELL SERRA, MIREIA VIDAL RAMPEREZ, NÚRIA ROURA ROVIRA, RUTH MARTÍ LLUCH, ANNA PONJOAN THANS

ANTECEDENTES

La mayoría de profesionales de Atención Primaria tienen falta de conocimientos y competencias en el manejo de la lactancia materna. A pesar de su importancia, no existe ningún cuestionario validado que evalúe estos parámetros.

Objetivo: elaborar y validar un cuestionario sobre conocimientos y competencia básicos de los profesionales de Atención Primaria (AP) en lactancia materna (LM).

MATERIAL Y METODOS

Estudio de validación de un cuestionario dirigido a médicos de familia, pediatras, matronas, ginecólogos, enfermeras comunitarias y de pediatría de AP.

Se elaboró un cuestionario (56 preguntas) a partir de revisión bibliográfica, marco teórico, práctica clínica, discusión grupal y consulta a expertos.

Para la prueba piloto el cuestionario fue administrado presencialmente en un Centro de Salud (CS) a 41 participantes y un mes después se realizó el re-test.

Se evaluó la consistencia interna mediante α -Cronbach, la estabilidad temporal mediante el coeficiente intraclase y la validez del constructo mediante un análisis factorial.

RESULTADOS

La administración presencial del cuestionario obtuvo una baja tasa de apareamiento con el re-test (49%) y evidenció dificultades logísticas resultando el estudio poco viable. Para resolver estas limitaciones se realizó una nueva prueba piloto administrando el cuestionario por internet a 77 profesionales de otro CS. La tasa de respuesta fue del 55% en el test y del 76% en el re-test. El análisis de fiabilidad descartó 9 preguntas, por lo que el cuestionario final incluye 47 preguntas (11 demográficas y 36 sobre LM en escala Likert). El α -Cronbach fue de 0,89 y el coeficiente intraclase de 0,86.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran una buena consistencia interna y una adecuada estabilidad temporal del cuestionario. Actualmente se está administrando el cuestionario online con e-mails recordatorios para aumentar la tasa de respuesta. La muestra aleatoria estratificada incluye 400 profesionales de AP, entre los cuales se espera detectar diferencias en el nivel de conocimientos y competencia en LM según la categoría profesional. De confirmarse los resultados preliminares será una herramienta útil que aporte medidas válidas y fiables, relevante para investigadores y clínicos en la promoción de la LM.

Proyecto aprobado por Comité de Ética.

Autoras sin conflicto de intereses.

O-A3 (795)

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN ESCUELAS INFANTILES DE TITULARIDAD PÚBLICA

PATRICIA MAGAZ PILAR, JUANA MARÍA AGUILAR ORTEGA, ANA ISABEL ALVAREZ GARCÍA, RAQUEL GÓMEZ CASARES, EVA ALVAREZ BARRIENTOS, CECILIA SANZ MATESANZ, CLOTILDE POSE BECERRA, SONIA LÓPEZ PALACIOS

Introducción. El fomento de la LM es una acción de promoción de la salud eficiente y de gran alcance para la población siendo objetivo de instituciones sanitarias y de nuestro comité de lactancia. En las Escuelas Infantiles (EEII) muchos niños desarrollan parte de su primera infancia y la lactancia materna, ayuda al mantenimiento de su salud. Poder mantener la lactancia en la escuela infantil es un derecho de madres y lactantes.

Objetivos: Conocer el alcance y aplicación del Protocolo sobre Alimentación con Leche Materna en las EEII del área de influencia. Ofrecer colaboración a los profesionales.

Población diana: profesionales de EEII de titularidad pública.

Metodología: El proyecto se desarrolla en dos fases. Primera: conocimiento y difusión. Visitas a la escuela por dos miembros del comité, realización de encuesta, entrega del Protocolo sobre lactancia materna de la Comunidad Autónoma y Folleto informativo elaborado por el comité. Segunda: Plan de actuación, talleres de manejo de leche de madre en las EEII a petición (en desarrollo).

Resultados

14 escuelas visitadas. Una intervención se realizó por teléfono al no poder ser atendidas en primera visita. Conocen protocolo LM de la comunidad el 100%. Muestran interés por el tema el 100%. Conservan, organizan, etiquetan y administran tomas de LM proporcionada por las madres el 100%. Todas refieren favorecer las tomas al pecho. Los profesionales de las EEII visitadas no disponen de formación específica en manipulación de leche materna aunque sí certificación de manipulador de alimentos. Una de las dudas más frecuentes es como el calentar las tomas. Todas demuestran gran entusiasmo y compromiso con su proyecto.

Conclusiones

Las EEII visitadas muestran interés por la LM y por en el Proyecto ofrecido por el Comité de LM tras aprobación de los Consejos Escolares. La Primera fase ha sido positiva por la acogida de los profesionales de las EEII, por el deseo de colaboración y por los resultados. La colaboración entre las EEII y los profesionales sanitarios puede ofrecer oportunidades de mejora creando redes comunitarias de apoyo profesional eficaz y eficiente a las madres que desean mantener la lactancia materna a pesar de incorporarse al mundo laboral.

LACTANCIA MATERNA EN EL ENTORNO EDUCATIVO

ANA JIMENEZ MOYA, ANTONIA SUAREZ BARCENA, ISABEL VILLAREJO, FRANCISCO GAVIRA, ANA MORILLA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Dentro de las líneas de acción del Plan Integral de Obesidad Infantil se recoge la “Promoción de la lactancia Materna en los Centros Escolares”. Hemos elaborado una intervención con los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia de la lactancia materna.
- Informar, sensibilizar y apoyar a las madres y padres del centro educativo que tengan bebés.
- Dotar al profesorado de habilidades y materiales didácticos, para incorporar contenidos de lactancia materna en el Currículo de Educación Infantil y Primaria.
- Familiarizar a los niños y niñas con la lactancia materna creando un entorno propicio para que las futuras madres y sus parejas adopten en cualquier circunstancia decisiones fundamentales acerca de las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño y puedan ponerlas en práctica.
- Evaluar la eficacia del programa de formación sobre los alumnos y profesores

MATERIAL Y METODOS: Se eligen aleatoriamente tres centros educativos de educación primaria: Uno perteneciente a una zona céntrica, otro a una zona rural y el último a una zona con necesidades de transformación social. Se seleccionarán los cursos 2º, 4º, 5º y 6º de educación primaria y todos los profesores del centro. Fase 1 (duración 1 semana): Sesión de sensibilización para padres y madres (AMPAS) y formación del personal docente. Al profesorado se les dotará de los materiales, recursos y metodología para que puedan llevar a cabo las actividades con el alumnado. Fase 2 (duración 1 semana): Actividades transversales sobre lactancia materna en todos los ciclos de Educación Infantil y Primaria. La medición de la variable a estudio (sensibilización a la lactancia materna) se realizará antes (pre-test) y después (postest) de la formación al profesorado y alumnado. Para ello se diseñará un cuestionario anónimo ad hoc donde se recogerán las siguientes variables: Edad, curso escolar y sexo, y diferentes preguntas (alumnado de 5º, 6º curso y profesorado) o pictogramas (alumnado de 2º y 4º curso) para valorar el grado de conocimientos respecto a la lactancia materna y la crianza. Se realiza un test previo a la intervención y a la semana de finalizar y a los 3 meses.

RESULTADOS:

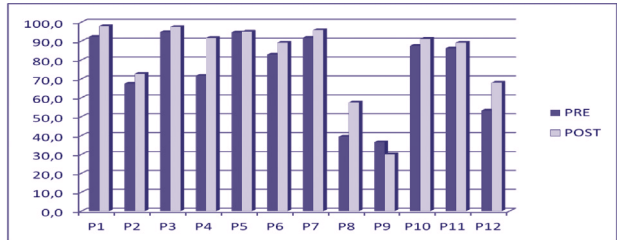
En relación al primer y segundo ciclo de educación primaria (alumnado), al que se pasó un cuestionario basado en pictogramas, se observa un elevado número de respuestas correctas tanto en el pre como en el post test, salvo en dos ítems cuya interpretación podría resultar dudosa. En cualquier caso no hubo diferencias significativas entre ambas fases. En el grupo de segundo ciclo de educación primaria (alumnado) se demuestra un avance en cuanto a los conocimientos relacionados con la lactancia materna después de la intervención, en base al cuestionario realizado. Cinco ítems de los 12 que lo integran presentan significación estadística.

En el grupo de profesorado tan sólo un ítem muestra un avance significativo. Con similares o levemente superiores resultados tras la intervención en el resto.

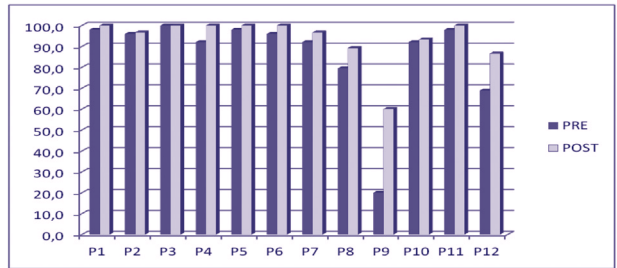
CONCLUSIONES:

El grupo de 2º ciclo de primaria es que presenta un mayor grado de mejora de conocimientos relacionados con la lactancia materna tras la intervención. Lo cual resulta relevante si lo comparamos con el anterior. Probablemente las intervenciones en este grupo, con más marcado carácter didáctico y educativo pueden resultar las más efectivas.

Alumnos 5º y 6º



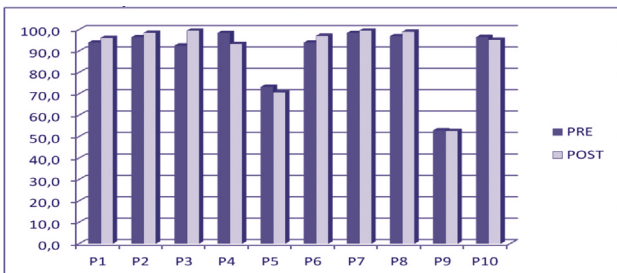
Profesores:



Alumnado			Profesorado				
Porcentaje de aciertos		valor p*	Porcentaje de aciertos		valor p*		
Antes (n=235)	Después (n=242)		Antes (n=51)	Después (n=30)			
P1	92.3	97.9	0.004	P1	98.0	100	0.440
P2	67.5	72.7	0.215	P2	96.0	96.7	0.879
P3	94.8	97.5	0.127	P3	100	100	1.00
P4	71.7	91.7	<0.001	P4	92.1	100	0.115
P5	94.6	95.0	0.500	P5	98.0	100	0.440
P6	82.9	89.2	0.047	P6	96.0	100	0.272
P7	91.8	95.8	0.069	P7	92.1	96.7	0.415
P8	39.4	57.5	<0.001	P8	76.5	89.3	0.165
P9	36.5	30.1	0.144	P9	20.0	60.0	<0.001
P10	87.5	91.2	0.186	P10	92.1	93.3	0.845
P11	86.2	89.2	0.327	P11	97.9	100	0.426
P12	53.2	68.0	0.001	P12	68.9	86.6	0.077

* valor p de la prueba ji-cuadrado

Alumnos de 2º y 4º



PROMOCIONAR UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MULTICULTURAL IMPULSADO POR EL EQUIPO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

INMACULADA PABLOS RODRÍGUEZ, EVA CASAN ALBIACH, ANA MORILLO ORTEGA, ALMA ALAMINOS GAMIS, GLORIA VILLENA CORONADO, SARA FREIXEDAS BERGES

Antecedentes y objetivos: El 64% de los inmigrantes de nuestro municipio es de origen marroquí. Casi el 15% de los niños de 0 a 4 años pertenecen a este colectivo. Nuestro municipio dispone de un grupo de apoyo a la lactancia, pero las madres marroquíes no suelen asistir por barrera idiomática. Para intentar solucionar este problema, el equipo de pediatría ha decidido impulsar un proyecto de formación de asesoras de lactancia de origen marroquí e integrarlas en el grupo de apoyo existente, con el objetivo de conseguir que las madres lactantes marroquíes dispongan de un espacio de soporte a la lactancia y crianza, y evitar que el idioma suponga un impedimento.

Material y métodos: Se seleccionaron 5 madres marroquíes con experiencia propia en lactancia, con conocimiento de nuestro idioma y buena predisposición a recibir la formación y realizar la tarea de voluntariado en el grupo de apoyo.

La formación duró 5 sesiones (2 horas semanales), impartida por pediatra, enfermera de pediatría y asesora del grupo de apoyo; con la colaboración del ayuntamiento (cesión del espacio, material necesario, difusión en el municipio y entre la población marroquí).

Los principales objetivos de las sesiones fueron:

- 1) Evaluar las necesidades formativas y/o intereses de las futuras asesoras.
- 2) Observación de una toma.
- 3) Detectar signos y síntomas que pudieran necesitar atención sanitaria.
- 4) Impulsar técnicas de consultoría.
- 5) Detectar conductas habituales del bebé que pudieran generar dificultades.

Se realizó una evaluación previa y posterior de conocimientos. Al inicio de cada sesión se hacía recordatorio de las competencias adquiridas. Una vez finalizada la formación se iniciaron reuniones semanales con las madres lactantes. Se informó a los centros de salud de la comarca y al hospital de referencia de su funcionamiento para que pudieran remitir a las madres.

Resultados y conclusiones:

- Sorpende la gran acogida y respuesta por la comunidad marroquí
- Apoyo explícito de la política local por el valor añadido en la facilitación integración social de la mujer marroquí.
- Mejora del conocimiento por parte de los sanitarios de la cultura marroquí en relación con la lactancia.
- Este es un ejemplo de cómo superar las barreras culturales en pro de la lactancia.

¿CÓMO INFLUYE LA INCORPORACIÓN LABORAL EN LA LACTANCIA?. OPINIONES DE LAS MADRES.

MARTA DIAZ GÓMEZ, CONCEPCIÓN DE ALBA ROMERO, MARIA RUZafa MARTÍNEZ, SUSANA ARES SEGURA, ISABEL ESPIGA LÓPEZ, LEONARDO LANDA RIVERO, PAULA LALAGUNA MALLADA, M^a JESÚS RUIZ GARCÍA, ISABEL CASTELLO LÓPEZ

Antecedentes y objetivos: Las estrategias dirigidas a impulsar la lactancia materna (LM) en el lugar de trabajo tiene claros beneficios para la empresa y para las madres trabajadoras. A pesar de ello, en nuestro país no se han desarrollado programas adecuados para compatibilizar lactancia y trabajo. El objetivo de este estudio ha sido conocer las dificultades percibidas por las madres lactantes que se incorporan al trabajo.

Material y métodos: Estudios observacional transversal sobre una muestra de 569 madres con hijos menores de 2 años, residentes en España que cumplimentaron un cuestionario estructurado, mediante entrevista on-line, de 10-12 minutos de duración.

Resultados: La edad media de las madres fue de 32.5±4.6 años. La mayoría eran primíparas (el 49%), de clase social media (37%) y media-baja (30%), vivían con su pareja e hijos (90,2%), con unos ingresos mensuales menores de 2000 euros (53,5%).

Se descartaron 68 cuestionarios de madres con lactancia artificial.

334 madres habían suspendido la LM en el momento de responder al cuestionario. La edad del destete fue de 6.4±3.8 meses.

Del total de 501 madres que habían dado el pecho o lo continuaban haciendo en el momento de la encuesta, el 57,9% estaban trabajando. Al incorporarse al trabajo la mayoría de las madres habían suspendido la lactancia materna (55,1%) o habían iniciado una lactancia mixta (23,1%) o la alimentación complementaria (9,6%) y tan solo el 7,8% continuaron con lactancia materna exclusiva o predominante.

El 50,5% de las madres consideraba que la vuelta al trabajo le había afectado mucho o bastante. La percepción de falta de apoyo en el lugar de trabajo para la extracción y almacenamiento de la LM recibió una puntuación media de 6.2±3.4 sobre 10.

Conclusiones: En nuestro país la vuelta al trabajo de las madres continua representando uno de los principales obstáculos para el mantenimiento de la lactancia durante el tiempo recomendado, lo que hace necesario desarrollar políticas adecuadas de apoyo a la LM en el lugar de trabajo para mejorar las tasas de LM y el acceso de las mujeres al mundo laboral.

ALIVIO DE DOLOR EN PRETÉRMINOS CON LECHE MATERNA EXTRAÍDA

Laura Collados Gómez, Verónica Camacho Vicente, Paloma Ferrera Camacho, Elena Fernández Serrano, Cristina Flores Herrero

INTRODUCCION

Los neonatos pretérminos hospitalizados están expuestos a procedimientos dolorosos con consecuencias en el neurodesarrollo. Para aliviar el dolor son eficaces las medidas no farmacológicas. En prematuros que no es posible realizar amantamiento durante el procedimiento, la leche materna extraída (LME) es una alternativa segura y efectiva.

El objetivo es describir la puntuación de dolor en pretérminos que se le administra LME como medida no farmacológica, sometidos a venopunción.

METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico, observacional y descriptivo, cuya población de estudio fueron pretérminos menores de 37 semanas de edad gestacional (EG), hospitalizados en neonatología, menores de 2500 gramos y con lactancia materna. Este estudio es preliminar constando la muestra de 99.

Según protocolos la LME se administra dos minutos previos a la venopunción por vía oral.

La recogida de datos se realizó a través de la observación, el dolor fue monitorizado con la escala Premature Infant Pain Profile (PIPP), y se midieron variables socio-clínicas. Esta información fue recopilada por enfermeras en un cuaderno de recogida de datos, estando entrenadas en la PIPP, independientes y no conociendo qué medida no farmacológica se había administrado.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó mediante medias (DS), o medianas [RIQ] si la muestra no sigue una distribución normal. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y porcentajes. Se realizó regresión lineal múltiple para describir el dolor, según variables predictoras.

Este estudio forma parte de proyecto financiado en 2012 de ayudas del *Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud* (ISCiii).

RESULTADOS

La EG media al nacer fue 31+2, mediana de EG corregida 34+2. La puntuación de dolor fue de 6 puntos. Se realizó SNN y contención durante la venopunción en el 85,9%. En el modelo predictivo muestra significación la variable peso (gramos), con un coeficiente de -0,002.

CONCLUSIONES

La LME alivia el dolor de la venopunción en pretérminos, obteniendo una pun-

tuación cercana al dolor mínimo o ausente, realizándose en casi la totalidad de la muestra otras medidas no farmacológicas como son contención y SNN.

Se necesitan más estudios en pretérminos que comparen la LME con otras medidas no farmacológicas.

INFLUENCIA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ AL NACIMIENTO EN LA TASA DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA Y OTROS FACTORES RELACIONADOS

CARMEN MARÍA SAMANIEGO FERNANDEZ, MARÍA ELENA INFANTE LOPEZ, SARA ISABEL MARÍN URUEÑA, ANTONIO HEDRERA FERNANDEZ, GARAZI FRAILE ASTORGA, MARÍA MAR MONTEJO VICENTE

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: En el año 2012 se estableció un protocolo para realizar el contacto piel con piel precoz (PCP) en los partos vaginales a término en nuestro hospital. Los objetivos de este estudio son: valorar la influencia del PCP en la tasa de LM exclusiva al alta (TLM) y estudiar otros factores relacionados con nuestra TLM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Población a estudio: Recién nacidos a término (RNT) por parto eutócico (PE) en dos períodos: febrero a julio de 2011 (grupo 1) y febrero a julio 2012 (grupo 2). Se excluyeron los recién nacidos (RN) ingresados en neonatología. Variables estudiadas: edad gestacional (EG), peso de RN (PRN), edad materna, paridad, inicio de la lactancia materna en piel con piel (ILMPCP), duración del PCP (TPCP), problemas con la lactancia materna (PLM), apoyo para solucionar problemas (APLM) y TLM. Análisis de los datos con los programas SPSS v17 y EPIDAT v3.1

RESULTADOS: Grupo 1 N=367, grupo 2 N= 308. Ambos grupos fueron comparables según PRN y EG. La TLM en el grupo 1 fue 64'6% vs 71'4% en el grupo 2 ($p=0.06$). En el grupo 2: la TLM en las mujeres con ILMPCP fue 77'6 % vs 55'2 % si no tuvo ILMPCP ($p < 0'05$). En el grupo con TPCP superior a 60 minutos la TLM fue 74'5% vs 56'5% si el TPCP fue inferior a 15 minutos. El 35'8% de las mujeres presentó PLM, siendo los más frecuentes grietas (34'2 %) y dificultad en el enganche (27'9 %). En el grupo con ILMPCP el porcentaje de PLM fue 33'2% vs 43'7 % en el grupo que no tuvo ILMPCP. La TLM en el grupo que recibió APLM fue 63'3% vs 41'7% si no recibió APLM. La TLM en multíparas fue 75% vs 67'4% en primíparas ($p < 0'05$). La TLM en los RN con peso adecuado para la EG fue 73'1% vs 52% en los RN con BPEG ($p < 0'05$).

CONCLUSIONES: El PCP en los partos eutócicos y a término ha aumentado la TLM. El aumento de la TLM es mayor si el inicio de la lactancia ocurre en PCP y cuanto mayor sea su duración. El inicio de la lactancia en PCP se relaciona con menor frecuencia de problemas. En las madres con problemas, el apoyo para resolverlos mejora la TLM. Estudiando las variables intrínsecas de nuestra población: las mujeres multíparas y los RN con peso adecuado para la EG presentaron mayor TLM.

**Antecedentes y objetivos:**

Existen numerosas publicaciones de contacto piel con piel (CPP) en paritorio, pero pocas de CPP en sala de maternidad (CPP tardío, CT). Los objetivos fueron estudiar si el CT facilita al recién nacido (RN) un estado de conciencia más receptivo a la interacción; si mira a sus padres, busca el pezón y se agarra al pecho; si reduce el nivel de ansiedad de los padres.

Material y métodos:

Estudio observacional de 31RN sanos en CT con sus madres (31) y sus padres (24).

Se diseñó una hoja de observación para valorar el comportamiento neonatal. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) para valorar la ansiedad paterna.

Se hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 19: aplicando medianas y desviaciones típicas, rango de medidas para las variables numéricas y cálculo de frecuencias para las categoriales. Se realizaron análisis Chi-cuadrado para las conductas infantiles estudiadas y para el nivel de ansiedad paterno. Se dicotomizó la variable ansiedad estado dividiendo a los sujetos en función de la mediana, quedando dos grupos equilibrados. Se realizaron pruebas t de Student para comparar la puntuación de ansiedad estado antes y después del CT.

Resultados:

Durante el CPP los RN tienden a calmarse si están llorando o en estado de alerta inquieta, a la somnolencia los que están en alerta tranquila, y, al sueño profundo los que están en somnolencia.

El CPP tiene un efecto positivo en la lactancia materna al ser el neonato quien busca el pecho solo desarrollando sus reflejos primitivos. Destacar que ninguna madre refiere dolor amamantando en esta posición. El CT practicado después de las 24 horas favorece que se desarrollen las conductas infantiles estudiadas porque el niño está más activo.

El RN se comporta de la misma manera independientemente del estado de ansiedad de los padres, ansiedad estado que disminuye significativamente en las madres y tendencialmente en los padres.

Conclusiones:

El CT permite que el neonato cambie a estados de conciencia más receptivos a la interacción, favorece que se desarrollen conductas infantiles que fomentan la lactancia y disminuye el nivel de ansiedad de los padres.

RECIÉN NACIDOS HIPERDEMANDANTES: ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

ADOLFO GÓMEZ PAPÍ, PALOMA NAVARRO DE ZUGASTI, DESIRÉE GUTIÉRREZ MARÍN, CRISTINA MAS SERRA

Con objeto de determinar si los recién nacidos delgados corrigen la desproporción peso/talla antes de los 4 meses de edad y de si existe diferencia en la velocidad de crecimiento de acuerdo al tipo de alimentación, diseñamos un Estudio prospectivo observacional de Casos y Controles.

Se estudiaron 45 neonatos, 18 Casos (niños delgados) y 27 Controles, alimentados con lactancia materna (10 casos y 13 controles) y lactancia artificial (8 y 14). Se les evaluó con medidas antropométricas desde el nacimiento hasta los 4 meses en 7 visitas sucesivas.

Utilizamos la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables cuantitativas; para determinar la relación de dependencia entre dos variables categóricas, la prueba de χ^2 ; para determinar diferencias entre controles e hiperdemandantes a nivel de variable normal, la prueba T- Student; y a nivel de variable no-normal, la prueba U de Mann-Whitney.

La muestra fue homogénea en sus características básicas. Los recién nacidos delgados pesaban menos ($p=0.001$) y presentaban una relación peso /Talla (P/T) significativamente menor que los del grupo control ($p=0.001$), sin diferencias en talla y perímetro craneal. La diferencia de peso entre delgados y controles se mantenía hasta las 4 semanas de edad y la relación P/T, hasta las 6. Todos los perímetros y los pliegues evaluados fueron significativamente menores en el grupo estudio, para igualarse progresivamente entre la 4 y la 8 semanas.

La antropometría de los niños delgados durante todo el estudio no presentó diferencias significativas de acuerdo al tipo de alimentación escogida. El 63% de los niños delgados alimentados con LM y el 72% de LA superaron el percentil 15 de P/T durante el estudio, diferencia que no fue significativa ($p=0.714$), como tampoco la semana de vida en la que lo superaron; pero el escaso número de casos con LM exclusiva durante todo el estudio nos impide determinar si el tipo de lactancia modifica la ganancia de peso y la composición corporal del niño delgado al nacer.

Según nuestros resultados, los recién nacidos delgados al nacer corrigen su desproporción peso/talla antes de los 4 meses de edad, sin poder afirmar si existe diferencia en la velocidad de crecimiento de acuerdo al tipo de lactancia.

ANTIBIÓTICO COMO POSIBLE FACTOR DE RIESGO DE MASTITIS

CINTIA BORJA HERRERO, M^a TERESA HERNANDEZ AGUILAR, BLANCA BONET YUSTE, ELVIRA MUÑOZ VICENTE, CARLOTA ABAD CASAS

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Estudios recientes ponen de manifiesto que el uso de antibiótico en el periodo perinatal puede ser un factor de riesgo de mastitis.

Durante el último trimestre del embarazo y parto, bacterias procedentes del intestino materno, colonizan la glándula mamaria, el administrar antibiótico durante este periodo puede producir una alteración de la microbiota mamaria, de tal manera que algunas bacterias pueden crecer por encima de unos límites considerados normales y en consecuencia producir una mastitis.

El objetivo de este estudio fue valorar la relación entre la administración de antibioterapia en el periodo peri-intra-parto y la incidencia de mastitis en mujeres lactantes.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de casos y controles, sobre una muestra de estudio de 109 madres lactantes. Los casos (55) mujeres con sintomatología de dolor en la mama y los controles (54) sin sintomatología de dolor en la mama. Se recogió información de la historia clínica y/o entrevista con la madre a cerca de varios factores relacionados con el parto y las prácticas de lactancia materna que podrían estar involucradas en la mastitis.

RESULTADOS: Análisis bivariante para controlar el efecto aislado de cada una de las variables estudiadas y explicar la probabilidad de padecer una mastitis a partir de las mismas. La relación entre mastitis y antibiótico entre casos y controles se analiza con la prueba de Chi-cuadrado, como medida de asociación la odds-ratio (OR), se calculan los intervalos de confianza para un error alfa de 5% (IC=95).

Los microorganismos aislados en leche materna pertenecen mayoritariamente al género de los Estafilococos epidermidis (45,5%), el segundo grupo bacteriano por orden de frecuencia los estafilococos Aureus (36,4%), menos comunes son los estreptococos (5,4%).

En el grupo de casos, la frecuencia de tratamiento antibiótico fue superior (39%) (mastitis), a la frecuencia de tratamiento antibiótico que recibieron las madres del grupo control (28%) (no mastitis) $P= 0.020$ ($<0,05$) $OR=2,66$

CONCLUSIONES:

El análisis microbiológico de las muestras de leche, proporciona a los profesionales una herramienta muy útil para el diagnóstico y el tratamiento de la mastitis.

La administración de antibiótico durante el periodo peri-intra-parto puede modificar la composición normal de la microbiota de la leche materna y ser consecuencia de una mastitis.

RESULTADOS DE LOS CULTIVOS DE LECHE MATERNA EN LAS MASTITIS PUERPERALES

EVA CAPDEVILA, LUIS RUIZ, LLUÏSA TARÈS, EDGAR PALACÍN, MARTA CASAS, NEUS FARRERÓ, NURIA BARBANY, AINHOA COCO, ANNA ASTURGÓ, RAQUEL MULA

Antecedentes y objetivos

La mastitis infecciosa es la principal causa de problemas en la lactancia. El diagnóstico de sospecha se realiza de forma clínica pero la confirmación se realiza mediante un cultivo de la leche materna. Los objetivos del estudio consisten en la determinación de los gérmenes más frecuentes y la valoración de los tratamientos aplicados, las resistencias a los mismos y la respuesta clínica.

Material y métodos

El estudio se realizó entre marzo de 2013 y diciembre de 2014. Se incluyeron las mujeres lactantes que consultaron en el Servicio de Obstetricia por dolor mamario a las que se les realizó la recogida de muestra de leche materna de ambas mamas. Se remitió la muestra a laboratorio microbiológico para cultivo y antibiograma. Se consideró cultivo positivo la presencia de más de 1000 unidades formadoras de colonias. Se pautó tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio según criterio médico. Se valoró la respuesta clínica al tratamiento y las posibles resistencias antibióticas al mismo.

Resultados

Se visitaron 233 mujeres púerperas que consultaron por dolor mamario ante la sospecha de mastitis. De éstas, un 57% se confirmó microbiológicamente, mientras que en el 43% restante los cultivos fueron negativos. Entre los cultivos positivos, en el 77% se aisló un solo patógeno y el 23% restante se informó como polimicrobiano. *S.epidermidis* fue el germen más frecuentemente aislado (48%), seguido de *S.aureus* (43%).

El 70% de las mastitis confirmadas por los cultivos se trataron con ciprofloxacino de forma empírica. Se realizó antibiograma en el 86% de las pacientes con cultivos positivos, el 98% de los cuales fue sensible a quinolonas.

El 91% de las pacientes tratadas con ciprofloxacino presentó una remisión completa de la sintomatología. El 9% restante consultó por persistencia de la clínica, que requirió cambio de la pauta antibiótica y en algún caso drenaje quirúrgico.

Conclusiones

De todas las pacientes que consultaron por dolor mamario en el periodo descrito, el 57% fueron mastitis confirmadas microbiológicamente, siendo *S.epidermidis* el germen más frecuente. En éstas, el tratamiento con ciprofloxacino fue efectivo en el 91%.

COMUNICACIONES ORALES – GRUPO C

O-C1 (903)

DETERMINACIÓN DE PERCENTILES PARA LOS NUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA DE TÉRMINOS Y PRETÉRMINOS

ISABEL MIGUEL SALAS, ALVAR SANTA CRUZ HERNANDO, DIANA ESCUDER VIECO, CÁRMEN PALLÁS ALONSO

Antecedentes y objetivo: Clásicamente se han descrito diferencias en la composición entre la leche de recién nacidos a término (RNT) y en de la pretérmino (RNPT). La mayoría de las referencias son antiguas o están basadas en pocas muestras. El objetivo es caracterizar la leche de madres con hijos RNT y RNPT en relación a nutrientes, con el fin de establecer unos percentiles que puedan tener utilidad práctica.

Material y método: estudio observacional prospectivo de muestras obtenidas de un banco de leche donada. Los datos se han determinado con un autoanalizador *Miris* y, posteriormente, se han mecanizado en una base de datos y se han clasificado en dos grupos: leche RNT y leche RNPT. Dentro de cada uno de ellos, se establecen tres subgrupos: calostro (≤ 7), leche intermedia (8-14 días) y leche madura (≥ 15 días). Se calcula la media, mediana, moda y percentiles para cada uno de los subgrupos.

Resultados: El número de muestras analizadas para la leche madura fueron de 2478 (774 RNPT y 1704 de RNT), para la intermedia 167 (115 RNPT y 52 de RNT) y para calostro 66 (37 RNPT y 29 de RNT). En la tabla 1 se muestran los resultados comparados de la leche madura de RNT y RNPT. También se disponen de resultados para calostro y leche intermedia.

LECHE MADURA	PROTEÍNA		LACTOSA		GRASA		ENERGÍA	
	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
Edad gestacional	Pretérmino N=774	Término N=1704	Pretérmino N=774	Término N=1704	Pretérmino N=774	Término N=1704	Pretérmino N=774	Término N=1704
media \pm ds	1,3 \pm 0,3	1,1 \pm 0,2	6,6 \pm 0,7	6,5 \pm 0,7	3,8 \pm 1,0	3,7 \pm 1,2	68,9 \pm 8,74	66,4 \pm 10,8
mediana	1,3	1,1	6,9	6,7	3,8	3,6	69	66
máximo	2,6	2,4	12,1	10,8	9,9	9,3	122	112
mínimo	0,5	0,2	4,7	0,8	1,3	0,6	44	31
percentil 10	1	0,9	5,8	5,7	2,6	2,3	59	53
percentil 25	1,1	1	6	5,9	3,2	2,9	64	59
percentil 50	1,3	1,1	6,9	6,7	3,8	3,6	69	66
percentil 75	1,4	1,2	7,2	7,1	4,3	4,4	73	73
percentil 90	1,7	1,4	7,3	7,3	4,9	5,1	79	80

Conclusiones: Los datos de materia grasa obtenidos se encuentran por encima de los referidos en la bibliografía y los valores de proteínas, por debajo. Esto tiene trascendencia clínica, ya que, los valores de las proteínas se toman de referencia para la fortificación de la leche para los RNPT y parecen sobrestimados. Por tanto quizás en muchos casos la fortificación que se hace sea insuficiente. Se proporcionan unas tablas de percentiles de utilidad para la práctica clínica.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION ENTERAL EN MENORES DE 1500 GRAMOS Y/O MENORES DE 32 SEMANAS: ENCUESTA NACIONAL

CLARA ALONSO-DIAZ, ISABEL UTRERA-TORRES, BEATRIZ FLORES-ANTON, CONCEPCION ALBA-ROMERO, DAVID LORA-PABLOS, ELENA BERGON- SENDIN

Antecedentes y Objetivos: La leche materna (LM) es la primera opción para alimentar a los prematuros pero para cubrir sus altas necesidades nutricionales se precisa un manejo experto y protocolizado. El objetivo fue describir las prácticas de alimentación enteral de los grandes prematuros en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de España, comparando las unidades de nivel II y III.

Material y Métodos: Se distribuyó un cuestionario sobre prácticas de alimentación enteral a los responsables de las UCIN españolas de hospitales públicos que atienden prematuros menores de 1500gr y/o menores de 32 semanas (N=95). Se realizó un análisis univariante comparando las prácticas entre unidades de nivel II(N=18) y III(N=77).

Resultados: La tasa de respuesta fue del 97%. En el 75% de las UCIN existe una guía escrita de manejo de LM con diferencia significativa entre unidades de nivel II y III (47% vs 81%, $p=0.002$). El 25% tiene acceso a leche humana donada siendo significativamente mayor en unidades de nivel III (5% vs 30%, $p=0.03$). El 46% de las UCIN inicia la alimentación trófica en las primeras 6 horas de vida. En el 89% de las unidades, el volumen máximo de LM administrado es mayor o igual a 180ml/kg/día con diferencias significativas entre los niveles II y III (70% vs 93%, $p=0.02$). Se fortifica de forma habitual la LM en el 96% de las UCIN. El 92% inicia la fortificación a partir de una cantidad fija de LM. Para modificar la cantidad de fortificante, el 59% de las UCIN utiliza la curva de peso y el 36% criterios analíticos. Solo el 9% emplea fortificante proteico puro. Para la fortificación al alta en prematuros de riesgo el 69% utiliza fórmula artificial y el 27% fortificante añadido a la LM.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad en las prácticas de alimentación enteral de los grandes prematuros en las UCIN españolas. Las unidades de nivel II presentan menor acceso a leche donada, menos guías escritas de manejo de LM y alcanzan menores volúmenes de LM. Es necesario consensuar las pautas de alimentación para reducir estas variaciones, principalmente entre niveles asistenciales.

CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD NEONATAL 5 AÑOS DESPUÉS DE LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE.

SARA VÁZQUEZ ROMÁN, ELENA BARRAJÓN FERNÁNDEZ, DANIEL CORROCHANO DIEGO, MARÍA LÓPEZ MAESTRO, CARLOS ORBEA GALLARDO, JESÚS RODRIGUEZ LÓPEZ, MARÍA SAMANIEGO FERNÁNDEZ, GERARDO BUSTOS LOZANO

Antecedentes: en una fase anterior de este estudio se demostró el impacto beneficioso en la práctica clínica de la apertura de un banco de leche en una unidad neonatal. El objetivo de esta tercera fase es comprobar que los cambios se mantienen una vez éste se ha consolidado en la unidad y si se han mejorado los resultados.

Material y métodos: estudio pre-post intervención. Se consideró intervención la disponibilidad de leche donada en una unidad neonatal tras la apertura de un banco de leche. Se realizó un estudio en tres fases: la primera antes de la apertura del banco de leche, julio-diciembre de 2005 (grupo I), la segunda inmediatamente después de su apertura; enero-junio 2008 (grupo II) y la tercera 5 años después, septiembre 2013-febrero 2014 (grupo III). Se incluyeron en el estudio los recién nacidos prematuros ≤ 32 semanas nacidos en nuestra unidad.

Resultados: tras la apertura del banco de leche la alimentación enteral se pudo iniciar 31 horas antes en el grupo II con respecto al grupo I y 33 horas antes en el grupo III. Se alcanzaron 59 horas antes en el grupo II y 61 horas en el grupo III los 100 ml/kg y 52 y 91 horas antes los 150 ml/kg/día (tabla 1). Estas diferencias son estadísticamente significativas. Además se ha observado una tendencia, no estadísticamente significativa, hacia la disminución en la duración de la nutrición parenteral y el tiempo con vías centrales. No se encontraron diferencias en la morbilidad durante el ingreso salvo una tendencia a la disminución de la NEC o perforación intestinal. La disponibilidad de leche donada durante el ingreso no ha interferido con la lactancia materna al alta, manteniéndose tasas similares en los 3 periodos (alrededor del 70%).

Conclusiones: disponer de leche donada de forma mantenida en una unidad neonatal ha permitido seguir mejorando en la práctica clínica en relación a la nutrición enteral, sin que se relajen las prácticas en relación con la lactancia materna al alta.

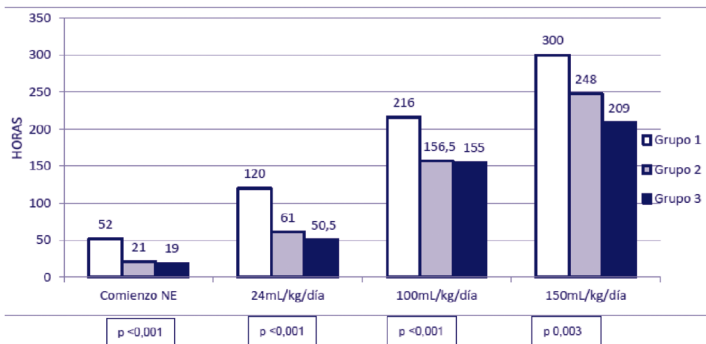


Figura 1: edad mediana de comienzo de alimentación y avance de los 24, 100 y 150 ml/kg/día en los 3 grupos de estudio.

24 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y EN LA TASA DE LACTANCIA MATERNA EN LOS PREMATUROS MENORES DE 1500 G

SALVADOR PIRIS BORREGAS, MARIA LOPEZ MAESTRO, SARA VAZQUEZ ROMAN, ANA MELGARO BORIS, NOELIA URETA VELASCO, ROCÍO MOSQUEDA PEÑA, MARÍA DEL CARMEN PÉREZ GRANDE, CONCEPCIÓN DE ALBA ROMERO, MARÍA TERESA MORAL PUMAREGA

Antecedentes y objetivos: Hay evidencia de que la lactancia materna y el mejor crecimiento se relacionan con mejor neurodesarrollo en prematuros. Nuestra hipótesis es que se pueden realizar diferentes estrategias para mejorar el crecimiento de los ≤ 1500 g sin disminuir las tasas de lactancia materna. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la velocidad de crecimiento (VC) de los niños ≤ 1500 g durante el período 1990–2013 considerando la edad gestacional (EG) así como la tasa de lactancia materna (LM) al alta.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Durante 24 años se recogieron los siguientes datos de todos los ≤ 1500 g: peso de nacimiento, EG y VC durante el ingreso. Desde el año 2000 se recogió la tasa de LM y LM al alta. En estos 24 años se modificaron los protocolos de alimentación enteral y fortificación en los años 1998, 2002, 2011 y 2012, el de parenteral en 1998, 2002 y 2010 y en el 2008 se introdujo la leche donada. La primera opción siempre fue la alimentación con LM.

Resultados: Durante los 24 años se dieron de alta 1651 niños ≤ 1500 g. Los resultados agrupados bianualmente se muestran en la tabla 1. La EG media de los niños en 2012-2013 fue de 28,79 \pm 2,58 y en 1990-1991 de 30,48 \pm 2,89 ($p=0,01$). La VC fue de 19,14 \pm 4,84 g/día en 2012-2013 y 10,77 \pm 15,53 g/día en 1990-1991 ($p<0,0001$). La tasa de LM al alta en el período 2012-2013 fue de 73,58% y en 2000-2001 de 47,95% ($p=0,0002$).

Conclusiones: En los 24 años de estudio la VC de los niños ≤ 1500 g casi se ha duplicado a pesar de incrementarse significativamente la complejidad (menor EG). Simultáneamente se ha incrementado significativamente la tasa de LM al alta con lo que queda confirmada nuestra hipótesis de partida.

	90-91	92-93	94-95	96-97	98-99	00-01	02-0	4-05	06-07	08-09	10-11	12-13
N (total)	98	112	105	132	128	171	167	152	118	153	156	159
Peso medio al nacimiento (g)	1192 ± 217	1184 ± 229	1193 ± 245	1117 ± 254	1117 ± 274	1138 ± 262	1124 ± 280	1135 ± 265	1127 ± 246	1092 ± 257	1136 ± 245	1124 ± 258
Edad gestacional media (semanas)	30,48 $\pm 2,89$	30,45 ± 3	30,42 $\pm 2,95$	29,73 ± 3	29,48 $\pm 2,82$	29,33 $\pm 2,96$	29,37 $\pm 2,69$	29,36 $\pm 2,60$	29,64 $\pm 3,04$	28,96 $\pm 2,80$	29,03 $\pm 3,02$	28,79 $\pm 2,58$
Velocidad de crecimiento media (g/día)	10,77 $\pm 15,53$	12,84 $\pm 20,37$	11,82 $\pm 14,99$	10,68 $\pm 18,83$	15,30 $\pm 5,05$	16,05 $\pm 4,07$	17,34 $\pm 4,41$	18,34 $\pm 4,09$	17,92 $\pm 5,09$	16,82 $\pm 4,16$	16,29 $\pm 5,04$	19,14 $\pm 4,84$
Tasa de lactancia materna al alta (%)	ND	ND	ND	ND	ND	47,95	52,69	63,15	61,01	64,05	73,07	73,58
Tasa de lactancia materna (%)	ND	ND	ND	ND	ND	85,96	88,02	87,50	80,50	92,81	89,74	90,56

Tabla 1: Tendencia de la velocidad de crecimiento considerando el peso y la EG durante el período 1990–2013. ND: dato no disponible.

O-C5 (939)

VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE TRANSPORTE EN UN BANCO DE LECHE

NADIA RAQUEL GARCÍA LARA, DIANA ESCUDER VIECO, MARIA LUISA DURAN ARROYO, VICTORIA FRANCO GARCIA, MARÍA ROSA SANCHEZ ALBA, MARÍA ANGELES MORANTE SANTANA, JESUS RODRÍGUEZ LOPEZ, MARÍA JOSÉ TORRES VALDIVIESO, GERARDO BUSTOS LOZANO

Antecedentes y objetivos

La distribución de leche donada a centros hospitalarios geográficamente alejados del banco de leche (BL) ha de hacerse bajo condiciones que garanticen que se mantiene congelada durante el transporte.

El objetivo del estudio es comprobar que, en las condiciones en las que se realiza el transporte de leche donada, ésta se mantiene a temperaturas muy por debajo del punto físico de descongelación (0°C).

Material y métodos

Se emplearon para el estudio los contenedores isotermos herméticos y acumuladores de frío con solución criogénica que se emplean en el transporte real. Se respetó la proporción de 3 volúmenes de acumuladores de frío por 1 volumen de leche. Se emplearon termómetros calibrados para el registro continuo de temperatura.

Se realizaron 8 pruebas de verificación en una sala del BL y 5 en el transporte real a diferentes centros hospitalarios.

En las pruebas en el BL, se rellenaron una serie de envases con el mismo volumen de leche de vaca colocando una sonda de registro de temperatura en un envase “testigo” y se congelaron a -20°C durante al menos 24 horas. Posteriormente, se colocaron todos los frascos congelados en el contenedor isotermo junto con los acumuladores de frío y se cerró. A las 2,6, 8 y 12 horas se abrió el contenedor, se anotó el estado físico de los envases y finalmente se descargaron las curvas de temperatura.

Para el transporte real, se incluyó un envase “testigo” en el centro rodeado de los envases con leche donada. Se anotó la temperatura a su llegada y se descargó la curva de temperatura una vez fue devuelto el contenedor al banco.

Resultados

En la tabla 1 se recogen los resultados de las pruebas realizadas en el BL.

En el transporte real, el rango de duración del transporte fue entre 25 y 55 minutos y el número de envases incluidos osciló entre 6 y 110. El rango de temperaturas en el destino fue entre -19.09 y -16 °C.

Conclusiones

En las condiciones en las que se realiza el transporte, se garantiza que la leche donada llegue congelada a los hospitales receptores

Tiempo (horas)	Temperatura interna del envase testigo (°C) Media (rango)	Temperatura ambiente (°C) Media (rango)
0	- 20.5 (-21.7,-18.2)	-6.6 (-8.1, -5.1)
+1	- 18.3 (-20.1,-16.5)	24.1 (23.8, 24.3)
+2	- 16.8 (-19.1,-14.8)	24.5 (23.9, 25.1)
+3	-15.1 (-16.9, -13.2)	24.8 (24.2, 25.6)
+4	-13.5 (-15.3, -11.1)	25 (24.6, 25.3)
+5	- 12.3 (-14.1, -10.5)	25.1 (24.5, 25.5)
+6	-11 (-13,-9.2)	25.2 (24.6, 25.6)
+7	-10.1 (-11.9, -9.1)	25.1 (24.6, 25.5)
+8	-9.2 (-11.1, -7.2)	25.2 (24.6, 25.6)
+9	-8.3 (-10, -6.2)	25 (24.7, 25.4)
+10	-7.5°C (-9, -5.2)	24.8 (24.3, 25.3)
+11	-7°C (-8.5, -6.7)	25 (24.6, 25.3)
+12	-6.6 (-8.1, -5.1)	25.2 (24.7, 25.6)

TABLA 1.Registro de temperatura del envase testigo y ambiental de 8 pruebas en el banco de leche

SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA LECHE HUMANA EN UNA UNIDAD NEONATAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE SU PROCESAMIENTO EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

CASILDA ARRANZ CEREZO, BEGOÑA LOUREIRO GONZÁLEZ, DIANA ESCUDER VIECO, ELENA SANTESTEBAN OTAZU, ILSA MARISELA MADRID SGUILAR

RESUMEN

Fundamentos: Los bancos de leche humana (LH) están en fase de expansión. Las guías de práctica clínica disponibles sobre bancos de LH donada (BLHD) presentan importantes discrepancias y escasa evidencia científica.

Objetivo: Comparar la calidad de la leche materna suministrada por el BLHD de un Hospital, con la leche extraída de madres para la alimentación de su hijo, ingresado en la Unidad de Neonatología (UCIN) de otro Hospital.

Objetivo secundario: Difundir la necesidad de implementar bancos de leche materna en los hospitales de referencia que cumplan los requerimientos de calidad nutricional.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, comparativo. En el que se compararán muestras de LH. Pudiendo participar las madres que cumplieran los criterios de inclusión.

Al tratarse de un estudio observacional descriptivo, sin hipótesis analítica a probar, el tamaño de muestra se fijó en 50 muestras alícuotas de LH. Y se midió la variable “acidez Dornic” para valorar su calidad.

El estudio consta de cinco fases:

- Fase 1: Evaluación de la calidad de la leche utilizando los métodos tradicionales higiénicos para la extracción de LH que están implantados en la UCIN.
- Fase 2: Análisis de datos comparando las muestras del BLHD y de la UCIN.
- Fase 3: Diseño de las intervenciones a realizar en la UCIN.
- Fase 4: Implementación en la UCIN las intervenciones aprobadas por un grupo multidisciplinar.
- Fase 5: Difusión del estudio.

Resultados: Se comparó la de acidez Dornic de la LH de la UCIN con la del BLHD, viendo que la media de la LH de la UCIN era de 5,42 con una desviación de 1,63, descendiendo esta hasta un valor medio de 2,84 con una desviación del 1,53 en el BLHD. Estas diferencias alcanzaron significación estadística (U-Mann-Whitney, $p_{\text{valor}} < 0.001$)

Conclusiones: Los resultados de este estudio han aportado información relevante a nuestra Unidad Neonatal sobre ciertos puntos críticos en torno al procesamiento de la LH y han permitido la elaboración de unas nuevas recomendaciones de extracción, refrigeración, congelación y almacenamiento que ayudaran a garantizar la seguridad y la calidad del procesamiento de la LH de nuestra Unidad y que podrían ser útiles en otros servicios de características similares.

REALIDAD ACTUAL DE LAS GUÍAS DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD Y NECESIDAD DE ORIENTACIÓN ADECUADA PARA LOS PADRES

LAURA PACHECO TORRIJO, VICENTA BIOSCA BLANCH, M^a JESUS ALBERO ALBERO, FRANCISCO JAVIER ORTELLS HUERTA, JUAN MONTANER LOSADA, LAURA ISABEL TERRIZA COTILLAS

Antecedentes:

El inicio de la alimentación complementaria (AC) es una de las consultas más frecuentes entre las madres, a partir de los 4-5 meses de edad del bebé. Las normas estrictas, inadaptadas a la realidad familiar y a las aptitudes de cada niño, dificultan la manera de afrontar estos cambios en la familia. Las madres reciben normas contradictorias, prohibiciones excesivas y estricto control de la alimentación en cantidad y horarios.

Objetivos:

Valorar la información que reciben las familias de nuestra área de salud sobre recomendaciones de inicio de la AC. Adecuar los contenidos de esta información a los principios de orientación publicados por OMS.

Material y métodos:

Recopilación de hojas informativas respecto a la AC entregadas por personal sanitario a las madres que asisten a un taller de LM. Revisión del material encontrado y de los consejos dados a las madres. Revisión de las recomendaciones hechas por OMS y Comisión Europea sobre AC.

Resultados:

Revisadas 11 hojas distintas de recomendaciones de inicio AC entregadas en nuestra comarca. Solamente 4 hablan de LM exclusiva hasta los 6 meses, y solo una especifica la conveniencia de continuar con LM hasta los 2 años o más, recomendando dar pecho antes de cada comida. De las 7 restantes, 4 recomiendan sustituir las tomas de pecho por alimentos y, en todo caso, dar pecho después de los alimentos. En 8 casos se habla indistintamente de LM y lactancia artificial (LA), sin dejar claro que la norma debe ser dar LM. Solo 3 hablan de diferentes texturas en la comida, adaptadas a las capacidades de cada niño. 5 de ellas aconsejan iniciar la AC antes de los 6 meses. 6 de ellas aconsejan introducir los alimentos individualmente para detectar alergias.



Conclusiones:

Las recomendaciones actuales sobre inicio AC en nuestra área de salud no están adaptadas a las recomendaciones de la OMS.

Es necesario diseñar un folleto con orientaciones básicas en la introducción de la AC, dando opción a las familias a adaptar la forma de dar los alimentos a cada niño, siempre que los alimentos sean oportunos, adecuados, inocuos y se den de forma apropiada.

LACTANCIA MATERNA: AYER Y HOY

MARC BORRAS ROMAN, ANA BELEN GARCIA SANCHEZ, ALMUDENA MARFIL ORTEGA,
ERNESTO MUÑOZ RÓDENAS, LUCIA CANO LOPEZ, SILVIA BORRAS ROMAN

Antecedentes y objetivos:

El estudio muestra el recorrido de lactancia materna en un periodo de tiempo concreto. Éste comprende desde la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral (1984) hasta la actualidad y el impacto económico, político y social de éste.

El objetivo es conocer la evolución e influencia de la lactancia materna en la mujer trabajadora fuera del hogar en los últimos treinta años.

Material y métodos:

Como material se ha utilizado fuentes bibliográficos, revistas digitales de diversa temática, webs oficiales de diferentes organismos. Bases de datos de fácil acceso con palabras clave: leche materna, leche artificial, leyes, lactancia y spots publicitarios entre otros.

Con este estudio tipo fenomenológico se identifica la lactancia como agente de cambio socioeconómico.

Resultados:

Se crean leyes para la lactancia, 39/1999 del 5 de noviembre.

En el plano económico, la lactancia es agente en alza con un mayor número de mujeres trabajadoras se genera un incremento de demanda: sacaleches, biberones, leche de fórmula etc.

En el medio social está obteniendo un papel relevante casi hegemónico, incrementando el porcentaje de lactancia materna versus artificial.

Conclusiones:

La evolución de la lactancia materna en un corto espacio de tiempo ha sido vertiginoso: de no tener amparo legal a tener ley propia, de la falta de apoyo del entorno sanitario y social en el pasado al encumbramiento vigente.

Con la reciente apertura económica de antaño y la autonomía de la mujer actual genera una evolución y crecimiento en productos relacionados con la lactancia así como sacaleches, pezoneras, biberones etc.

UN VIAJE POR LA LACTANCIA

NIEVES IGLESIAS HUESCA, NOELIA MACARRÓN GISBERT, PATRICIA ORTEGA SASTRE, SARA SÁNCHEZ CEBALLOS, PATRICIA SANTAMARÍA CABRERA

La lactancia materna (LM) es el mejor alimento para el bebé, sin embargo, algunas mujeres deciden la lactancia artificial por motivos médicos, laborales o psicológicos.

La LM, como proceso biológico, es una actividad cultural que afecta a las mujeres dependiendo de una serie de factores. Ha permanecido como referente para los lactantes desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX que es cuando se inicia un cambio en la forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.

En nuestra cultura, el biberón es un utensilio hacia el que existe una tendencia bastante generalizada en cuanto uso y consumo, hasta el punto de que puede parecer que es imposible criar a un hijo sin utilizarlos. Sin embargo, tienen muchos inconvenientes destacados por la OMS y UNICEF que los convierten en los menos recomendables, especialmente en el caso de madres lactantes.

Objetivo:

- Determinar las características históricas de las distintas formas de alimentación.
- Revisar la historia de la mujer ligada a la LM.
- Ver al biberón como objeto y su utilización como instrumento para ayudar en la alimentación del lactante.

Metodología:

Revisión sistemática de la literatura publicada acerca de la LM y el biberón a través de la historia como formas de alimentación. 5 bases de datos electrónicas fueron utilizadas para seleccionar la información que cumplieran los criterios de inclusión.

Los resultados fueron extraídos y evaluados a través de una síntesis metodológica.

Conclusiones:

- En pleno siglo XXI, la LM sigue siendo la mejor opción para cualquier lactante y sigue adelante a pesar de todas las transformaciones.
- La LM no sólo es una forma de alimentación, sino un medio que favorece el apego dentro de la raza humana.
- El biberón es un utensilio presente en nuestra cultura que se ha ido adaptando a sus necesidades en cuanto a la forma y material, utilizado para la alimentación artificial de aquellos niños en los que la LM no pueda ser llevada a cabo.

OBSERVACIÓN DE UNA TOMASONIA CÁMARA DEL RÍO

La observación de una toma debe ser una herramienta básica de trabajo para todos los profesionales que intervienen en el proceso del puerperio.

El póster refleja los diferentes parámetros que registramos en nuestro día a día a través de un programa informático.

Este programa, llamado "Irati", es una herramienta enfermera implantada en nuestro Servicio de Salud que recientemente ha incorporado el apartado que nos ocupa.

La "observación de una toma" se ha elaborado a partir de las últimas recomendaciones de la Comisión Europea de Salud / OMS de 2006, y se incluyen aspectos como:

- Postura de la madre y del hijo
- Lactante
- Signos de transferencia eficaz de la leche

Así, realizando una valoración individual de estos tres aspectos, elegiremos respectivamente si hay signos de amamantamiento adecuado, o de posible dificultad.

Dicha herramienta, puede ser muy útil a la hora de realizar la valoración individual de cada puérpera.

En caso de dificultad, todos los profesionales tendrán acceso a los ítems concretos que se han de reforzar para conseguir una lactancia eficaz.

Este póster reflejará de forma concisa y visual, todos y cada uno de los pasos que debemos de seguir para realizar correctamente la observación de una toma y tener éxito en el inicio de la lactancia materna.

LA POSTURA DE CRIANZA BIOLÓGICA EN EL AMAMANTAMIENTO DE GEMELOS

BEATRIZ AMODIA SOLANO, RAQUEL ALCOJOR GARCIA, MARIA LUISA SAGARDOY LUSARRETA

El amamantamiento de gemelos requiere un enorme esfuerzo y dedicación . Para que el amamantamiento de gemelos sea exitoso y feliz es fundamental la promoción de posturas que cubran las necesidades de las madres y sus gemelos. Una postura ideal debe facilitar un buen agarre simultáneo de ambos gemelos, posibilitar el descanso materno y el contacto amoroso madre-bebés y optimizar el tiempo dedicado al amamantamiento.

En el año 2008 Suzanne Colson y Kittie Frantz publican una postura llamada crianza biológica, con la madre reclinada entre 15 y 64° y el bebé encima que estimula un mayor número de reflejos-comportamientos instintivos neonatales y maternos, que favorecen el establecimiento del amamantamiento eficaz.

Esta postura de crianza biológica consideramos ofrece el entorno óptimo para que las necesidades de las madres y sus gemelos sean cubiertas en las mejores condiciones y es la intervención realizada en el caso clínico presentado de amamantamiento de gemelos.

CASO CLINICO

R. tuvo en la semana 37+1 dos gemelas. A. y V. que nacieron por cesárea urgente. A. ingresó 7 días en intensivos neonatales por anemia severa e inició lactancia materna a las 72 horas de su nacimiento mientras que V. inició al poco de nacer. Alta hospitalaria al 8º día con indicación de lactancia materna intensiva + suplementos. A. pesaba 2130 gr (-6,5% del peso natal) y V. 2000gr (- 11% del peso natal).

Dificultades al alta:

- peso límite
- mal agarre y succión ineficaz de V.
- recomendación de amamantamiento intensivo (12 tomas) y simultaneo
- descanso insuficiente

Intervención: postura de crianza biológica para las dos gemelas desde el inicio del amamantamiento.

Resultados:

- gran satisfacción materna
- lactancia materna exclusiva con buena ganancia ponderal, hasta el inicio a los 6 meses de la alimentación complementaria

COMENTARIOS

El amamantamiento de gemelos necesita un gran apoyo para que sea exitoso.

La postura de crianza biológica es poco conocida y muy útil en el amamantamiento de gemelos.

Es importante promocionar la postura de crianza biológica y dar a conocer sus beneficios entre los profesionales y las madres.

LACTANCIA MATERNA: ¿ES LA DIETA MEDITERRÁNEA PARA EL LACTANTE?

BEATRIZ OCHOA MOREDA, JUAN MANUEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, RICARDO MARTIN MARTINEZ, SARA CARRO OUBIÑA, MERITXELL VIDAL ALABA, MARTA ENERIZ GRAU

ANTECEDENTES: La Lactancia Materna (LM) es la forma ideal de aportar a los lactantes los nutrientes que necesitan para un crecimiento y un desarrollo saludables. La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida y continuar amamantando junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de edad o más.

OBJETIVOS: Dar a conocer los beneficios de la LM, Promover la nutrición materna como caminos para proteger y mejorar la salud

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la bibliografía en las bases de datos The Cochrane Library, PubMed y CINAHL. Se utilizaron los descriptores MeSH «breast-feeding» y «benefits »; «Mediterranean diet » y « benefits» No se establecieron límites.

RESULTADO: La LM promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, protege al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuyendo el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y es una forma segura de alimentación. La Dieta Mediterránea (DM) es uno de los mejores caminos para proteger y mejorar la salud, a través de esta podemos modular predisposiciones genéticas algunas enfermedades. Se ha evidenciado que no sólo protege de la enfermedad cardiovascular, sino también del envejecimiento celular y la carcinogénesis.

CONCLUSIÓN:

La evidencia científica actual señala que la leche materna y la dieta mediterránea son fuentes inagotables de beneficios para nuestro organismo. Diversos estudios epidemiológicos han relacionado estas “alimentaciones” con una menor prevalencia en la población de enfermedades cardiovascular, diabetes mellitus, obesidad y algunos tipos de cáncer. Ambos hábitos alimenticios son recomendados por la OMS. En resumen LM tiene nutrientes óptimos para el lactante y favorece la interrelación padres-hijo, es ideal para el desarrollo integral de la familia, pudiendo ser considerada la “dieta mediterránea del lactante”.

LOS CUIDADOS DEL PECHO Y LA MADRE PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFECTIVA Y DURADERA

ANA BELÉN GARCIA SANCHEZ, MARC BORRÀS ROMAN, SILVIA BORRÀS ROMAN, ALMUDENA MARFIL ORTEGA, ERNESTO MUÑOZ RÓDENA, LUCÍA CANO LÓPEZ

Antecedentes y objetivos:

El acto de amamantar para algunas mujeres puede ser complicado. Hay numerosos factores externos e internos para llevarlo a cabo de forma eficaz y satisfactoria. Estos son problemas en relación al pecho, las múltiples y diversas opiniones por parte de personal sanitario, y círculos cercanos, así como la diversa y numerosa información a la que se tiene acceso libre.

El objetivo de este estudio es intentar unificar los criterios más importantes para solucionar los problemas relacionados con el cuidado del pecho así como la confianza y autoestima de la madre.

Material y métodos:

Se realiza un estudio documental bibliográfico a través de páginas online en organismos oficiales, sanitarios y no sanitarios, así como en páginas para madres y bebés de fácil acceso. También revistas y literatura en papel. Se utilizan palabras clave como: Lactancia materna eficaz, manejo de la lactancia materna, complicaciones de la lactancia materna.

Resultados:

Tras comparar las informaciones encontradas, se ha comprobado la múltiple y diferente información que hay sobre el tema a tratar y la dificultad de las madres para poder discernir sobre ella.

La corta estancia en el hospital, la ausencia de familia cercana en casa y la pronta incorporación al trabajo lleva a disminuir o finalizar la lactancia materna ante la imposibilidad de solucionar los problemas que se presentan ante la misma.

Conclusión:

Unificar criterios en relación al cuidado del pecho y de la madre.

Formar al personal sanitario para disminuir la disparidad de criterios independientemente del hospital, asociación o comunidad autónoma a la que se pertenezca, siendo la información clara y concisa.

ABRIR LOS OJOS ANTE EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

EUGENIA MARTÍN RODRIGO, ERIKA JUAREZ MENDIZABAL, IBONE ZALDUENDO MARIJUAN, MARTA MIGUEL MARTINEZ, MARTA MONZÓN URRUTIA, IRENE CARRERA CABALLERO

INTRODUCCIÓN

La alimentación al pecho ofrece un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a problemas de salud. Sin embargo, sigue habiendo bajas tasas de inicio de la lactancia materna y en el caso de optar por ella, su duración media es corta debido a abandonos precoces.

Según la OMS, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios manteniendo la lactancia materna hasta al menos los dos años de vida. A pesar de estas recomendaciones, en la mayoría de los casos es la madre la que desteta al lactante.

Resulta necesario conocer los motivos o causas más frecuentes de destete precoz para desarrollar estrategias que permitan conseguir un mantenimiento de la lactancia de mayor duración.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, abandono, duración.

OBJETIVOS

- Identificar los factores maternos y socioculturales que influyen en el abandono temprano de la lactancia.
- Crear estrategias de apoyo para disminuir las dificultades detectadas.
- Ofrecer cuidados de calidad durante la lactancia.
- Conseguir una lactancia más duradera.


METODOLOGÍA Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos IME- Biomedicina, Enfermería 21, Cochrane, Medline, además de búsqueda de artículos de investigación publicados en Journal of Midwifery & Women's Health.

RESULTADOS

Existen factores de riesgo de destete precoz tanto en el inicio de la lactancia materna como en el mantenimiento de la misma. Destacan:

- Momento de decisión del tipo de lactancia: antes, durante o después del embarazo.
- Experiencia previa.
- Informaciones contradictorias.
- Conocimientos deficientes o erróneos.
- Edad de la mujer.

- 
- Alta hospitalaria.
 - Fin de prestación por maternidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Los estudios señalan que las principales barreras que se relacionan con el abandono temprano de la lactancia son factores modificables. Por tanto, el personal sanitario debe implicarse y tener la capacidad para detectar problemas precozmente y tomar medidas eficaces para conseguir evitar el testete precoz, entre ellas: formación profesional adecuada, criterios unificados sobre información y práctica, fácil acceso al profesional y mejoras socio-económicas.

LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL IHAN

MIREN ARRIETA BERNARAS, AITZIBER ALZAGA AMONDARAIN, MARIA JOSE AZANZA AGORRETA, ELISABETH BLARDUNI CARDON, AURORA ONA OCHOA, ARANTZAZU ARROSPIDE ELGARRESTA, ITZIAR LANZETA VICENTE, JORGE TABOADA GOMEZ

ANTECEDENTES

La iniciativa IHAN busca promover, proteger y apoyar la Lactancia materna.

OBJETIVOS:

- Duración media de la lactancia materna.
- Factores relacionados con el abandono.
- Comparar la prevalencia de lactancia materna entre un hospital acreditado y otro que no lo es.

METODOLOGÍA:

- Población: 145 mujeres que han dado a luz entre Julio 2008 y Junio 2009
- Análisis descriptivo retrospectivo.

RESULTADOS:

1. La duración media de la lactancia materna es de 7,96 meses y de 4,38 meses para la lactancia materna exclusiva.
2. Principales motivos de abandono de lactancia materna corresponden a la decisión materna.
3. Ajustado por otras variables, el hospital no es una variable significativa en ningún caso.
4. La proporción de madres que siguen con lactancia materna exclusiva a los 6 meses es significativamente mayor en el hospital no IHAN, no habiendo diferencias significativas para las tasas al primer y tercer mes.
5. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a prevalencia de lactancia materna entres los dos hospitales al primer, tercer y sexto mes.
6. La prevalencia de lactancia materna al año es significativamente mayor en el hospital no IHAN con un 46.2% frente a un 24.7%

CONCLUSIONES:

1. La prevalencia del inicio de la lactancia materna va en aumento, sin embargo no se mantiene estable a lo largo del tiempo.
2. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y nuestro estudio indica una tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses del 38.8%.
3. El no objetivar diferencias en la prevalencia de LME en el primer mes, se puede deber a que los hospitales no acreditados hacen una buena promoción de la misma.

4. Existe información adecuada sobre la lactancia materna durante el embarazo y el puerperio, sin embargo el apoyo disminuye al alta, siendo este el periodo donde más abandonos se producen.
5. Sería deseable la potenciación de la lactancia en la atención posterior al alta en los ambulatorios, por lo que creemos que es interesante la implicación de las distintas instituciones para la formación de personal que pueda llevar a cabo esta tarea.

			Hospital		Total	p-valor
			No IHAN	IHAN		
Lactancia exclusiva en el primer mes	No	Recuento	5	13	18	0,44
		%	9,62%	15,29%	13,14%	
	Si	Recuento	47	72	119	
		%	90,38%	84,71%	86,86%	
Lactancia exclusiva en el tercer mes	No	Recuento	9	27	36	0,08
		%	17,31%	31,76%	26,28%	
	Si	Recuento	43	58	101	
		%	82,69%	68,24%	73,72%	
Lactancia exclusiva en el sexto mes	No	Recuento	21	52	73	0,02
		%	40,38%	61,18%	53,28%	
	Si	Recuento	31	33	64	
		%	59,62%	38,82%	46,72%	

REGISTRO CONTINUADO DE DATOS DE LACTANCIA MATERNA - 2005/2014

MIREN IMAZ MURGUIONDO, ARANTZAZU URCELAY ECHEBERRIA, BENITA FELISA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, ICIAR CASTILLO GABILONDO, ELIZABETH BLARDUNI CARDÓN, JAVIER CALZADA BARRENA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) es un programa que pretende el incremento de la lactancia materna en el mundo mediante la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en los servicios de maternidad de los hospitales.

Si bien los recursos económicos y humanos dedicados a la promoción de la lactancia materna van en aumento; carecemos de indicadores fiables para estimar la eficacia y rentabilidad de los esfuerzos realizados.

Nuestro objetivo es analizar la evolución y situación actual de la lactancia materna en el hospital comarcal durante nuestra pertenencia al programa IHAN.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de todas las altas hospitalarias del área materno infantil durante los años 2005 - 2014.

Registros de los datos sobre lactancia materna en el Programa Gestión Bebés. Se realizaron 7198 registros según la tipo de lactancia al parto y lactancia al alta de la maternidad.

Estadística realizada en programa SPSS

RESULTADOS

De los 7198 partos incluidos en el Programa “Gestión bebés” eligieron la lactancia natural en sala de partos un 88,7% y al alta se mantenía un 84,1%.

Los partos fueron eutócicos en el 69,7%. Alrededor de 14% fueron cesáreas y un 16,2% de los partos requirió ser instrumental para su finalización.

En relación a las características de la población neonatal un 91,5% de los niños nacieron a partir de la 38 semanas de gestación. Requirieron ingreso neonatal un 2.5 %.

COMENTARIOS

- Desde nuestra primera acreditación hasta la última en proceso hemos desarrollado una creciente mejora en el registro de la lactancia alta del área materno infantil.
- Nuestra actual organización sanitaria integrada facilita la interrelación con los Centros de Atención Primaria y el hospital para lograr una acción fundamental en la promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Necesitamos conocer la duración de la lactancia materna y los factores relacionados con ella en las madres y niños de nuestra área.
- En el futuro nuestro reto es la acreditación IHAN para los distintos centros de AP.

PM-11 (871)

FACTORES RELACIONADOS CON TASAS DE LACTANCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS ENTRE LOS AÑOS 2012 -2014

CRISTINA NIETO MARTÍNEZ, MÓNICA LANZA BARRENA

En nuestro hospital, debido a la implantación de la Guía de buenas prácticas enfermeras en lactancia materna, de RNAO (Registered Nurses Association of Ontario), se inició el registro de datos relacionados con lactancia materna, de todas las mujeres cuyo parto se atendiera en el hospital.

Tras 2 años de recogida de datos, se ha procedido a comparar datos sobre embarazo, parto y características del recién nacido; para extraer posibles variables que estén interviniendo en nuestros indicadores de lactancia materna al alta.

De la base de datos se analizan los datos de 490 mujeres, con partos únicos, mayores de 35 semanas, cuyos hijos no son ingresados en la Unidad de neonatología durante las 48 horas de estancia hospitalaria estándar.

En relación al peso neonatal, se observan menores tasas de lactancia exclusiva al alta, en recién nacidos menores de 3000 gramos.

En relación a la hora de nacimiento, se observan menores tasas de lactancia exclusiva al alta, en recién nacidos con parto entre las 18h de la tarde y las 6h de la mañana; que entre los nacidos desde las 6h de la mañana hasta las 18h de la tarde.

En relación a las semanas de gestación, se observan menores tasas de lactancia exclusiva al alta, en recién nacidos con edad gestacional menor o igual de 37 semanas.

Sin obtener datos suficientemente significativos para poder aplicarlos a la población general, estos datos nos han permitido elaborar hipótesis a valorar en futuros estudios, y conocer en mayor profundidad nuestra población.

ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA TRAS EL ALTA DE MATERNIDAD: FACTORES QUE LA FAVORECEN

ROCÍO LÓPEZ RUIZ, IGNACIO DOMINGO TRIADÓ, GEMMA MUÑOZ AGUILAR, DAVID AGUILERA ALONSO, LORENA CONCEPCIÓN BERMÚDEZ BARREZUETA, PURIFICACIÓN MARÍN REINA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La base de una alimentación sana y equilibrada se fundamenta en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. Se estima que a los 3 y 6 meses la LM se mantiene en el 39% y 21% de los casos respectivamente. El objetivo es analizar la frecuencia de LM a los 3 y 6 meses del alta de maternidad en madres con deseo de LM y estudiar los factores que condicionan su mantenimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo que incluyó a madres y sus recién nacidos al alta de sala de maternidad de un hospital nivel IIb. Período de estudio entre febrero y julio de 2014 con seguimiento telefónico hasta enero de 2015. Criterios de exclusión: complicaciones maternas postparto, ingreso en Neonatología y limitación idiomática. Se realizó encuesta estructurada en maternidad y posteriores encuestas telefónicas a los 3 y 6 meses. Se incluyeron variables consideradas factores relacionados con el mantenimiento de la LM según la bibliografía. Análisis estadístico multivariante mediante regresión logística siendo la alimentación a los 3 y 6 meses la variable dependiente.

RESULTADOS

Se analizaron 319 neonatos. Al alta de maternidad se objetivó 62.1% de LM y 37.9% de lactancia mixta. Datos preliminares a los 3 meses muestran que 202 seguían con LM (46.7% LM y 16.6% L. Mixta) frente a 82 que la abandonaron (25.7%), con 11% de pérdida de sujetos. Se analizó el riesgo de abandono de LM (OR e IC95%): contacto precoz 0.31 (0.16-0.62); uso de chupete 2.90 (1.46-5.78); edad materna 0.93 (0.87-0.98); tabaquismo 3.08 (1.40-6.77); L. Mixta al alta de maternidad 2.95 (1.54-5.66); tiempo planeado de LM 0.91 (0.85-0.98) y experiencia más de 6 meses 0.21 (0.06-0.71).

CONCLUSIONES

La frecuencia de LM a los 3 meses es comparable con estudios previos de nuestro país. Se objetivan como factores favorecedores del mantenimiento de la LM el contacto precoz, el tiempo planeado de LM, la experiencia previa de más de 6 meses y la edad materna. Los resultados del estudio se pueden utilizar como punto de partida para la elaboración de estrategias que ayuden al mantenimiento de la LM.

INFLUENCIA DEL INGRESO EN LA EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS

JORGE GARCÍA EZQUIAGA, PATRICIA TORIJA BERZAL, ICIAR OLABARRIETA ARNAL, NIEVES MARTÍNEZ GUARDIA, ADELAIDA FERNÁNDEZ RINCÓN, ERSILIA GONZÁLEZ CARRASO

Introducción: la necesidad de ingreso y la prematuridad son factores que pueden influir en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna (LM).

Objetivo: analizar las tasas de lactancia materna al alta, a los 1, 2 y 6 meses de vida en recién nacidos (RN) pretérminos tardíos durante 2013-2014 y comparar los resultados en función de si precisaron o no ingreso.

Material y métodos: estudio longitudinal y prospectivo sobre el tipo de lactancia al alta, a los 1, 2 y 6 meses de vida a partir de encuestas telefónicas y revisiones en consulta de Neonatología. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: se obtienen 2 muestras:

- RN pretérminos tardíos ingresados (98)
- RN pretérminos tardíos no ingresados (83)

Tipo de lactancia en prematuros tardíos:

	Al alta	1 mes	2 meses	6 meses
Exclusiva	54%	44,7%	50%	24,7%
Suplementada	36,9 %	36,2%	31,4%	31,2%
Artificial	8,9%	19,1%	18,6%	44,1%

Tasas de lactancia materna exclusiva en prematuros tardíos en función del ingreso:

	Al alta	1 mes	2 meses	6 meses
Ingreso sí	51,6 %	38,8%	41,7%	23,3%
Ingreso no	57%	52,2%	63%	27,3%

Conclusiones: las tasas de lactancia obtenidas indican que necesitamos reforzar el apoyo a las madres y niños prematuros tardíos, tanto en su estancia en el hospital como en el seguimiento extrahospitalario. Se requieren registros para evaluar los factores que influyen en la lactancia en este subgrupo de RN.

LACTANCIA MATERNA AL ALTA EN RECIÉN NACIDOS INGRESADOS

JORGE GARCÍA EZQUIAGA, PATRICIA TORIJA BERZAL, MAITE BEATO MERINO, ANA RAYO FERNÁNDEZ, ERSILIA GONZÁLEZ CARRASCO

Introducción: La lactancia materna (LM) es el alimento de elección para el recién nacido (RN).

Objetivos:

1. Determinar la prevalencia de LM al alta en los RN ingresados en la Unidad de Neonatología de nuestro hospital.
2. Conocer los motivos de suplementación o sustitución de la LM durante el ingreso (hipoglucemia, deshidratación, LM insuficiente, deseo materno).
3. Identificar variables clínicas asociadas con lactancia materna suplementada (LMSupl) o sucedáneo de leche materna (SLM), incluyendo: edad gestacional (EG) del neonato y motivo de suplementación.
4. Identificar los RN ingresados que recibieron calostro y cuándo recibieron LM en todas las tomas según EG y días de vida.

Metodología: Realizamos un estudio prospectivo observacional con análisis de datos mediante la prueba chi-cuadrado. Se recogen datos de los neonatos ingresados durante 2013 y 2014, a través de un cuestionario completado al alta. Se consideran tres tipos de lactancia: 1: lactancia materna exclusiva (LME), 2: LMSupl, 3: SLM.

Resultados: De 464 neonatos estudiados, 62,3% al alta tenían LME, 27,5% LM-Supl y 10,3% SLM.

La causa más frecuente de suplementación fue la LM insuficiente (42%), seguido del riesgo de hipoglucemia/ hipoglucemia (33,2%), deseo materno (9,2%) ...

De los RN con LME al alta: 73% recibió SLM durante su ingreso.

La EG del neonato no se asoció con diferencias en el tipo de lactancia al alta.

Recibieron calostro hasta 92% de los neonatos ingresados, sin diferencias significativas entre la EG.

Más del 70% de los niños a término recibieron LM en todas las tomas la primera semana, siendo algo menor los prematuros tardíos (64%) y en los prematuros moderados y grandes prematuros (42%).

Conclusiones: La prevalencia de LME al alta alcanza a 2/3 de los neonatos ingresados. La mayoría de los casos en que no hay LME se deben a: escasez de LM, riesgo de hipoglucemia/ hipoglucemia neonatal o al deseo de la madre.

La EG no se asocia significativamente con el tipo de lactancia al alta. Independientemente de la EG, casi todos los neonatos ingresados reciben calostro. La mayoría toman LM en todas las tomas la primera semana, aunque esta relación es inversamente proporcional a la EG.

PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, RAZONES DE ABANDONO Y FACTORES ASOCIADOS EN 4 COHORTES DE ESPAÑA

MADALEN ORIBE AMORES, AITANA LERTXUNDI MANTEROLA, LORETO SANTA MARINA, MARIO MURCIA, MARISA ESTARLICH, FERRAN BALLESTER, CRISTINA RODRIGUEZ-DELHI, MONICA GUXENS, ADONINA TARDON, JORDI JULVEZ

Objetivos: comparar la prevalencia de la lactancia materna predominante (LMP) durante los 6 primeros meses de vida del bebé, estudiar las razones de abandono y los factores sociodemográficos asociados, en las 4 cohortes de novo del proyecto INMA (www.proyectoinma.org). Metodología: la población de estudio está formada por 2191 mujeres embarazadas seguidas desde el primer trimestre de embarazo hasta los 14 meses de edad de sus hijos/as. La comparación de las prevalencias y la identificación de los factores asociados se realizó por medio de análisis de supervivencia. Resultados: Existen diferencias entre las cohortes respecto a la prevalencia de LMP ($p < 0.001$) (Fig. 1), donde Asturias tiene el tiempo medio de LMP menor (10,5 semanas) y Gipuzkoa el mayor (16,6 semanas). En Gipuzkoa, la razón más importante para el abandono de la LMP es la reincorporación laboral (27,7%), seguida de la hipogalactia (18,7%); en Sabadell y Valencia, la hipogalactia con un 28,4% y un 27,0%, respectivamente; y en Asturias, los problemas de lactancia con un 25,1% (Fig. 2). En cuanto a la fuente de consejo para el cese de la lactancia, las madres de Sabadell se apoyan en mayor medida en el consejo de los profesionales sanitarios (35,1%), en Valencia la mayoría lo decide por su propia cuenta (92,9%). Los factores asociados con el abandono de LME son la clase social y el índice de masa corporal preconcepcional. Conclusiones: A los seis meses la prevalencia de LME en las 4 cohortes INMA es baja e inferior a la referida en otros países - Noruega, Suecia, Canadá etc -. Se debería de asesorar a las madres durante el proceso de la lactancia, mediante un seguimiento profesional, para prevenir los problemas derivados del amamante y aumentar así el tiempo de LME

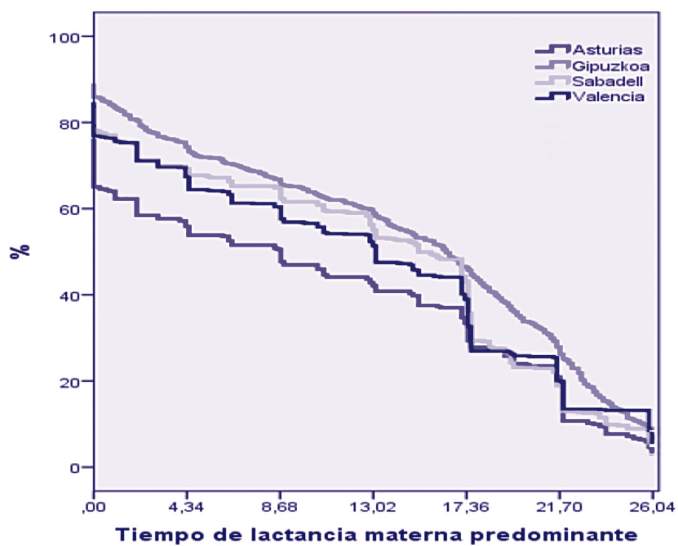


Fig. 1. Tiempo de LM predominante durante los 6 primeros meses

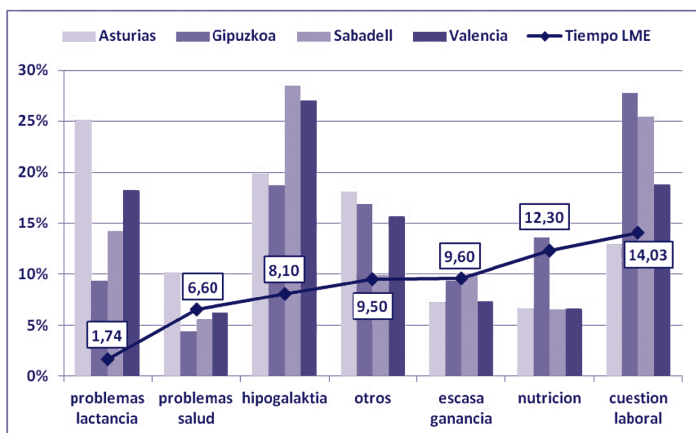


Fig. 2. Razones de abandono de LM predominante

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA AL INICIO DE NUESTRA ACREDITACIÓN COMO CENTRO DE SALUD IHAN

M^a DEL CARMEN PINO ZAMBRANO, M^a TERESA VALERA PASCUAL, ROSARIO OROZCO PEREZ, M^a JESÚS PEDREÑO GARCIA, ROSA M^a RAMOS RUBIO, ANA CANDAU MARCOS, CONCEPCIÓN MARTIN MUÑOZ, M^a CONSOLACIÓN GARCÍA MARÍN

ANTECEDENTES.- La leche materna es el mejor alimento que una madre puede darle a su bebé. Pese a los beneficios que confiere, sigue habiendo una tasa baja de inicio y una duración media menor de lo deseable. Para ello surge la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Nuestro Centro de Salud en la actualidad está iniciando la acreditación como centro IHAN.

OBJETIVOS.- Queremos saber en nuestro área de influencia al inicio de la acreditación la prevalencia de: lactancia materna al nacer, lactancia materna exclusiva a los 6 meses, lactancia materna al año y dos años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS.- Realizamos un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Llevamos a cabo una encuesta a lactantes menores de dos años de edad sobre datos de alimentación al inicio y cuando finalizemos nuestro proceso de acreditación. La encuesta está validada y recogida en las normas de acreditación IHAN.

En nuestro Centro son atendidos 780 menores de 2 años, el tamaño de la muestra a entrevistar, para que ésta fuera significativa fue de 190 lactantes. La selección se hizo de manera aleatoria.

Presentamos los resultados obtenidos en la entrevista realizada al inicio de la acreditación.

RESULTADOS.- 84% lactancia materna exclusiva en recién nacidos de 0 a 15 días de vida. 7.14% lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. 23.8% mantenían lactancia materna continuada al año de vida. 5% lactancia materna continuada a los 2 años.

CONCLUSIONES.- Cabe destacar en nuestro estudio un alto porcentaje de lactancia materna al inicio, superior a otros estudios de prevalencia. Sin embargo la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses cae en picado estando muy alejada de las recomendaciones de la OMS y de los resultados obtenidos en la última encuesta realizada en Andalucía. Creemos no obstante que nuestra acreditación como centro de salud IHAN con todos los cambios que esto conlleva influirá positivamente en modificar estos resultados.

El autor primer firmante de este trabajo, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

MARIA LUISA SANCHO RODRIGUEZ, SARA LALIENA AZNAR, JUAN JOSÉ LASARTE VELILLAS

OBJETIVO

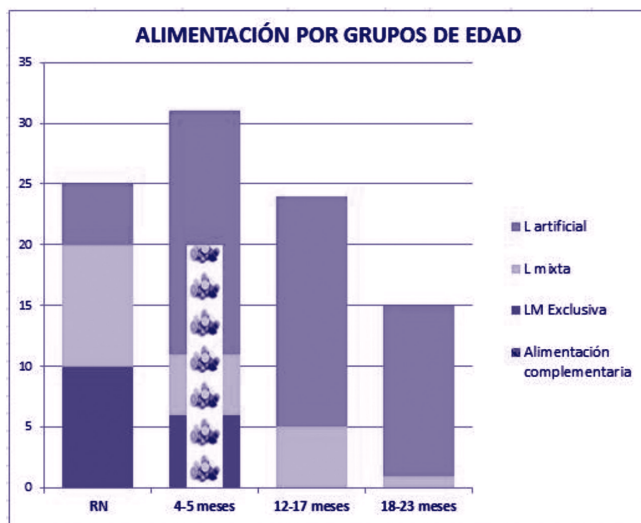
El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de lactancia materna en los lactantes menores de 2 años que pertenecen al nuestro centro de salud y conocer su alimentación durante su estancia hospitalaria y al alta.


MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo mediante encuestas telefónicas con los padres de 95 niños seleccionados aleatoriamente, por grupos de edad, entre todos los asignados a nuestro centro de salud. Las encuestas se realizaron según los métodos propuestos por la OMS y desarrollados por IHAN-España, referidas a la alimentación del día anterior y durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Distribución de la muestra por edades		
Grupos de edad	n	%
Recién nacidos	25	26 %
4 y 5 meses	31	33 %
12 a 17 meses	24	25 %
18 a 23 meses	15	16 %
Total	95	100 %





Un 53% hicieron la primera toma durante la primera hora de vida. El 83% tomaban pecho al alta hospitalaria aunque sólo el 40% de forma exclusiva.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio llama la atención que solamente un 53% de los lactantes hacen la primera toma en la siguiente hora tras el parto. Creemos que puede ser debido a determinadas prácticas hospitalarias que separan al bebé de su madre durante este período por tratarse de partos instrumentales o cesáreas en las que se mantiene a la madre en observación unas horas tras la intervención. Así mismo destaca que, aunque un 80% de los bebés salen del hospital alimentados con leche materna, tan sólo un 40% lo hacen de forma exclusiva.

Ambos porcentajes están lejos de las cifras recomendadas por la OMS.

Por otra parte, observamos que el porcentaje de lactantes alimentados al pecho va disminuyendo drásticamente conforme pasan los meses, de manera que en el grupo de 4-5 meses sólo toman pecho menos de la mitad de quienes la iniciaron (35%), aunque hay un 20% de madres que mantienen la lactancia más allá del año de edad.

En el grupo de 4-5 meses, un 65% de los lactantes ya han iniciado la alimentación complementaria. Aunque esto es acorde con la recomendación de ESPGHAN que aconseja iniciarla entre los 4 y 7 meses, la alimentación antes de los 6 meses, según recomienda la OMS, va en detrimento de la lactancia materna y por tanto de la salud del lactante y de su madre.

Los datos de este estudio nos hacen reflexionar sobre la necesidad de aumentar el número de lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva en nuestro Centro de Salud, especialmente a partir de los 4 meses de edad, momento en el que los porcentajes de bebés alimentados al pecho disminuyen notablemente, así como de tratar de retrasar el inicio de la alimentación complementaria

INICIO Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS 6 MESES: EVOLUCIÓN 2004-2013 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

ENEKO IBARRURI MARTINEZ, ESTHER GOROSTIZA GARAY, AGUEDA AZPEITIA GARCIA, MARIA ISABEL ROMO SOLER

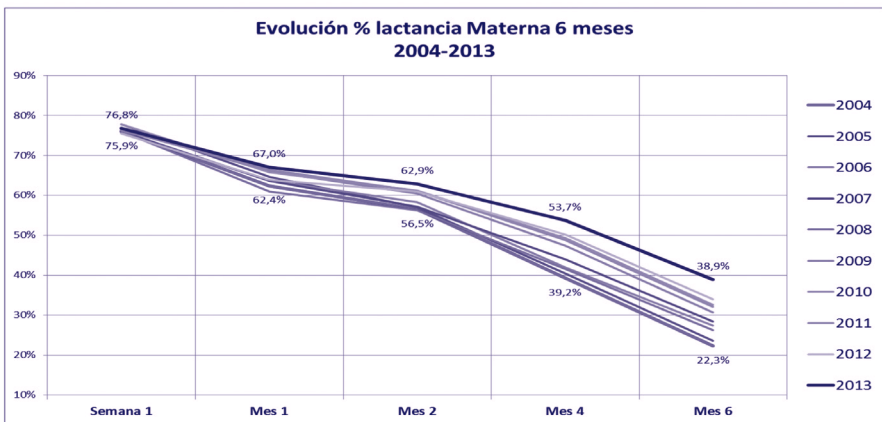
Antecedentes.- La OMS recomienda lactancia materna exclusiva (LME) durante 6 meses por su beneficio para la salud a corto y largo plazo y apunta como meta para el 2025 que un 50% de los lactantes la mantengan hasta el 6º mes.

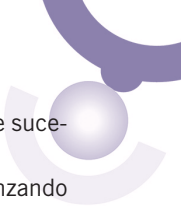
Objetivo.- Describir la evolución de la prevalencia de LM de los últimos 10 años de todos los recién nacidos (RN) atendidos en las 17 unidades de atención primaria (UAP) de nuestra Organización Sanitaria Integrada

Material y métodos.- Estudio de cohortes retrospectivo con 24578 historias clínicas de RN entre 2004 y 2013. La variable principal es el tipo de lactancia registrada en la historia informatizada en los exámenes de los primeros 6 meses. Se comparan datos anuales globales y de cada UAP mediante el test χ^2 de independencia de variables cualitativas con $p < 0.05$

Resultados.- La prevalencia de LME en la primera semana no ha variado significativamente entre los años 2004 (75,9%) y 2013 (76,8%). En 3 UAPs se constata un aumento medio de 7 puntos % ($p < 0.001$) llegando una de ellas hasta el 84,3% de LME inicial.

La prevalencia de LME a los 6 meses ha aumentado 16,6 puntos % ($p < 0.001$) partiendo de un 22,3% en 2004 y llegando a un 38,9% en 2013. En 5 UAPs el incremento es mayor de 20 puntos % ($p < 0.001$) y una de ellas consigue una prevalencia del 59,3% al sexto mes





Conclusiones.- Aunque esperábamos un aumento de LME inicial, solamente sucede en algunas UAPs y sin superar el 85%.

La prevalencia de LME a los 6 meses ha aumentado significativamente alcanzando en una UAP el objetivo marcado por la OMS. Es probable que el dato de LME al 6° mes este afectado por un sesgo de clasificación en el registro tipo de lactancia durante el segundo trimestre en el que una parte de los lactantes comienzan con alimentación complementaria.

Una actualización de los registros sobre el tipo de lactancia y alimentación evitaría sesgos y así obtener datos fiables de LME en el primer semestre.

Los datos extraídos de la historia clínica informatizada aportan información más veraz que los obtenidos en encuestas retrospectivas.

TALLER DE LACTANCIA MATERNA. RESULTADOS A 18 MESES DE UNA INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

MARIO LOPEZ MATEO, YOLANDA LANDAZABAL ISPIZUA

Introducción; La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. El apoyo a la lactancia materna es una actividad costo-efectiva debido a las patologías de la unidad madre-hijo que se previenen tanto a corto como a largo plazo.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad tras 18 meses de las actividades de promoción de la Lactancia Materna instauradas en nuestro centro.

Material y métodos; Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que se analizan las prevalencias de lactancia materna exclusiva a diversas edades coincidentes con las revisiones de salud de una consulta de pediatría de forma previa y tras la instauración de una actividad estructurada de apoyo a la lactancia materna consistente en labores de apoyo grupales, apoyo mediante una consulta específica de lactancia materna y a través de internet.

Resultados; Las cifras de lactancia materna exclusiva fueron superiores en todos los cortes de edad en el segundo año de instauración de las actividades con respecto a cifras previas (año 2011). Las diferencias se acentúan en el corte de 6 meses siendo un 22.5% superior (doblando prácticamente la prevalencia) y a los 9 meses de vida un 31,14% superior (4,5 veces). Comparados con el estudio CALINA las diferencias son muy superiores.

Así mismo la lactancia materna exclusiva en la población que no ha asistido a nuestro taller sigue una distribución similar a la referida en el estudio CALINA sin embargo en los asistentes, es muy superior, doblando la prevalencia a los 4 meses y triplicándola a los 6 meses.

Conclusiones; A la luz de los datos anteriormente citados la prevalencia de lactancia materna exclusiva en nuestra consulta de pediatría es alta comparada con nuestro entorno.

Aunque debido al diseño del estudio no podemos asegurar una relación causa efecto, la magnitud de las diferencias encontradas tanto entre los datos previos a la instauración de la actividad y posteriores como entre la población expuesta y no expuesta a la actividad grupal, nos hace presumir que esta relación pudiera existir y ser importante.

CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS DÍAS POSTPARTO

CARMEN MARÍA SAMANIEGO FERNÁNDEZ, HELENA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, ANA MARÍA MONTERO CATALINA, MARÍA ELENA INFANTE LÓPEZ, ROSA MARÍA HERNÁNDEZ SALGADO, LAURA CARRICAJO SAETA

Antecedentes y Objetivos: La educación prenatal mejora los resultados en lactancia materna (LM). Sin embargo, la información que reciben las mujeres durante el embarazo en ocasiones es contradictoria y proviene de distintas fuentes: profesionales de la salud, familiares, amigos, internet. Los objetivos de este estudio son conocer la información que reciben las mujeres y evaluar sus conocimientos sobre LM.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Población a estudio: mujeres puérperas ingresadas en el hospital entre Septiembre y Octubre de 2014. Variables estudiadas: decisión sobre alimentación, decisión libre e informada, fuentes de información, asistencia a educación maternal, conocimientos básicos, apoyo durante el ingreso. Se recogieron los datos mediante encuesta anónima, y se analizaron con el programa SPSS V17.

Resultados: Se recogieron 144 encuestas. El porcentaje de mujeres que optó por LM fue 92'3% vs 7'7% que optó por alimentación con fórmula artificial (FA). El porcentaje de mujeres que se sintieron presionadas a la hora de elegir el tipo de alimentación fue casi 3 veces mayor en el grupo de las que decidieron FA (18'2% vs 6,9%). El 54,5% de las mujeres nombró a la matrona como la fuente de información más importante, seguido de fuentes particulares de información (32'9%) y familia o amigos (12'6%). El 74.1% de las mujeres asistió a los cursos de educación maternal, de las cuales al 80.2% le pareció recibir suficiente información. En cuanto a los conocimientos básicos sobre LM sólo el 20'67% de las mujeres con LM contestó correctamente a todas las preguntas. El 91,5% de las mujeres refirieron sentirse aseroradas en relación con la LM durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres eligieron la LM como la mejor opción para su bebé. La matrona ha sido la responsable de dar la información prenatal sobre LM en más de la mitad de los casos. Aunque la mayoría de las mujeres han asistido a educación maternal y refieren tener suficientes conocimientos en lactancia materna, un alto porcentaje no tiene afianzados los conocimientos básicos. Por tanto, creemos que es importante establecer diferentes estrategias para mejorar la educación de la mujer sobre lactancia materna, dando información clara y homogénea.

CONSULTAS REALIZADAS POR LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA LACTANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

ISABEL BAÑO PIÑERO, MANUEL CANTERAS JORDANA, CÉSAR CARRILLO GARCÍA, MARÍA JESÚS RUÍZ GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ PÉREZ, MARÍA EMILIA MARTÍNEZ ROCHE

Antecedentes y objetivos: Para fomentar las labores de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, resulta necesario conocer todos los aspectos relacionados con la dimensión “consultas de lactancia”. Nos planteamos como objetivo del estudio, valorar los principales motivos de consulta así como los profesionales o servicios de apoyo a la lactancia más demandados por las mujeres que lactan de la Región de Murcia.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo observacional, por medio de un cuestionario validado. La muestra fue de 190 mujeres que acudieron a 4 Centros de Salud, durante los meses de Junio y Julio de 2014. El criterio de inclusión para las mujeres que participaron en el estudio fue que estuvieran dando o hubieran dando el pecho a algún hijo.

Resultados: El principal motivo de consulta fue la mastitis (41,4%), seguida de “tengo dudas sobre si mi bebé se queda con hambre” (34,3%). Del total de mujeres que participaron en el estudio, el 87% reconoció haber tenido algún problema durante la lactancia, pero solo el 77,5% de éstas consultó su problema o duda con algún servicio de apoyo a la lactancia. Resulta curiosa la influencia de los amigos o familiares, siendo éstos los más consultados para resolver dudas o problemas relacionados con la lactancia (76,3%). Los profesionales más demandados fueron los pediatras (34,3%), seguidos de las matronas (26,6%) y las enfermeras de maternidad (20,1%). La media del número de consultas fue de 1,20. En la mayoría de los casos (62,7%) los problemas aparecieron durante las tres primeras semanas de vida del bebé, coincidiendo en este caso, con el periodo más frecuente de consultas.

Conclusiones: Los resultados revelan que la mayoría de mujeres tienen algún problema relacionado con la lactancia durante las tres primeras semanas de vida del bebé, pero en muy pocas ocasiones acuden a un profesional destinado a tal efecto, siendo por contra, el apoyo no profesional como amigos o familiares el más demandado por éstas.

OPINIONES Y EXPERIENCIAS DE MADRES ADOLESCENTES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ANNA PAYARÓ LLISTERRI, LUCIA ZAMORA DELMÁS, JULIA CID VAQUERO, LAIA AGUILAR CAMPRUBÍ, JUDIT PELEGRÍ ALVAREZ, SONIA GARCIA IBÁÑEZ

Antecedentes y objetivo: Desde el año 2010 se lleva a cabo en un ambulatorio de Catalunya un programa específico de atención a madres adolescentes. Desde su fundación, la educación y el apoyo a la lactancia materna (LM) ha sido una de las prioridades. En éste trabajo, pretendemos averiguar los motivos por los que las usuarias dan o no dan el pecho, las dificultades encontradas, el motivo de destete, lo que más les gustó y sus fuentes de soporte.

Método: Hemos convocado a las madres, a través del Facebook, a ser entrevistadas. De las 222 usuarias que tienen Facebook, 34 han accedido a rellenar el cuestionario.

Resultados principales:

Motivos de dar el pecho: 41,6% salud del recién nacido (RN) 20,8% vínculo, 8,3% barato, 8,3% cuerpo y salud madre, 6,2% fácil, 14,8% otros

Motivos de no darlo: 16,6% por comodidad (decisión previa) 83,4% se quedaba con hambre.

Duración de la LM media: 12,3 meses (44% aún dan el pecho)

Dificultades: 24,3% sin dificultades, 18,9% grietas, 13,5% agarre, 10,8% mordeduras, 32,5 % otros.

Motivo de destete: 26,6% el bebé era demasiado mayor, 13,3% dificultad en el destete, 13,3% hospitalización/medicación, 13,3% el niño rechazó, 10% volver a clases/trabajo, 33,5% otros.

Lo que más les gustó: 73,9% momento tierno, mimoso, único entre madre y bebé, 11,1% se dormía en mi pecho, 15% otros.

Ayuda recibida: 40,4% comadronas del programa, 23,8% madre, 14,2% hospital, 4,7% pareja, 16,9% otros.

Conclusiones:

La elaboración de este trabajo nos ha sido muy beneficiosa para conocer las motivaciones y la problemática más relevante con la que se encuentran nuestras usuarias para así poder incidir más concretamente sobre aquellos aspectos que nos permitan obtener aún, unas tasas más altas de lactancia materna.

Tenemos en cuenta que la limitación principal del estudio es la predisposición y voluntariedad de las chicas en participar. Notamos que han tendido más a responder aquellas con experiencias beneficiosas respecto la lactancia materna. Aun así, anotamos que es primordial el soporte precoz de la LM en el hospital o en el domicilio y la promoción de la asistencia temprana a los grupos de postparto para de evitar ceses precoces involuntarios de la lactancia materna.

¿CÓMO VIVEN LAS MADRES EL PROCESO DE LACTANCIA?.

MARTA DIAZ GÓMEZ, MARIA RUZafa MARTÍNEZ, CONCEPCIÓN DE ALBA ROMERO, SUSANA ARES SEGURA, ISABEL ESPIGA LÓPEZ, LEONARDO LANDA RIVERO, PAULA LALAGUNA MALLADA, M^a JESÚS RUIZ GARCÍA, ISABEL CASTELLO LÓPEZ,

Antecedentes y objetivos: La mayoría de mujeres reconocen los múltiples beneficios de la lactancia materna (LM), pero con frecuencia surgen barreras que les impiden amamantar durante el tiempo recomendado. El objetivo de este estudio ha sido conocer las dificultades percibidas por las madres para iniciar o mantener la LM.

Material y métodos: Estudios observacional transversal. 569 madres (32.5±4.6 años) con hijos menores de 2 años, residentes en España cumplimentaron un cuestionario estructurado, mediante entrevista on-line.

Resultados: El 12% de las mujeres entrevistadas no habían dado el pecho a sus hijos. El principal motivo fue problemas con el pecho en lactancias anteriores.

El 60% de las madres habían suspendido la LM cuando respondieron al cuestionario. La edad del destete fue más precoz en las madres con ingresos familiares < 2000 euros mensuales (5.9±3.8 vs 7.0±3.8 meses, p=0.01). El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%), seguida de la incorporación al trabajo (18%).

El 28% de las madres continuaban dando el pecho, pero casi la mitad de ellas (48%) estaban con lactancia mixta. El principal motivo para introducir el biberón fue la incorporación laboral (39%).

Al ser preguntadas sobre quien había tenido mayor influencia en su decisión de amamantar, el 67% señaló que ellas mismas, seguido de la familia (26%) y la matrona (20%). El segundo lugar entre los profesionales sanitarios que habían influido lo ocupaba el pediatra. La mayoría de las madres consideraban que su pareja le apoyaba en todos los aspectos de la lactancia (8,7±2.0 puntos, sobre una escala de 10).

Los principales inconvenientes de la LM percibidos por las madres fueron: la dificultad para combinar la LM con la actividad laboral, dar el pecho en lugares públicos y los despertares nocturnos del bebé.

Conclusiones: Una mala experiencia en la lactancia puede condicionar la decisión materna sobre el método de alimentación en futuros hijos. Para mejorar los índices de lactancia es importante aumentar la autoconfianza materna en su capacidad de lactar, que las empresas incorporen cambios para impulsar la LM y desarrollar leyes que protejan la LM en público.

PM-24 (947)

SATISFACCIÓN MATERNA CON EL APOYO PROFESIONAL, CONFIANZA PARA AMAMANTAR Y EXCLUSIVIDAD DURANTE EL INGRESO.

MARIA CONSUELO CAÑAMAS OCHOA, ROSA MARTORELL MESTRE, JOAN MONTANER LOSADA, AMPARO EXOJO MORALES, MIGUEL RICHART MARTINEZ, ANTONIO OLIVER ROIG

INTRODUCCION

Nuestro hospital tiene una tasa de lactancia materna exclusiva (LME) al alta de 75% y una cultura generalizada de apoyo a la lactancia entre los profesionales.

OBJETIVO

Determinar la relación entre el apoyo que prestan los profesionales con el nivel de confianza para amamantar de las madres y la tasa de LME durante el ingreso.

METODOLOGÍA

Muestra accidental de 88 mujeres lactantes con recién nacidos sanos, atendidas en un hospital general. Cumplimentaron un cuestionario antes del alta hospitalaria, sobre la satisfacción de la información que proporcionan los profesionales tras el parto, y durante el ingreso, los mensajes contradictorios de los profesionales, la seguridad para amamantar y el tipo de lactancia durante el ingreso.

Los ítems de apoyo profesional se midieron mediante escalas de respuesta tipo Lickert de 5 puntos, considerando óptimas puntuaciones ≥ 4 . La seguridad para amamantar se midió mediante la escala BSES-SF.

Para detectar diferencias entre grupos se utilizaron las pruebas T de Student y Chi 2 según procedieran.

RESULTADOS

Edad media de 31.11 años. El 52,8% tenían niveles de estudios de Bachiller .

Un 60,9% fueron primíparas, y el 77,3% tuvieron partos vaginales.

La tasa de LME durante el ingreso fue de 75,5%.

El 63%, 74% y 67% consideraron óptimas la ayuda profesional tras el parto, durante el ingreso y la información ofrecida, respectivamente. La media de puntuación BSES-SF fue de 50,95 (P50 en datos poblacionales españoles).

Las mujeres con menor puntuación BSES-SF ofrecieron LME en menor proporción ($t= 2,57$, $p=0,12$). La tasa de LME y las puntuaciones de la escala BSES-SF no se relacionaban con la puntuación de los ítems de apoyo profesional.

CONCLUSIONES

En un contexto con altas tasas de LME al alta, la falta de seguridad materna es un factor que explica la menor exclusividad. Recibir seguridad de los profesionales no es una expectativa de las madres, que están satisfechas con el apoyo recibido, aunque se sienten menos seguras. Aunque no sea una demanda explícita, es necesario que las intervenciones de apoyo incluyan acciones para aumentar la seguridad de las madres para amamantar.

BARRERAS EN LA APLICACIÓN DEL CPP SEGÚN EL TIPO DE PARTO Y SU EFECTO EN LA LME

MARIBEL LOPEZ GARCIA, JOSUNE MARTINEZ DE LEJARZA ELORRIAGA, VICENTA DEL CAMPO JIMENEZ

Introducción:

El contacto piel con piel(CPP) tras el nacimiento se relaciona con lactancias más fáciles y de mayor duración.

El objetivo de este estudio es constatar si las dificultades (organizativas y estructurales) para poder realizar este CPP inmediato en los distintos tipos de partos (cesáreas y vaginales), están relacionados directamente con la LME al alta.

Metodología

Se analizaron los datos correspondientes a todos los nacimientos en nuestro hospital desde 1 de enero al 31 de diciembre del 2012.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo para conocer las características de la muestra. Se analizó además la asociación entre la LME al alta y otras características mediante el estadístico Chi-cuadrado para variables cualitativas y el estadístico exacto de Fisher en el caso de las variables dicótomas.

Resultados:

Valorando una muestra de 454 casos de diferentes tipos de partos, se obtiene un resultado de 83.6% de LME al alta, un 9,9% de lactancia mixta (6,8% lactancia mixta puntual, 3,1% lactancia mixta al alta) y un 6,4% de lactancia artificial. El 71,3% fueron partos eutócicos, el 17,5% partos instrumentales y el 11,4% cesáreas (6,8% programadas, 4,3% urgentes).

En los partos eutócicos el porcentaje de LME es del 88,1%. En las cesáreas, en cambio, es del 60% en las programadas y del 62,2% en las urgentes. La diferencia en la proporción de LME al alta entre los partos eutócicos y las cesáreas es estadísticamente significativa.

Conclusión

En nuestros resultados se observa la asociación entre el tipo de parto (cesárea o vaginal) y la LME al alta.

Constatando que la única diferencia entre los distintos tipos de parto es el momento en que se realiza el CPP (vaginal inmediatamente y cesárea pasadas aprox. 2h) consideramos que con un cambio estructural y organizativo que favoreciera el CPP inmediato en las cesáreas se podría conseguir un aumento en la LME al alta.

DESCRIPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN ÁREA METROPOLITANA

M ISABEL MATILLA MONT, EMILIA RUIZ MARISCAL, NOELIA RODRÍGUEZ BAILÓN, DOLORS RUBIRA FELICES, SALUD BARRAGAN MARTÍN, JENIFER MARTÍNEZ MATEO

INTRODUCCIÓN

La leche materna (LM) es el alimento ideal para el niño durante los 6 primeros meses de vida. Una educación sanitaria pre/post parto sensibilizada en la materia favorece la duración de la LM.

Este trabajo es parte de un estudio multicéntrico para revalorar la LM en un municipio urbano metropolitano.

OBJETIVO

Conocer la situación actual de LM en nuestra población y el cumplimiento de recomendaciones internacionales en el Protocolo de Actividades Preventivas en la Edad Pediátrica en los centros sanitarios (CS)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo a través de revisión de historias clínicas (HC) con una muestra de 197 niños/as nacidos/as en 2010, desde el nacimiento a los 24 meses, pertenecientes a CS del municipio. Se recogió datos de la madre: nivel de estudios, situación laboral, tipo de parto, participar en un grupo de apoyo (GAM) y del niño/a: tipo de alimentación hasta los 2 años, motivos de cese, introducción de alimentación complementaria, visitas de urgencias a hospital e ingresos.

RESULTADOS

Analizamos HC de 106 niños y 91 niñas. El nivel de estudios de las madres son primarios en 25,4%. No trabajan el 50% de madres que constan. En la primera visita están con LM exclusiva 56,9% de las criaturas, al mes 45,2%, a los 6 meses 24,4%, al año 16,8% y el 7,6% a los 2 años. Participan en un GAM el 9,6% de las madres. Se desconoce el motivo de cese de lactancia en un 40%, quedarse con hambre y dolor al mamar está entre los 3 primeros motivos. El 85% de criaturas han introducido sólidos antes de 6 meses. El 7% son potitos en fruta y cereales. Los sólidos sustituyen el 25,45% de tomas de LM.

PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA PAPEL FUNDAMENTAL DEL PERSONAL SANITARIO

LORA STOYANOVA IVANOVA, NOELIA VENTURA, LUCIA BURGOS CUBERO, EVA PEREZ, MARTA ESPARZA, SANDRA MOYA

Antecedentes y Objetivos

La política hospitalaria y el apoyo profesional influyen positivamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (LM).

Se ha comprobado un aumento de la prevalencia y duración de la LM, poniendo en práctica los “Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural”.

Objetivo: Conocer la realidad de la LM en un hospital comarcal e identificar los factores relacionados con su instauración.

Material y Método

Estudio descriptivo-retrospectivo, realizado entre enero y diciembre del 2014.

Las variables estudiadas fueron: tipo de parto, nacionalidad, % de pérdida de peso al alta, frenotomía, uso de pezoneras, LM anterior y al alta.

La principal variable de resultado fue la instauración de la LM.

Se ha realizado un análisis bivariante en el que se relaciona la instauración de la LM con cada uno de los factores.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron 670 partos (68.6% eutócicos, 7.6% distócicos, 23.8% cesáreas).

El inicio de la LM fue de 87% y al alta hubo un abandono del 1.9%.

La media de pérdida de peso del recién nacido fue de 6 %.

En madres inmigrantes el inicio de la LM fue un 8.7% superior respecto a madres españolas.

El 41% de madres que iniciaron LM, habían lactado previamente.


En el 5% de los casos con dificultades se resolvió con el uso temporal de pezoneras y en el 3% se realizó frenectomía.

Conclusión

Gracias a los cambios asistenciales basados en la “Incitativa Hospital Amigo de los Niños” aumentaron las tasas de inicio de LM.

La actuación del personal sanitario fue fundamental en:

- Visita e información multidisciplinaria prenatal en el hospital
- Iniciar la primera toma en sala de partos en contacto piel con piel
- Separación cero: realizar exploraciones y pruebas diagnósticas amamantando
- Realizar observaciones de tomas en cada turno

- 
- Restricción del uso de chupetes
 - En caso de pérdida de peso excesiva: primero valorar lactancia y luego iniciar suplementos con vaso/ jeringa
 - En caso de alta precoz: valorar lactancia en 24h
 - Mantener formación actualizada.
 - Revisión de casos clínicos de LM
 - Celebración anual Semana de LM

TASA DE LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS MEDIANTE PARTO EN EL AGUA

FERNANDO SÁNCHEZ PERALES, IRENE FERNANDEZ DE LA TORRE, EVA PARRA CUADRADO

Existe amplio consenso en cuanto a la relación existente entre la asistencia al nacimiento y el tipo de lactancia.

Nuestro hospital ofrece la posibilidad de parto en el agua en aquellos que son de bajo riesgo obstétrico.

Percibimos que las madres y sus parejas que desean realizar parto en el agua son más proclives a la lactancia natural.

OBJETIVO

Comparar la tasa de lactancia materna exclusiva al alta en nuestros recién nacidos bajo parto en el agua frente a las tasas de lactancia globales de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro en base de datos en programa Excel® del tipo de lactancia al alta de todos los recién nacidos.

De ellos obtuvimos la tasa global (en todos los nacidos en nuestro hospital) de lactancia materna exclusiva al alta y la tasa en los nacidos mediante parto en el agua.

RESULTADOS

Fueron un total de 169 partos con expulsivo en el agua. 165 con LM exclusiva (97.6%). 1 L. Artificial por deseo materno (0.59%). 3 fueron lactancia mixta (1.7%) por los siguientes motivos:

- 1 por pérdida excesiva de peso y enganche no favorable por pezón retráctil, que precisó suplementar las tomas con leche materna extraída y fórmula de inicio
- 1 por deseo materno
- 1 por hipoglucemia

7 precisaron ingreso en la unidad neonatal por distintos motivos todos ellos con LM exclusiva.

La tasa de lactancia global actual es del hospital es del 95.3%

CONCLUSIONES

Aunque la tasa de lactancia materna en los recién nacidos mediante parto en el agua es ligeramente superior, la diferencia con la tasa global de lactancia no es estadísticamente significativa (IC 95% 95.23% - 99.97%), probablemente porque esta última ya es muy elevada.

Sería interesante comparar las distintas tasas según el tipo de parto elegido, por ejemplo con o sin anestesia epidural.

P-29 (854)

SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD NEONATAL

LORENA NAVARRO PORTILLO, MAR MARINEZ BENITO, JOSEFA ORQUIN NAVARRO

Introducción: La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. No sólo por el vínculo establecido entre la madre y el bebé sino también por el aporte de sus nutrientes altamente beneficiosos en lactantes pretérminos.

La mayoría de los estudios muestran que la tasa de lactancia de los prematuros es más baja que entre los recién nacidos a término en buena salud. Por ello, nos planteamos conocer la situación de la alimentación materna en neonatos ingresados en nuestra unidad.

Palabras clave:

Lactancia materna, apoyo, suplemento, seguimiento, diagnóstico.

Objetivo:

1-Conocer porcentaje de lactantes amamantados que al alta de la unidad neonatal reciben lactancia materna exclusiva y/o mixta

2-Identificar los distintos procesos de la lactancia materna eficaz y/o ineficaz del servicio de la unidad neonatal

Material y métodos:

Periodo comprendido desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Estudio descriptivo de los neonatos que ingresan en la unidad neonatal y reciben lactancia materna exclusiva y/o mixta, para ello realizaremos un seguimiento del tipo de lactancia recibida a los 15 días, al mes y a los 3 meses del alta de la unidad neonatal, teniendo en cuenta los días de ingreso en la unidad, la edad gestacional, peso, patología de ingreso, intención de lactancia, tipo de suplementación de lactancia y materiales utilizados por ello.

INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA

MARIA DEL MAR MARTINEZ BENITO, LORENA NAVARRO PORTILLO, CRISTINA MARTINEZ PORCAR

Introducción: Desde el Grupo de ayuda a la lactancia materna de nuestro hospital, observamos la necesidad de investigar, para poder ayudar a las madres y familias a tomar una decisión correctamente informada sobre el modo de alimentación que requieren sus hijos, así como contribuir a que las madres que deciden amamantar reciban por parte de los pediatras apoyo y ayuda eficaz en el inicio y mantenimiento de la lactancia. Y en caso de problemas de lactancia, los pediatras realicen un diagnóstico y tratamiento correctos.

Palabras clave: lactancia materna, apoyo, registro, evolución

Objetivo:

Ayudar a que todas las madres con intención de la lactancia materna para que lo consigan tras el alta hospitalaria

Proponer áreas de mejora

Material y métodos:

Estudio descriptivo del tipo de alimentación de los lactantes nacidos desde enero hasta mes de abril inclusive del 2013 con la finalidad de obtener una serie de resultados e indicadores de la lactancia materna, para analizar las conclusiones y establecer áreas de mejora

Utilización de proceso de datos con Excel 2010

Resultados

Tasa de lactancia materna, mixta y artificial al alta


Tipo de lactancia al ingreso y al alta

Momento del cambio de lactancia materna: introducción de ayuda, cambio a lactancia artificial y otras intervenciones

Eficacia de la consulta de lactancia

Conclusiones:

- Es imprescindible contar con el estado de ánimo de la madre
- La recogida de datos ha sido muy dificultosa: información dispersa o inexistente, registros manuales
- Falta uniformidad de criterio en el manejo de los recién nacidos con problemas de inicio de lactancia materna y en el modo correcto de intervenir
- Los recién nacidos que se vigilan más y en los que se registran las incidencias se benefician de una intervención más precoz y recuperable (ayudas ocasionales frente a abandono)
- La tasa de lactancia materna baja del 77% de la intención inicial en el parto al 70% al alta del hospital

- 
- Es frecuente el abandono en el momento del alta a petición voluntaria de la madre, pero no se registran prácticamente incidencias previas que lo justifiquen, ni tampoco necesidad de intervención
 - La pérdida de peso >8% parece ser el único factor de cambio en el 25% de los casos, cuando puede estar influida por otros factores y por sí sola no es criterio de suplementación
 - La cita precoz en consultas externas o atención primaria se muestra eficaz para recuperar la lactancia materna en los casos de lactancia mixta al alta

Áreas de mejora

- Estandarizar el registro del tipo de lactancia y su evolución mediante una escala en la historia clínica para agilizar su monitorización
- Selección de recién nacidos con factores de riesgo o valoración baja en la escala para una atención específica y vigilancia más estrecha
- Unificación de criterios para administrar suplementos y el modo y momento de hacerlo
- Cita precoz en la consulta externa o en atención primaria en todos los casos de lactancia mixta para retirarla

FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA: LA TRANSICIÓN DE PROYECTOS PUNTUALES A UN ENFOQUE ALINEADO CON LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL

INÉS MARTÍNEZ DE ALEGRÍA ALONSO, BELÉN ABARCA SANCHIS, CRISTINA OLIVER BARRECHEGUREN, CONSUELO SOTO LUCÍA, ROSA PLA MESTRE, CARLOTA SERIÑÁ RAMÍREZ

OBJETIVOS:

Incorporar formación acreditada en lactancia materna como programa de formación institucional, facilitando conocimientos y habilidades hasta alcanzar al menos el 80% por categorías profesionales del personal de paritorio, obstetricia y neonatología, que permitan hacer realidad esta estrategia institucional, adecuando los recursos a la estrategia de apoyo a la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO:

- 1- Creación de un **Comité de Lactancia**
- 2- Creación de un **grupo de formación** dentro del Comité de Lactancia:
 - Crear un Grupo de Formadores.
 - Organizar Cursos teórico-prácticos de Promoción y Apoyo a la lactancia materna.
- 3- **Encuesta a los profesionales** para evaluar el interés y conocimientos en lactancia materna de los mismos.
- 4- **Diseño y desarrollo del programa de formación** a partir de dos proyectos financiados de investigación.
- 5- Oferta de **formación continuada** del Hospital.

Tras la realización de un curso de Formación de Formadores, se han realizado de forma anual y desde el año 2010 cursos de formación en lactancia materna de 18 horas acreditados por la IHAN.

RESULTADOS

Número de cursos de formación realizados: Cursos de 18h: 22

Número de alumnos formados: 33 formadores y 492 en cursos de 18h tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, de todas las categorías profesionales, incluidos los residentes de Pediatría, Obstetricia, Matrona y Enfermería Pediátrica.

Mejora de conocimientos conseguida con la formación: A través de los resultados de los test alumnos pre y pos formación.

Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva al alta:

Año 2010: 40,3% (Pre intervención) Año 2013: dato preliminar 60%

CALIDAD PERCIBIDA POR LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA LACTANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

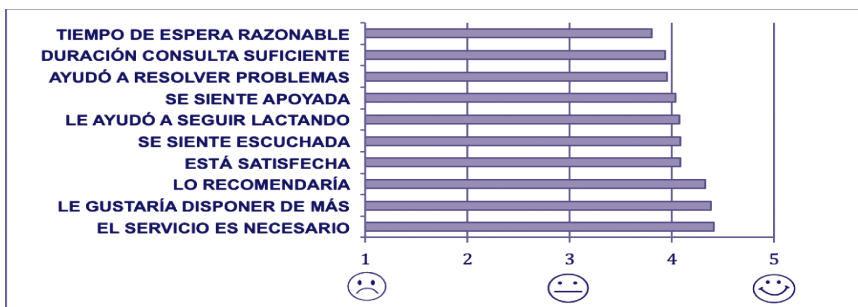
ISABEL BAÑO PIÑERO, MANUEL CANTERAS JORDANA, CÉSAR CARRILLO GARCÍA, MARÍA JESÚS RUÍZ GARCÍA, ANTONIA CAMPOS MARTÍNEZ, MARÍA EMILIA MARTÍNEZ ROCHE

Antecedentes y objetivos: En los países desarrollados sanitariamente, la calidad percibida es una herramienta imprescindible en la gestión sanitaria. Por ello, nos proponemos como objetivo general de éste estudio, analizar y describir la calidad percibida por las usuarias de las redes de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia.

Material y métodos: El diseño del estudio se plantea desde un marco cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal. El instrumento utilizado para el estudio, fue un cuestionario pertinente y válido a nivel de contenido y de constructo, capaz de medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia a través de 5 dimensiones; siendo el principal componente, la satisfacción o calidad percibida.

El estudio se realizó de Junio a Agosto de 2014, en el Área I de Salud de la Región de Murcia, a un total de 170 mujeres que acudieron a la revisión del niño sano de su Centro de Salud, que contaron con alguna experiencia sobre lactancia y que quisieron participar en el estudio de forma desinteresada. Los resultados fueron posteriormente analizados con el programa SPSS Statistics 20.0.

Resultados: La calidad percibida por las usuarias se midió por medio de una pregunta tipo Likert que se desarrolló a través de doce afirmaciones. Las cinco categorías de respuesta para cada ítem fueron “total desacuerdo (1)”, “desacuerdo (2)”, “neutral (3)”, “de acuerdo (4)” y “totalmente de acuerdo (5)”. Aunque el 65,1% de las mujeres estaban totalmente de acuerdo con la afirmación de “me gustaría disponer de más redes de apoyo a la lactancia”, la puntuación media sobre la calidad percibida sobre los servicios fue alta, oscilando de un 3,8 a un 4,38 sobre 5. El 82,9% estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de “recomendaría el servicio consultado a cualquier amigo o familiar” y al 85,8% le pareció necesaria la red de apoyo a la que acudió.



Conclusiones: Los resultados demuestran que la mayoría de usuarias de las redes de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia se sienten satisfechas con los servicios recibidos. Pudiendo afirmar que la calidad percibida es buena.

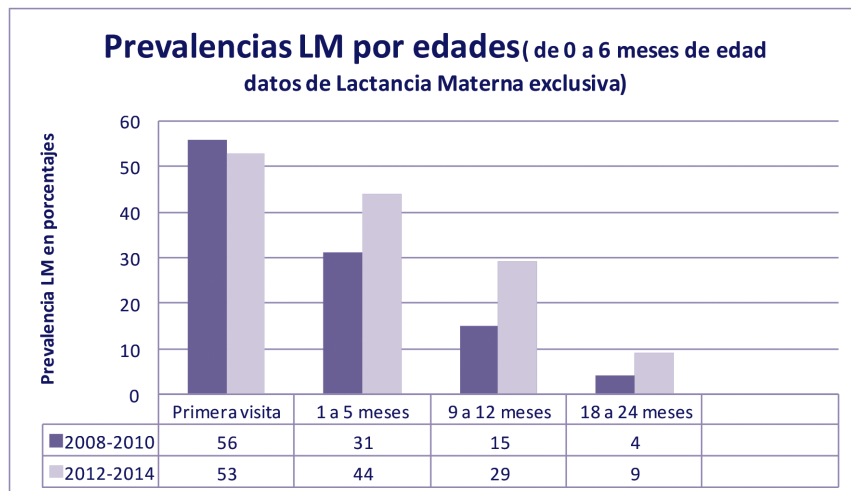
INICIAR EL CAMINO CS-IHAN INCREMENTA LA PREVALENCIA Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

JAVIER SORIANO FAURA, PEPA VERA MARÍN, ANA GOMEZ GIL, INMACULADA TOMAS SAURA, JOSEFA MARTÍNEZ BLASCO, TRINIDAD ALVAREZ DE LAVIADA, PEDRO POLO MARTÍN, LAURA PÉREZ OLLERO

Objetivo: Conocer si desde que se inició el proceso de acreditación CS IHAN, 2010, en nuestro Centro de Salud las prevalencias de lactancia materna se han incrementado.

Metodología: Seguimiento de una cohorte de nacidos en el periodo 01/09/2012 a 01/09/2014 para conocer la variación de prevalencia de lactancia materna y su duración, comparado con los datos de prevalencia registrados entre mayo y junio del 2010 de los menores de 25 meses de edad, etapa previa al inicio del proceso de acreditación CS-IHAN.

Resultados:



Conclusiones: A pesar de que la prevalencia de lactancia materna exclusiva al salir de la maternidad del Hospital de referencia no aumentó en el período 2012-2014, comparado con el periodo anterior, el proceso de inicio y continuación de los pasos para acreditación CS-IHAN, modificó las tasas de lactancia materna en todos los períodos estudiados: menores de seis meses, de 6 a 12 meses, 12 a 18 meses y 18 a 24 meses, debido a los mecanismos, protocolos y procedimientos puestos en marcha en el Centro de Salud para obtener la acreditación de las fases siguientes.

EVALUACION DE DOS TALLERES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

GONZALO MELGAR DE CORRAL, MERCEDES DE DIOS AGUADO, FÁTIMA GALLEGO MORENO, M^a CONCEPCIÓN VILLAR DE LA FUENTE

Antecedentes:

En 2009, siguiendo las recomendaciones de la OMS-UNICEF: “Diez pasos para una feliz lactancia exitosa” cuyo décimo punto es “Fomentar la creación de grupos de apoyo”, se crean Talleres de Apoyo a la lactancia materna (LM) en dos Centros de Salud.

Aunque la sensación de las enfermeras responsables de dichos Talleres es que son muy útiles para las madres, queremos conocer su valoración.

Objetivo:

Conocer las opiniones sobre los Talleres de Apoyo a la LM que tienen las mujeres que asisten a ellos.

Material y Métodos:

Estudio *fenomenológico* y de carácter *explicativo*, y dada la naturaleza del objetivo, de metodología cualitativa. Como técnica de generación de información se utiliza la “entrevista grupal”.

Población: Mujeres participantes en los Talleres. Entorno rural/urbano.

Variables de estudio: número de asistencias al Taller, paridad, española/inmigrante, duración de la LM.

Variables de exclusión: personas que no dominen el castellano, que sólo acudieron durante el embarazo y/o profesionales sanitarias.

Se realizaron cuatro entrevistas grupales, dos para cada variable de segregación (rural/urbano).

Después de la transcripción de las entrevistas grupales y su lectura, se procede al análisis de los discursos y su interpretación.

Resultados:

- El Taller es muy útil, en él encuentran asesoramiento profesional, apoyo emocional, formación en LM, una excusa para salir de casa.
- Las enfermeras responsables están muy bien valoradas por su implicación, su compromiso con la LM, la confianza y seguridad que generan en las madres.
- También es un grupo de autoayuda: comparten preocupaciones, dudas, experiencias y se establecen relaciones de amistad.
- Asistir a los Talleres no está exento de dificultades: en algunos casos la familia y la sociedad ven los Talleres como lugares de adoctrinamiento, “sectas” y la promoción de la LM como un “movimiento social”.

Conclusiones:

- Los Talleres son muy bien valorados y fundamentales tanto para el inicio como para el mantenimiento de la LM.
- El responsable del Taller además de asesorar, debe propiciar la comunicación entre las madres y la aparición de ese “grupo de autoayuda” tan beneficioso.
- Debemos trabajar para erradicar las trabas que la sociedad pone para la asistencia a los Talleres.

LOS RETOS DE UN ESTUDIO MULTICENTRICO PARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA

JOSUNE MARTIARENA, MARTA VIDAURRETA FERNANDEZ, MAIDER BELINTXON MARTÍN, ELENA ANTOÑANZAS BAZTAN, MARÍA JESÚS PUMAR MENDEZ, MONTSE PORT, AGURTZANE MUJICA ZABALETA, DOLORES REDIN ARETA, INMACULADA SERRANO MONZÓ, OLGA LOPEZ DE DICASTILLO SAINZ DE MURIETA

Antecedentes y objetivo:

Durante los seis primeros meses de vida solamente el 40% de los niños se alimentan exclusivamente con lactancia materna (LM). La efectividad de las intervenciones se maximizaría si promovieran el abordaje de la autoeficacia materna (AEM), la instauración y el mantenimiento de la LM en los periodos prenatal, hospitalario y posnatal. Sin embargo, la complejidad de éste tipo de intervenciones complica su implementación rigurosa. El objetivo es describir y analizar los retos encontrados en la puesta en marcha de una intervención multifacética para la AEM e instauración y mantenimiento de la LM.

Material y métodos:

Para diseñar, implementar y evaluar dicha intervención se coordinaron académicos, investigadores, enfermeras y enfermeras especialistas (matronas) de los servicios de atención a la mujer y al neonato, en varios niveles asistenciales del ámbito público y privado. Se involucró a 118 mujeres embarazadas (59 grupo control y 59 grupo intervención) que cumplían los criterios de inclusión. En el periodo prenatal, se administró un folleto y un video; en el hospitalario se observó una toma completa y se fortalecieron los puntos con peor puntuación de la escala (Breastfeeding Self-Efficacy Scale) y en el posnatal a través de soporte telefónico se reforzó la AEM.

Resultados:

Los retos encontrados en el diseño, implementación y evaluación de la intervención pueden clasificarse en 4 categorías: estructurales, financieros, organizativos y metodológicos. Los retos estructurales incluyen la creación de un equipo multicéntrico con una representación equilibrada de los centros y el consenso sobre política de autoría y propiedad intelectual. Conseguir financiación económica es otro reto en tiempos de escasez de recursos para la investigación. A nivel organizativo, la comunicación entre centros y niveles asistenciales y la gestión de la información supuso otro reto destacable. Finalmente, los retos metodológicos entre los que destacaron la implicación de los profesionales en la recogida de datos, la obtención de la aprobación ética e institucional de los centros y el mantenimiento del rigor investigativo.

Conclusiones:

Tener en cuenta estos retos desde el planteamiento de una intervención multifacética y multicéntrica ayudará a prever barreras en su implementación, facilitando la viabilidad de la intervención planificada y favoreciendo la instauración y el mantenimiento de la LM.

IMPACTO DE UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD:AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE DURACION

MIREN EUKENE RAMOS HERRERA, MARIA SOLEDAD MARTINEZ HUERTA, IGONE ESKUDERO ETXANIZ

1.ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

ANTECEDENTES

La lactancia materna es una practica sin duda muy saludable tanto para la madre como para el bebe y desde las instituciones de salud se promueve por parte de los profesionales. Aun asi, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los seis meses en nuestro entorno por ejemplo, no llega al 20% según las ultimas estadísticas.

Al parecer los factores que mas influyen en el abandono son:

- La incorporación temprana de las mujeres al mercado laboral
- La percepción por parte de las mujeres de hipogalactia y la falta de apoyo en algunos momentos por parte de los profesionales y el entorno

Antes estos datos y dado el interés que nos despertaba como matronas, el apoyo a las mujeres lactantes decidimos comenzar en el Centro de Salud , un grupo abierto semanal para mujeres lactantes.

En Octubre de 2013 iniciamos las sesiones.

OBJETIVO:

Como objetivo principal nos planteamos ofrecer a las mujeres y bebes, un lugar de encuentro y de compartir experiencia, y a la vez nuestra disponibilidad para resolver dudas y situaciones especiales y criticas relacionadas con la lactancia materna.

Asi también intentamos conseguir ayudar a las mujeres que querían seguir amamantando a pesar de comenzar a trabajar dando pautas y orientación al respecto.

2. MATERIAL Y METODOS

Durante todas estas sesiones semanales un numero de sesenta mujeres han acudido a ellas. Se han tratado temas relacionados con la lactancia ocupando un lugar importante la manera de conseguir seguir amamantando a pesar del trabajo fuera del hogar.

Con lo cual teníamos:

- Un grupo de mujeres
- Usamos una encuesta de dos preguntas;
 - una de ellas cerrada que se refiere a si ha aumentado su expectativa respecto a la duración de la lactancia materna tras acudir al grupo de apoyo
 - y otra pregunta sobre satisfacción en cuanto a obtención de resultados practicos en el proceso de la lactancia con una escala de uno a diez

3. RESULTADOS

Del total de la muestra:

- 90% de mujeres aumentaron la expectativa de duración de la lactancia materna tras venir al grupo y consiguieron mantenerla tras la incorporación al trabajo fuera del hogar.
- La media de puntuación por parte de las mujeres respecto a satisfacción por obtención de resultados prácticos fue de 9.5

4. CONCLUSIONES

El grupo de apoyo a la lactancia materna es una herramienta más muy válida para ayudar a las mujeres a seguir amamantando más tiempo sobre todo en nuestro entorno que sociodemográficamente es tan desfavorable al respecto.

Seguiremos ofreciendo este apoyo que ahora muchas mujeres consideran indispensable.



¿INFORMAMOS ADECUADAMENTE SOBRE LA LACTANCIA A LAS MADRES EN NUESTRA MATERNIDAD?

PATRICIA TORIJA BERZAL, JORGE GARCÍA EZQUIAGA, SERGIO JOSÉ QUEVEDO TERUAL, NIEVES MARTÍNEZ GUARDIA, ERSILIA GONZÁLEZ CARRASO, MARÍA LUZ GARCÍA GARCÍA

Introducción: las madres durante el embarazo reciben información sobre la lactancia materna (LM) en los cursos de preparación al parto, ampliamente extendidos. Es importante reforzar esta información tras el parto y durante su estancia en Maternidad.

Objetivo: analizar la información acerca de la lactancia que reciben las madres durante su estancia en la planta de Maternidad. Detectar las lagunas existentes al respecto y establecer posteriormente medidas para corregirlas.

Material y métodos: análisis descriptivo de la información recibida por las madres sobre determinados conocimientos relacionados con la LM, recogidos mediante un cuestionario o listado de comprobación que valora los siguientes ítems: posición y enganche al pecho, extracción manual de la leche, inconvenientes de las tetinas, importancia de la LM exclusiva, alojamiento conjunto, grupos de apoyo a la lactancia y evaluación de la lactancia antes del alta. Se seleccionan de forma aleatoria 78 de los cuestionarios rellenados por las madres cuyo parto ha tenido lugar en 2014 (total de partos en el período de estudio 1229). Los datos obtenidos se analizan mediante SPSS.

Resultados: un 91% de las madres refiere haber conseguido una posición y enganche al pecho adecuados. El 76,9% sabe reconocer signos de alimentación eficaz. Un 51,3% considera adecuado el entrenamiento sobre extracción manual de la leche. El 85,9 % conoce los beneficios del alojamiento conjunto y el 78,2% los inconvenientes de utilizar tetinas, chupetes y pezoneras. En un 96,2% de los casos se ha explicado la importancia de la lactancia materna exclusiva. Conocen los grupos de apoyo a la lactancia materna el 71,8%. El 23% ha visto el vídeo “El pecho no tiene hora” durante el ingreso. El 48,7% ha acudido al taller de lactancia. La lactancia antes del alta ha sido evaluada en un 89,7% de las madres.

Conclusiones: conocer la información recibida por la madre ayuda a implementar el apoyo que precisa antes del alta. Se debe reforzar la información sobre la técnica de extracción manual precoz. Es importante informar bien a las madres durante su estancia en Maternidad para aumentar su confianza y conseguir un buen establecimiento y mantenimiento de la LM al alta.

PM-38 (963)

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA DE LACTANCIA EN UN HOSPITAL. REGISTRO DE DATOS

EVA PARRA CUADRADO, TAMARA ANGULO SACRISTAN, FERNANDO SÁNCHEZ PERALES,
IRENE FERNÁNDEZ, JOSE LUIS MARTIN FLORES

Introducción y objetivos: crear un registro de los casos atendidos en la consulta de lactancia de un hospital con el fin de protocolizar y mejorar la atención a las madres y niños que consultan en la misma. Identificar sus puntos fuertes así como las posibilidades de mejora.

Material y método: registro de los casos atendidos en primera visita y dados de alta en los meses de octubre y noviembre de 2014 en la consulta de lactancia

Resultados: Se atendieron un total de 28 diadas madre-hijo como primera visita, que fueron dados de alta entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2014. La edad media de los niños en la primera cita fue de 4 días. El 64% de los niños fueron remitidos desde la Maternidad, el 25% desde Neonatología y el 11% desde Urgencias. El motivo de consulta más frecuente fue la pérdida de peso excesiva del RN al alta de la Maternidad, seguido por niños que reciben lactancia mixta al alta y amamantamientos dolorosos. El número medio de visitas a la consulta fue de 2, aunque el 39% se resolvieron en la primera visita. En la primera cita, el 53% de los niños recibía suplementos de FA y el 11% de LM extraída. Ninguno de los niños con LM exclusiva al inicio requirió suplementos durante el seguimiento. Al alta de la consulta, el 75% de los niños recibía lactancia materna exclusiva, el 18% lactancia mixta y el 7% (2 casos) artificial exclusiva (ambos por recomendación de un profesional sanitario extrahospitalario)

Conclusiones: Disponer de una consulta de lactancia donde se ve a los niños de forma precoz mejora las tasas de lactancia materna en los primeros días de vida. Es importante el seguimiento de los niños que reciben lactancia mixta al alta de la Maternidad para poder retirar dichos suplementos en los primeros días de vida. Resulta fundamental la formación Atención Primaria para conseguir mejores tasas de LM exclusiva y evitar los abandonos. Además creemos que falta conocimiento sobre la existencia de nuestra consulta, que deberíamos promocionar en Atención primaria.

UNIDAD DEPARTAMENTAL DE LACTANCIA MATERNA

M TERESA HERNANDEZ AGUILAR, M CINTIA BORJA HERRERO, JUANA CANTERO LLORCA, CRISTINA BARRIOS MARTA, VICENTE PASTOR SEGURA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: El objetivo de esta comunicación es presentar la estructura y las actividades de nuestra Unidad de Lactancia Departamental (ULM) inaugurada en noviembre de 2013, como un servicio de departamento con los siguientes objetivos: 1. Ofertar un recurso de asistencia especializada a la LM. 2. Ofrecer apoyo y formación teórico práctica en lactancia a los profesionales del departamento. 3. Apoyar la implantación de la IHAN en el departamento.

ESTRUCTURA: Ubicada en el area de consultas externas del hospital, depende funcionalmente de la dirección. Dotación de personal: 2 IBCLC (1 pediatra y 1 enfermera).

ACTIVIDADES. Encuesta telefónica: para valorar la situación de inicio de la lactancia; selección aleatoria; 486 díadas madre-lactante (0-15 meses). Apoyo a profesionales: Jornada de lactancia materna. Elaboración de protocolos y materiales de apoyo. Formación: cursos de formación en LM con currículum IHAN. Consulta de lactancia: Se oferta asistencia especializada a problemas de lactancia derivados por profesionales del departamento. Actividades de promoción y apoyo: Taller de lactancia semanal. Apoyo IHAN: asesoría a demanda.

RESULTADOS: Encuesta de lactancia inicial: En las 24 horas antes: tomaron LM: <6m→ LM: 55%; LME:8%, 0-15m→LM:41%. Formación: En 4 cursos de 20 horas (3 días seguidos) se ha formado el 87% de AP: 57 pediatras, 43 enfermeras de pediatría, 37 matronas. Jornada de Lactancia: 246 profesionales Consulta de lactancia: nº pacientes: 503. Índice 1ª/2ª: 3.1. 94% referidas por profesionales.; 6% por iniciativa propia. 8% de otros departamentos/provincias. Taller de lactancia: 46 talleres: media:11 mujeres/taller; 3,6 asistencias/mujer; edad media lactantes 2,5 meses.

CONCLUSIONES: Con escasa dotación presupuestaria y de personal, en estos 12 meses se han realizado numerosas actividades dirigidas al apoyo y la promoción de la lactancia materna. Las madres y familiares se muestran satisfechas con la iniciativa. Hay mucho interés por la misma especialmente entre los profesionales más involucrados en el apoyo a la lactancia que la consideran un recurso valioso. La aceptación por otros grupos de profesionales es de momento variable y es necesario trabajar más por la integración. Los recursos con que se dotó la ULM son insuficientes y será necesario ampliar espacio y personal para continuar creciendo.

PM-40 (853)

AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIAL AL RECIÉN NACIDO PRETERMINO TARDÍO APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE MATERNIDAD

SARA ANSÓ, IZASKUN ASLA, AMAYA RODRIGUEZ, LAURA ORTEGA, M^a CARMEN GOIRIA, LOURDES ROMÁN

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La causa más frecuente de ingreso en la Unidad Neonatal de los recién nacidos pretérminos tardíos (RNPT) (34, 35 y 36 semanas) desde la planta de maternidad es la hiperbilirrubinemia.

En 2008, se implementó en nuestro hospital, un protocolo de atención especial para estos recién nacidos en el área de maternidad cuyo propósito era favorecer la inseparabilidad madre-hijo y la lactancia materna.

Para mejorar este objetivo, desde Febrero de 2014, hemos instaurado el tratamiento para la hiperbilirrubinemia en estos niños junto a su madre.

MATERIAL Y METODOS: Desde el 1 de Enero al 31 de Octubre de 2014 revisamos los RNPT nacidos en nuestro hospital, los que ingresaron, los que permanecieron junto a su madre, los tratados con Fototerapia y tipo de alimentación durante su estancia y al alta.

RESULTADOS: En éste período hubo 4867 recién nacidos vivos. De estos casi el 6% fueron RNPT, ingresando desde área de partos el 24,5%; y desde la planta el 5,1%. La mayoría de ellos por hiperbilirrubinemia antes de la instauración de este tratamiento en la planta de maternidad o por tener ocupadas los aparatos disponibles. Más del 70 % de los RNPT no se separan de sus madres en ningún momento durante su estancia en el hospital.

Han recibido tratamiento con Fototerapia en la planta 50 RNPT.

La lactancia materna exclusiva (LME) en estos recién nacidos pasó de un 8% en las primeras horas a un 50,6% a la salida del hospital. De los niños que recibieron tratamiento con Fototerapia salieron con LME el 74%.

CONCLUSIONES: Los RNPT requieren un protocolo de atención individualizada y diferente al que necesitan los RNT.

El principal motivo de ingreso desde área de partos de estos niños es la maladaptación respiratoria; y la hiperbilirrubinemia cuando lo hacen desde la planta. La administración de Fototerapia junto a su madre sin ingreso, posibilita la estancia de estos niños en el hospital sin separarse de sus madres, favoreciendo la inseparabilidad madre-hijo y la lactancia materna.

La coordinación y transversalidad con Atención Primaria son fundamentales para el control, seguimiento y mantenimiento de la lactancia materna.

¿ Y EL PREMIO ES PARA...? MADRES LACTANTES. EXPERIENCIA SEMANA DE LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD

LORETO CARBONELL MAYOL, ANA LOPEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la Semana de Lactancia Materna(SLM) es sensibilizar a la población y crear un clima social que promueva la lactancia materna. Este trabajo analiza las actividades llevadas a cabo durante la SLM en un centro de atención primaria.

La teoría de educación para la salud en la que se basa esta intervención es el modelo persuasivo motivacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Planificación de la intervención. Se convoca al equipo de atención primaria (EAP) a dos reuniones para decidir las actividades a realizar que se agrupan en una jornada para conseguir mayor impacto de la intervención. El programa es el siguiente:

- Sesión de educación maternal, englobada en el programa de preparación al parto.
- Charla a la comunidad: formación buco-dental. A cargo de la odontóloga del EAP.
- Gala de entrega de los premios a la lactancia. Galardones de carácter colectivo para reconocer el papel de promoción de la salud que realizan las madres lactantes. Queremos reconocer a las lactantes primerizas, la lactancia en tándem, la lactancia gemelar, la lactancia con dificultades, la lactancia que no pudo ser, la lactancia en familias numerosas, los grupos de apoyo, las generaciones anteriores de madres lactantes y el apoyo de las parejas.
- Fiesta de la lactancia.
- Mesa informativa.

Difusión de la jornada. Se informa al EAP mediante mail. Se envía una invitación al equipo directivo del Área de Salud y al alcalde. Se envía nota de prensa a los medios de comunicación.

La jornada discurre por completo en el centro de salud. Al no disponer de un presupuesto económico, amigos , familiares y asociaciones colaboran desinteresadamente.

RESULTADOS

La intervención ha tenido un gran impacto tanto por los asistentes a la jornada (100 personas) como por la repercusión en los medios de comunicación, Telediario TV local y autonómica 16000 y 12500 espectadores, entrevista en radio, 5000 oyentes y noticia en el diario local 26000 lectores.

CONCLUSIONES

El apoyo y reconocimiento a las madres lactantes es una parte primordial del trabajo en Atención Primaria.

Buscar el mayor impacto mediático en nuestras intervenciones contribuye a crear comunidades favorables hacia la lactancia materna.

PM-42 (866)

PRIMEROS PASOS EN TALLERES DE LACTANCIA MATERNA, NUESTRA EXPERIENCIA

GLORIA HERRANZ CARRILLO, PALOMA ARENAS LOPEZ, M^a CONCEPCIÓN RUBIO RODRIGUEZ, M^a ESPERANZA MEIJIDE PROENZA, M^a PAZ PLASENCIA PLASENCIA, VIRGINIA DE LA FUENTE IGLESIAS

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Con objeto de mejorar de la promoción de la lactancia materna en nuestra Unidad se pusieron en marcha en 2013 los talleres de lactancia materna para padres de niños ingresados. Su finalidad era la de ofrecer a los padres un espacio donde expresar abiertamente sus dudas, dificultades, necesidades y expectativas respecto a la lactancia materna (LM)

MATERIAL Y MÉTODO

Elegimos una sala cercana a la unidad de hospitalización dotada de mobiliario simple, folletos informativos, muñecos y posteriormente medios audiovisuales. Cada taller fue dirigido por una coordinadora y apoyado por otras dos personas, todas ellas con formación adecuada para tal fin. Se propuso un guión de ideas importantes a tratar modificable según las demandas de los padres. La duración estimada fue de sesenta minutos y su periodicidad inicial mensual. La fecha de realización del mismo era publicitada en la unidad con dos semanas de antelación.

RESULTADOS

Desde junio de 2013 a noviembre de 2014 se han realizado un total de 13 talleres. Hemos objetivado una asistencia de entre el 25 y 60 % de padres de niños con LM, mayoritariamente madres. Se animó a los participantes a exponer abiertamente sus experiencias y dudas para resolver las mismas de forma individual y colectiva, reforzando siempre la confianza materna. Las dificultades planteadas con mayor frecuencia fueron la producción insuficiente de leche y valoración de los signos de buena ingesta así como el manejo domiciliario tras el alta. En el caso de los niños prematuros se comentó la dificultad del proceso hasta la alimentación a demanda del pecho en sus múltiples etapas. En todos los talleres se habló según el interés materno, sobre posicionamiento al pecho y extracción - conservación de la leche, con apoyo de material escrito y en ocasiones audio-visual.

CONCLUSIONES

Según nos refieren los padres sus expectativas respecto a los talleres de lactancia parecen ampliamente satisfechas, lo cual nos motiva a continuar con la realización de los mismos. Para mejorar la calidad y la asistencia nos planteamos la diversificación temática de los talleres y el aumento de la oferta horaria y de su difusión.

¿CÓMO TENER ÉXITO CON LA LACTANCIA MATERNA?

MAITE VALENCIA LARRAONA, LAURA CATALAN BELOQUI, NAGORE RODRIGUEZ SAN MARTIN, MARIA AZCARATE IRAÑETA, FRANCISCO JAVIER AZANZA ROS

Introducción:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos. La práctica clínica habitual nos muestra la falta de información a cerca de la lactancia materna. Con esta propuesta lo que se quiere lograr es aclarar dudas antes del parto y reforzar la educación dada, consiguiendo con ello una lactancia materna de éxito evitando su abandono.

Objetivos:

Realizar talleres pre y post parto promocionando la lactancia materna ayudados por un folleto informativo. Secundarios: Conseguir que obtengan los conocimientos teóricos necesarios para un correcto manejo de la lactancia materna desarrollando habilidades prácticas. Además de ayudar en la resolución de los problemas durante la lactancia logrando que sea de calidad.

Metodología:

Se elaboró una matriz DAFO que permitió analizar la situación actual. Vimos la necesidad de impartir talleres en los centros de Atención Primaria previamente al parto y post-parto para la pareja y con ello acompañar a los padres en esta nueva etapa. Todo ello, acompañado de un folleto con toda la información necesaria. Por otro lado se diseñó un poster que quedaría colgado en las consultas de Atención Primaria.

Propuesta Plan de Mejora: Proponemos la elaboración de talleres a cerca de los beneficios de la lactancia materna apoyados por una presentación y un folleto donde se detallan: "Recomendaciones para una lactancia materna con éxito". No sólo se centra la educación en la etapa previa al nacimiento si no también en los días de ingreso, así como, en los siguientes al parto cuando el recién nacido está en su domicilio. La eficacia de estos talleres se evaluará por medio de una encuesta de satisfacción.

Conclusiones:

Debemos promover la cultura de la lactancia materna. Todos los involucrados deberíamos asumir esta responsabilidad social, ya que mejoraría la salud materna e infantil de la población mundial.

Palabras clave:

Lactancia materna; Enfermería; DAFO; Salud infantil; Satisfacción.

**Antecedentes:**

Desde hace dos años se ha desarrollado en dos centros de salud un programa de educación para la salud grupal realizado por enfermería pediátrica dirigido a madres y padres tanto lactantes como no lactantes, con la finalidad de aumentar la autonomía de los padres y su empoderamiento sobre cuidados infantiles y lactancia materna.

Objetivos:

Aumentar el conocimiento y autonomía de madres y padres en el cuidado de sus hijos. Reducir la demanda de las consultas de enfermería y pediatría.

Hipótesis:

En las consultas de enfermería pediátrica se tratan diferentes temas tales como la alimentación, prevención de accidentes etc. Pero hay temas que por su extensión no pueden ser tratados en consulta por falta de tiempo.

El abordaje de temas como enfermedades infecciosas, urgencias pediátricas, prevención de accidentes, alimentación y sueño en sesiones grupales, podría aumentar la confianza de los participantes en el manejo de estas situaciones con sus hijos y disminuir la demanda de las consultas médicas, de enfermería y en los servicios de urgencias.

Material y métodos:

El programa consiste en cuatro sesiones con periodicidad mensual sobre alimentación, pautas sobre el sueño, actitud ante procesos infecciosos y urgencias pediátricas. Los contenidos que se ofrecen han sido previamente consensuados con los pediatras del equipo de atención primaria. La duración de cada sesión es de dos horas, una hora de exposición en la que se estimula a los padres a participar activamente y otra hora para relatar sus experiencias o dudas. Existe un conocimiento previo de las madres, porque suelen acudir a los “grupos de apoyo a la lactancia” y a los de “preparación al parto”, con lo que la participación suele ser fluida y activa. El número de participantes suele variar desde 8 a 18 madres y padres. Los materiales utilizados son presentación en Power Point y videos sobre los temas. Al final se les da un resumen, en papel, de los aspectos más importantes.

Resultados:

Existe un alto seguimiento en las madres que inician el programa y la satisfacción con el mismo es elevada. Los profesionales que impartimos el programa creemos que es beneficioso.

IMPLANTAR UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ACCIONES DE MEJORA EN LA PRÁCTICA DIARIA

MARÍA GONZÁLEZ GALLEGO, ROSA ÁLVAREZ DIEZ, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, ROSA GARCIA FERNANDEZ, GUADALUPE POSADILLA ALONSO, HENAR BOBILLO DE LAMO

ANTECEDENTES

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida manteniendo LM hasta los dos años o más

Las guías de buenas prácticas contienen recomendaciones desarrolladas utilizando la mejor evidencia disponible, para ayudar a los profesionales a tomar decisiones oportunas en sus actuaciones en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Trabajar para crear una cultura de práctica basada en la evidencia incorporando las recomendaciones de la **GBP-RNAO** lactancia materna a la actividad del equipo.

Crear espacios y elaborar materiales de trabajo consensuados que permitan iniciar nuevas acciones de promoción LM.

METODOLOGÍA

El equipo impulso, tras estudiar y entender el alcance de las recomendaciones de la guía, comparar con nuestra práctica e identificar nuevas acciones de mejora; planifica las actividades necesarias para la adopción de las recomendaciones seleccionadas y elaborar materiales para su difusión

RESULTADOS

Acciones y productos generados tras implantar las recomendaciones:

La institución respalda la iniciativa IHAN: **C.S en Fase D1**

Abogamos por entornos que favorezcan la lactancia materna: Creación de la Sala de Lactancia en Centro Salud abierta 24 horas. Libro de opinión. Educación Grupal en lactancia materna a minorías étnicas

Respaldamos las recomendaciones de la OMS en LM generando documentos para unificar prácticas (internos y hacia la población)

Diseño de Herramientas de Evaluación prenatal y postnatal

Formación prenatal a madres y padres. Encuesta evaluación

Entrevista telefónica en los dos días posteriores al alta

Reuniones periódicas con el Grupo de apoyo LM **“Lactabebé”**

Actividades formativas conjuntas Atención Primaria -Especializada (AP-AE) y Formación a colaboradores en LM

CONCLUSIONES

Implantando recomendaciones basadas en la evidencia hemos:

Potenciado las intervenciones comunitarias para promover la LM

Evaluado la satisfacción materna: intervenciones educativas, sala de lactancia

Reforzado la cohesión del Equipo de Salud

Iniciado la planificación para trabajar en la continuidad de la LM entre AP- AE en el área

Disminuido de la variabilidad en la práctica clínica (sistematizar y unificar criterios y actuaciones) aportando mejor calidad en la atención.

Pendiente evaluar el incremento de las tasas de lactancia desde la implantación de la guía.



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMPATIBLE CON LA VIDA LABORAL DE LAS MADRES

MARIA JESÚS GALEOTE ARRIERO, MARIA DEL ROSARIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, MIREIA DIAZ DOCON

Antecedentes: Muchas madres quieren dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, pero su problema es que comienzan su vida laboral sobre las 16 semanas de baja, y no saben cómo conciliar trabajo y lactancia, dejando de dar leche materna en el horario laboral.

Objetivos: Lograr que las madres que trabajan sigan dando lactancia materna exclusiva, hasta el inicio del beikost o sexto mes de vida del bebé, mediante el apoyo del grupo de lactancia materna organizado y dirigido por enfermería pediátrica.

Metodología: En el grupo de lactancia materna, con la experiencia de otras madres y nuestra guía como profesionales, ayudamos y orientamos a estas madres sobre cómo se pueden extraer la leche en el trabajo y cómo la pueden conservar, manipular y congelar. Además también hacemos partícipes a los cuidadores que estarán con el bebé durante la jornada laboral materna.

La enfermera que realiza el grupo empieza la preparación con la madre dos semanas antes de su reincorporación al trabajo, y está en contacto con ella mediante correo electrónico, teléfono y visita presencial. De esa manera antes del inicio del trabajo madre ya ha solucionado muchas dudas que tenía y se ha establecido un vínculo afectivo cuidador-bebé.

Cuando falta una semana el cuidador empieza a dar un biberón de leche materna al bebé coincidiendo con el horario de ausencia de la madre y sin su presencia. En muchos casos los primeros biberones el bebé los rechaza, ya que solo está acostumbrado al pezón de la madre y a su presencia, pero al ir con antelación habitualmente se consigue un porcentaje bastante elevado de bebés que aceptan el cambio y se adaptan al biberón y al cuidador, disminuyendo la ansiedad y preocupación de la madre.

Resultado: Este procedimiento hace que la madre esté más segura y continúe con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Este proceso se lleva a cabo desde hace 2 años, iniciándose en otro CAP. Para el año 2015-2016, el estudio se realizará con porcentajes numéricos para saber estadísticamente cuál es el resultado y la consecución de los objetivos.

LACTANCIA MATERNA: NUEVAS ESTRATEGIAS

ESTHER VIDEGAIN BEA, LIDIA DIEZ SORO, TERESA MARIA GODALL CAMPS, MIREIA BUSQUETS GODALL

La Leche materna es el alimento más adecuado y completo que una madre puede ofrecer a su hijo.

Una de las causas del abandono de la lactancia materna (LM) en las primeras semanas de vida del lactante es la inseguridad de la madre y la falta de apoyo familiar y social.

Durante el procesos de adaptación así como durante toda la LM les puede surgir inconvenientes o, sencillamente preguntas que deben hacer a las personas mas cercanas y fidedignas, estos somos nosotros que debemos prestar todo el apoyo necesario para conseguir la instauración de la LM.

OBJECTIVO:

Promover y dar soporte a las madres que han escogido la LM.

Proporcionar herramientas acordes a las nuevas tecnologías.

METODOLOGÍA:

Se han desarrollado una línea de actuación para las gestantes (G) y madres lactantes (ML) de nuestra área de influencia , con diversas actuaciones:

Charlas de LM c/15 días.

Apoyo diario a les ML durante el ingreso.

Consulta de enfermería de LM.

Espacio de consultas por @.

RESULTATS:

Las charlas de LM se iniciaron en enero de 2013. Se han realizado 36, con 361 asistentes. Un 73.5% embarazadas, un 5% ML y un 21.5% de acompañantes. El índice de respuestas de las encuestas es del 86,5%, el grado de satisfacción 93,% de muy bien, grado de utilidad 89%.

Consulta de soporte a LM , durante el mismo periodo se han realizado 376 intervenciones, un 87.7% en consultas externas y un 12,23% como interconsultas

Consultas por @, hemos recibido 127 @ en un periodo de 11 meses. El 90% se han contestado vía telefónica y el 10% vía @.

CONCLUSIONES:

1. En el postparto y puerperio inmediato los profesionales tenemos un papel primordial para el inicio de la LM.
2. Las estancias en los hospitales cada vez son más cortas con lo que la instauración de la LM es dificultosa. Al alta se les informa con qué opciones cuentan para poder llevar acabo una LM exitosa.
3. La incorporación de un @ donde se pueden dirigir las G como las ML ha supuesto una mejora y una buena herramienta de apoyo y comunicación.

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD NEONATAL

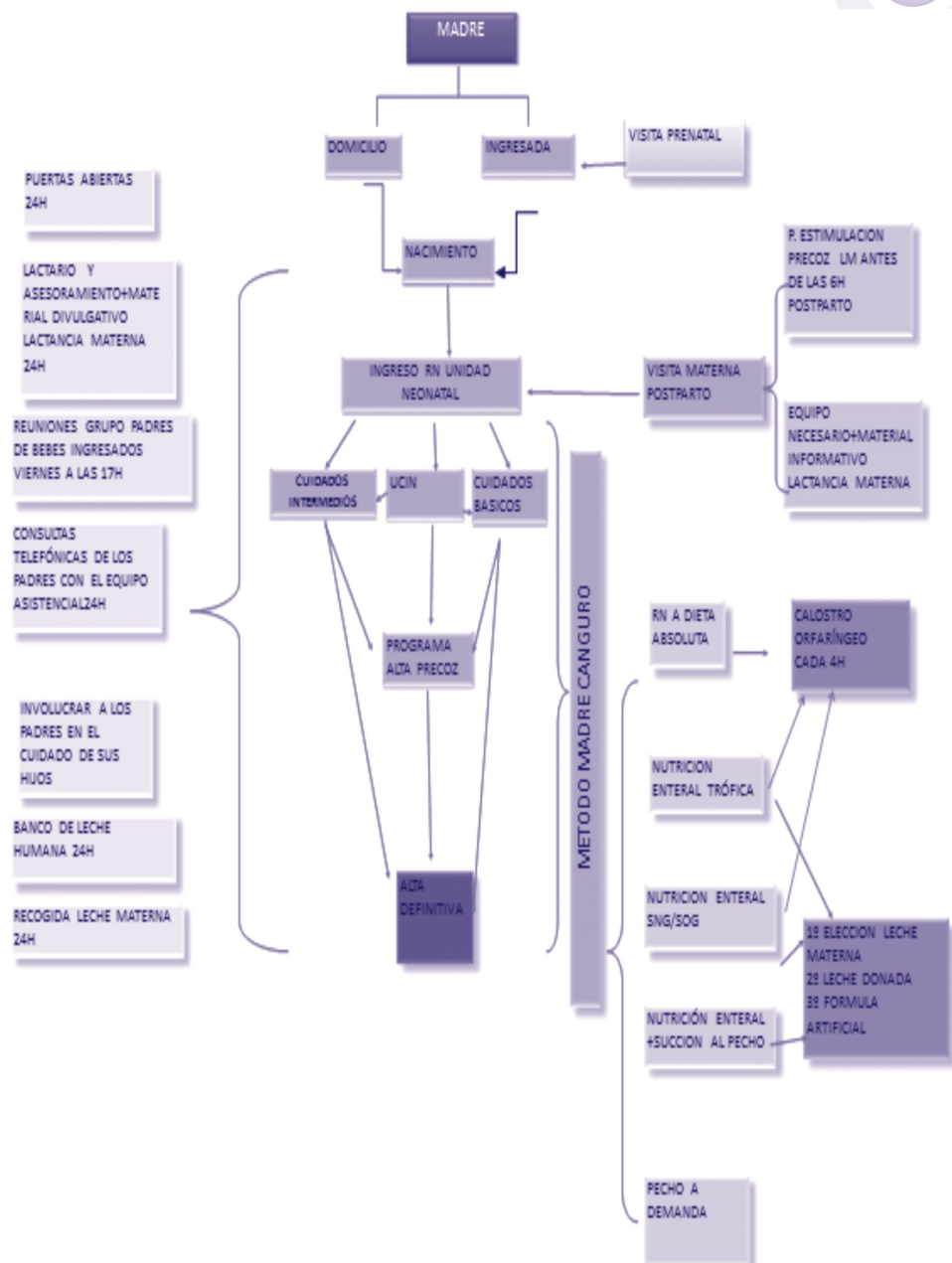
M^a BELÉN SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MERCEDES ALONSO MOYA, FRANCISCA MARTÍN PEREGRINA, LIDIA MIRIAN PARDO SARANGO, JOSEFA CASTILLO VERA

Introducción

Como medida de apoyo a la promoción y fomento de la lactancia materna en la unidad neonatal, decidimos realizar un diagrama de flujo que englobara todas las actividades, protocolos y medidas que realizamos centrando los cuidados en los bebés y sus familias.

De esta forma, tanto los padres como las familias conocen las actividades de las que disponemos y de igual forma para todos los profesionales que cuidan a estos niños.

Las actividades se inician antes del nacimiento, en caso de estar la madre ingresada por embarazo de riesgo. Se incluyen en el programa a partir de las 23 semanas de gestación y culmina con el alta definitiva, incluyendo el alta precoz.



DALE LO MEJOR: BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

NIEVES IGLESIAS HUESCA, PATRICIA ORTEGA SASTRE, NOELIA MACARRÓN GISBERT,
SARA SÁNCHEZ CEBALLOS

Existen numerosos estudios que demuestran los beneficios de la lactancia materna (LM) para el recién nacido, la madre y sociedad en general. Por este motivo y debido a su baja prevalencia actual, nuestro Centro realizó una serie de cambios y mejoras para conseguir un ambiente propicio.

El personal de enfermería constituye el principal vector de información para la instauración de una LM eficaz dentro del periodo perinatal. En ocasiones, la información transmitida a las puérperas cuando ingresan en la Unidad de Obstetricia no es captada correctamente debido a varios factores. Por esta razón, nuestra Unidad de Maternidad se vio obligada a proporcionar la información sobre los beneficios de la LM mediante un registro informativo impreso.

Objetivos:

- Intentar mejorar la comunicación entre el profesional sanitario-puérperas.
- Proporcionar información específica sobre los beneficios de la LM al ingreso y etapa perinatal a todas las puérperas en la Unidad mediante un cartel impreso.
- Agrupar y unificar la información que reciben las madres y embarazadas sobre las ventajas de la LM y su importancia en la salud del niño.

Metodología:

En dicho proyecto, elaborado por un equipo multidisciplinar, se recogió los puntos principales que debemos transmitir a las pacientes sobre estos beneficios plasmandolo en un registro informativo atrayente para la puérpera y su familia y, así, facilitar su lectura y comprensión.

Conclusiones:

- Importancia de un grupo multidisciplinar concienciado e implicado que trabaje apoyando la LM.
- Afianzar la información que difundimos verbalmente al ingreso y en la etapa perinatal a las pacientes en el Servicio de Maternidad.
- Uso del cartel informativo como guía y herramienta para despejar dudas a las puérperas durante su estancia en el hospital.

PIEL CON PIEL, UNIDOS DESDE LA CESÁREA

NIEVES IGLESIAS HUESCA, PATRICIA ORTEGA SASTRE, NOELIA MACARRÓN GISBERT,
SARA SÁNCHEZ CEBALLOS, PATRICIA SANTAMARÍA CABRERA

Las dos primeras horas tras el nacimiento constituyen un período sensitivo en el cual el recién nacido se encuentra en un estado de alerta tranquila y donde el contacto piel con piel (CPP) es esencial para la lactancia materna y el vínculo afectivo; así como para la adaptación extrauterina neonatal.

Sin embargo, en las cesáreas, la separación madre-hijo es una rutina en la mayoría de los hospitales españoles. No existe ninguna razón médica que justifique dicha separación.

Por este motivo, nuestro Centro elaboró un procedimiento para llevar a cabo esta práctica en quirófano; evitando la separación y mejorando así la calidad asistencial ofrecida.

Objetivos:

- Unificar criterios por parte del equipo multidisciplinar para facilitar el CPP desde el momento del parto mediante cesárea.
- Proporcionar conocimientos a las madres, con parto por cesárea, sobre la técnica y beneficios que conlleva el CPP.

Metodología:

Para poder alcanzar los objetivos descritos, se estableció una comunicación estrecha entre los distintos profesionales sanitarios de los Servicios de Obstetricia, Pediatría, Anestesia y Quirófano para evitar la separación madre-hijo tras la cesárea y favorecer así la lactancia materna.

Resultados:

Elaboración, tras consenso de todos los Servicios implicados, de un procedimiento asistencial para la implantación del CPP post-cesárea, lo que ha permitido que los padres puedan permanecer junto a su hijo a pesar del nacimiento por cesárea.

Conclusiones:

- El parto por cesárea no evita llevar a cabo el CPP, puesto que se puede realizar sin ninguna dificultad, siempre que el estado de la madre o del neonato lo permitan.
- Necesidad de formación e implicación de los profesionales sanitarios de todos los Servicios para realizar un cambio en la atención de la madre y el recién nacido.

PARTO HUMANIZADO: EL MEJOR COMIENZO DE LA LACTANCIA

NIEVES IGLESIAS HUESCA, NOELIA MACARRÓN GISBERT, PATRICIA ORTEGA SASTRE,
SARA SÁNCHEZ CEBALLOS, PATRICIA SANTAMARÍA CABRERA

El parto es un hecho fundamental en las familias ya que supone el inicio de una nueva vida. Este proceso debe desarrollarse en un entorno favorecedor y respetuoso que contribuya a la adaptación al entorno del recién nacido y a la instauración de la lactancia materna.

Objetivo:

- Informar a todas las embarazadas de forma individualizada sobre la lactancia materna y sobre el plan de parto humanizado.
- Unificar criterios y métodos de trabajo entre todo el equipo multidisciplinar para evitar intervenciones innecesarias.
- Crear un entorno favorecedor de acuerdo a las nuevas prácticas.

Metodología:

Desde la creación del Comité de Lactancia en el Centro (Abril de 2014), se realizó una revisión de las prácticas más frecuentes con el fin de reforzar las positivas, eliminar las negativas e introducir mejoras. Tras el análisis, se elaboró una guía del embarazo y plan de parto para todas las embarazadas, se diseñó un plan formativo para todos los profesionales implicados en la atención a embarazadas y se elaboró una hoja de parto donde incluir cualquier intervención realizada, piel con piel e inicio de la lactancia materna.

Asimismo, se analizó con un equipo de expertos la posibilidad de realizar una reestructuración de los paritorios para adecuarlos a las nuevas prácticas y se ejecutaron obras de renovación durante el verano de 2014.

Conclusiones

- Cualquier intervención no requerida durante el parto influye negativamente sobre el bienestar materno-filial y en el establecimiento de la lactancia.
- Toda embarazada debe recibir información clara sobre lactancia materna y plan de parto.
- Un entorno propicio es fundamental para el desarrollo de todo el proceso.
- Todos los profesionales deben de estar formados sobre lactancia materna.

**Justificación y objetivos:**

La formación en lactancia materna (LM) debe ser una prioridad para los profesionales en un hospital con acreditación IHAN. Para proporcionar de forma continuada y accesible los conocimientos y herramientas necesarios para conseguir prácticas óptimas de LM y cambiar actitudes erróneas, se ha implementado un curso de iniciación en lactancia, disponible para todos los trabajadores sanitarios del centro y obligatorio para aquellos que trabajan con madres y sus recién nacidos.

Material y métodos: Se diseñó un cronograma de trabajo de 6 meses de duración:

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Selección de los contenidos del curso.
3. Selección de docentes y distribución de los temas.
4. Preparación de los contenidos y revisión de los mismos por los coordinadores científicos.
5. Grabación de los videos y montaje en plataforma de formación Moodle por los coordinadores técnicos.
6. Evaluación: cuestionarios inicial y final tipo test
7. Solicitud de acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
8. Difusión del curso
9. Gestión de claves para acceder al curso
10. Inicio del curso el 01 de diciembre de 2014

Conclusiones:

Tras la acreditación IHAN es importante seguir trabajando en actividades de mejora relacionadas con una formación accesible para todos los trabajadores implicados en la LM.

Cursos disponibles de forma continua en plataforma on line parecen un medio adecuado para conseguirla.

En dos semanas se han inscrito 80 personas.

HACIA EL SEGUNDO PASO IHAN

ANA BELÉN PÉREZ JIMÉNEZ, M^a CONCEPCIÓN REAL HERNÁNDEZ, M^a ÁNGELES MÁRQUEZ SÁNCHEZ

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El hospital ha sido registrado por la IHAN como “Hospital Aspirante en fase de cambio, 1D (Descubrimiento)”. El objetivo es el cumplimiento del Paso 2 de los diez pasos de la IHAN: “Capacitar a todo el personal del Centro para que pueda poner en práctica la normativa”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Comité de Lactancia propone comenzar formación de todo el personal que interviene en los cuidados de la madre y sus hijos en el proceso embarazo-parto-lactancia-crianza.

Se solicita reunión con responsable/s de Dirección Médica y de Enfermería.

Primera reunión con responsable de formación de Dirección de Enfermería: se constituyó un grupo con personal de cada una de las unidades del Materno-Infantil.

Creación grupo de trabajo específico para planificar contenidos y temporalidad de la formación.

Dirección de Enfermería se comprometió a que se realizase dentro del horario de trabajo.

Título: Taller “Programa de Formación en Lactancia Materna”

Formato permitiera a los asistentes intercambiar experiencias y unificar criterios.

3 temas:

“Técnica de la lactancia”

“Técnicas de Consejería”

“Manejo de la lactancia en los primeros días de vida”

A desarrollar cada uno de ellos de lunes a jueves en tres semanas seguidas, para dar la opción de elegir a los trabajadores el día que les viniese mejor.

Horario: 13,30 a 15,30 horas.

Lugar: Aula clínica Hospital.

Taller fue celebrado las semanas 1^a, 2^a y 3^a de junio de 2014.

RESULTADOS

Se realizó evaluación del curso en general y específica de los ponentes.

En general, el grado de satisfacción del curso es del 82%.

Asistencia

Enfermeras: 60,9%

Auxiliares: 39,1%

Matronas: 44,4%

CONCLUSIONES

Grado de satisfacción con el curso es alto: 82%.

Aspectos para mejorar: el horario del curso y documentación facilitada.

A destacar como puntos fuertes: “la atención y trato por parte del personal de la Institución” y “la utilidad de las enseñanzas recibidas para el desarrollo profesional”.

No se han cubierto todos los colectivos profesionales que se ven involucrados en el proceso de atención a madres e hijos, en la convocatoria no se ha incluido al personal de enfermería de quirófano, médicos de las distintas especialidades: anestesistas, obstetras, neonatólogos, pediatras.

LA SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA GEOGRAFÍA ESPAÑOLA: UN TRIUNFO PARA TODA LA VIDA

INMACULADA GARCÍA CALVO, GRISELDA ROMERO ORTEGA, M^ª ROSA ORTÍZ NAVARRO

Antecedentes y Objetivos:

La Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM) es el movimiento social más extendido en defensa de la Lactancia Materna. Se celebra en más de 120 países en Agosto, pero en Europa, al ser este mes período vacacional, tiene lugar a principios de Octubre, que suele ser la semana 41 del año.

En España, la mayoría de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna realizan durante 7 días diversos actos que culminan con una fiesta el domingo. En dicho evento, se realizan actividades al aire libre relacionadas con la LM, así como la lectura del lema elegido para ese año.

El objetivo de este trabajo es recopilar información de cómo ha acontecido esta semana en las distintas zonas geográficas del territorio español y sus repercusiones.

Material y Métodos:

Se ha hecho una revisión bibliográfica para la recuperación de la información relevante sobre el tema a tratar a través de las herramientas que nos ofrece internet.

Resultados:

Con el lema del año 2014 “Lactancia Materna: un éxito para toda la vida” se quiere destacar la importancia de mantener y aumentar la protección, la promoción y el apoyo a la L.M.

Cada uno de los grupos de apoyo de las diversas provincias ha realizado actividades encaminadas a difundir los objetivos de este año, que no son otros que los Objetivos del Desarrollo del Milenio del 2015. Entre ellas están: talleres con madres, charlas informativas, actividades artísticas para niños y como culmen, la Fiesta de la Lactancia en la que se ponen mesas informativas, carteles diseñados con el objetivo del año y una tetada pública.

Conclusiones:

Existe una clara repercusión de dichas actividades, especialmente con la celebración de la Fiesta de la Lactancia Materna, en la que se produce una gran difusión en los medios de comunicación, tanto en prensa, televisión y redes sociales. Por otro lado, también se consigue dar a conocer la existencia de los distintos Grupos de Apoyo de la LM para facilitar el acceso de la población en general.

DISTINTOS PROFESIONALES UN MISMO MENSAJE.

SUSANA URZAIZ SANTOS, MONTSERRAT PORT GIMENO, MARIA JERICO OJER, CRISTINA GOMEZ MARIÑELARENA, ELENA ANTOÑANZAS BAZTAN, NATIVIDAD ASTRAIN ELIZALDE

ANTECEDENTES:

Ya sabemos que algo tan natural, fisiológico y mamífero como la Lactancia Materna debería ser sencillamente, sencillo y debería ser sencillamente fácil y natural.

También es evidente las dificultades que presenta la mujer en el inicio y en el mantenimiento de la lactancia materna. Los diferentes mensajes que recibe, muchas veces contradictorios, de la familia, el entorno, de profesionales sanitarios, de internet, etc, hace difícil que la usuaria se sienta bien atendida, por eso hemos de ser conscientes, los mismos sanitarios que atendemos a la mujer que damos mensajes contradictorios, lo que disminuye tanto la confianza de la mujer en nosotros, como empeora la percepción de su autonomía y empoderamiento.

Sabemos que es fundamental realizar cursos de formación y actualización para el equipo multidisciplinar que atiende a la mujer. Unificando la información.

OBJETIVO:

Transmitir la misma información sobre la Lactancia Materna de una manera sencilla, clara y que tenga una continuidad desde los distintos ámbitos de atención profesional a la usuaria.

METODO:

Realizar un documento-poster consensuado y unificado para todo el equipo multidisciplinar que atiende a la mujer en esta etapa, para que la información que le transmitimos sea la misma desde los diferentes ámbitos de atención que precise, incluidos los espacios a los que acuda la gestante-puerpera,(atención primaria, hospitalaria, etc).

CONCLUSIONES:

Para facilitar a la mujer tanto el inicio como el mantenimiento de la Lactancia Materna, nos planteamos una herramienta SENCILLA, CLARA, VISUAL y compartida entre todos los profesionales porque creemos que será muy eficaz para que la mujer durante los primeras 4-6 semanas de su lactancia, reciba de todos los profesionales que la atienden y/ o acompañan los mismos mensajes de apoyo y técnicas de amamantar.

Con esto conseguiremos no confundir a la mujer con mensajes contradictorios fomentando su autonomía y reforzando su confianza en la Lactancia Materna.

Basaremos el documento en 5 frases cortas y no más de 15 palabras clave y que extraeremos de documentos de Asociación Española de Pediatría, IHAN y documento Ministerio de Sanidad.

Haremos llegar este documento a las Consultas de Atención primaria, Especializada, Hospitalización, etc

COMO ANTES, AHORA, Y SIEMPRE.

MONTserrat PORT GIMENO, CRISTINA GOMEZ MARIÑELARENA, MARIA JERICO OJER, SUSANA URZAIZ SANTOS, NATIVIDAD ASTRAIN ELIZALDE, ELENA ANTOÑANZAS BAZTAN

ANTECEDENTES:

En los últimos años, la lactancia materna ha dejado de ser algo visible para la sociedad, relegándose al ámbito personal y domestico.

Poco a poco más mujeres amamantan a sus hijos con naturalidad, haciendo uso de su derecho a vivir la lactancia con confianza y tranquilidad. Esto es más fácil de ver en las ciudades, en las cuales hay asociaciones de mujeres, grupos de apoyo a la lactancia que normalizan estas experiencias, sin embargo todavía tenemos prejuicios para amamantar en espacios públicos

OBJETIVO:

Dar mayor visibilidad a la lactancia materna, fomentando la misma en espacios públicos. Implicar a grupos de madres/ amig@s/ vecin@s, normalizando algo tan natural como es amamantar a un hijo. Ningún ser humano se esconde para alimentarse.

Proponemos una campaña de sensibilización, acercándonos a la población en general y, especialmente a la población rural, mas alejada de los núcleos urbanos más poblados.

MATERIAL Y METODOS:

Realizar un póster con imágenes que induzcan a la Lactancia Materna en pequeños y grandes grupos . En pequeños y grandes espacios: casas de Cultura, Asociaciones de Mujeres, Sociedades, etc,

Seguidamente a través de los Ayuntamientos, Concejalía de la mujer, página Web Consejería sanidad, farmacias, etc, haciéndola llegar a las poblaciones con pocos habitantes y en especial a las que están más distantes de las grandes ciudades.

Para conseguir los objetivos, queremos reforzar la campaña reenviando a todos los ayuntamientos el lema de la Semana de la Lactancia que se proponga a nivel mundial.

Realizaremos una intervención al inicio de la campaña a los organismos implicados para aumentar el grado de motivación. Al finalizar la campaña (2016) después de los dos años, realizaremos una encuesta para identificar actitudes de cambio.

CONCLUSIONES:

Pretendemos mantener la campaña durante los dos proximos años para ver el impacto que tiene en la visualización de la lactancia materna y en la normalización de amamantar en publico ,tanto en madres lactantes como en el resto de la población, la cual influye y mucho, en la toma de las decisiones por parte de la madre lactante.

HEALTH EDUCATION PROGRAM FOCUSED ON THE PROMOTION OF BREASTFEEDING

GARAZI PÉREZ LÓPEZ, MERCEDES SOUTO PAZOS, M MABEL LOJO LOJO, JOSEFINA RUBIN GOITIA

INTRODUCTION

Exclusive breastfeeding is the best choice of nutrition for the first six months of the baby's life. Breast milk contains the most suitable nutrients; it protects the newborn against infections and diarrhea and also reduces the risk of allergies. It also speeds up the mother's postpartum recovery and strengthens the mother-infant relationship.

Many women refuse this type of feeding because of ignorance or the effort it involves. However, medical staff can support and positively influence postpartum mothers, provide reliable information, and thus increase the duration of exclusive breastfeeding.

AIM

Coaching health workers (midwives, nurses and nursing assistants) to better educate mothers on breastfeeding and to encourage more mothers to choose this option.

MATERIAL AND METHOD

We conducted a literature review of the main baby feeding databases and also reviewed the current hospitalization unit protocol on breastfeeding support in order to develop a novel health education program for new hospital staff.

DISCUSSION

We implemented a training program which included guidance on the proper feeding position, the main signs of effective and ineffective breastfeeding, the conditions under which breastfeeding might be or not be appropriate for the mother or the new born such as certain illnesses, toxic habits, previous surgeries, medications, intolerances etc.

An evaluation questionnaire of the program quality showed that over 90% of staff members considered the training they received to be useful.

CONCLUSION

Breastfeeding is a completely new situation for the newborn, and often also for the mother. A very high percentage of mothers have the opportunity to choose the type of feeding they want to provide their babies with. Support, guidance and education provided by healthcare workers can help mothers to choose exclusive breastfeeding for the first 6 months for their babies.

It is important that mothers begin to receive this emotional and educational support from healthcare workers during pregnancy and for it to continue during the neonatal and pediatric period.

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LECHE HUMANA DONADA SUMINISTRADA POR UN BANCO DE LECHE EXTERNO

YOLANDA SÁNCHEZ SUÁREZ, CELSA MARÍA SUTIL FRANCO, MARIA CARMEN MOYA MORA, EVA MARIA RODRÍGUEZ BETETA, MARÍA CARMEN GASCÓN SÁNCHEZ, NADIA GARCÍA DE LARA

Antecedentes

Tras la creación en 2014 del Banco Regional de Leche Humana Donada (LD) se pone en marcha un proyecto para distribuir LD a otros hospitales entre los que se encuentra nuestro centro de nivel III. La gestión de la alimentación la realiza el propio personal de la Unidad (Auxiliares de Enfermería, Enfermeras y Médicos).

Objetivos

Adaptar la infraestructura y el sistema de trabajo actual para la recepción, almacenamiento y administración de LD a los pacientes de la Unidad Neonatal. Asegurar la trazabilidad y seguridad a lo largo de todo el proceso así como minimizar las pérdidas del producto recibido.

Material y Métodos

Se forma un grupo de trabajo integrado por un Neonatólogo, dos Auxiliares de Enfermería y tres Enfermeras de la Unidad. Se revisaron la bibliografía existente y los procesos operativos del Banco Regional de LD. Finalmente se elaboró un proyecto de adaptación y puesta en marcha que fue revisado por el Banco Regional.

Resultados

A. Descripción detallada de los recursos necesarios en cuanto a: **A.1. Infraestructura:** Habitación independiente con acceso restringido. **A.2. Material:** Un congelador y una nevera con sistemas de seguridad que permitan un monitoreo constante de la temperatura, un baño termostático, tapones para cierre de jeringas de alimentación, una terminal informática y una impresora de etiquetas. **A.3. Humanos:** Personal Médico, de Enfermería y Auxiliares de Enfermería de la Unidad.

B. Documento escrito que incluye la descripción de cada proceso, las hojas de registro de éstos y el personal implicado

D. Desarrollo de un consentimiento informado validado

C. Desarrollo de un programa formativo teórico-práctico extensivo a todo el personal de la Unidad.

G. Instauración de un sistema de registro y comunicación continua con las madres para conocer de manera actualizada la disponibilidad de LM.

Conclusiones

Los resultados obtenidos han permitido hacer efectiva la recepción y administración de LD de manera satisfactoria, traduciéndose esto en un beneficio para los pacientes. La metodología utilizada ha permitido disminuir la variabilidad en la práctica aumentando así la seguridad en el circuito de procesamiento de leche.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE RECIBE LECHE HUMANA DONADA DE BANCO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

CELSA MARIA SUTIL FRANCO, MIGUEL ANGEL MARIN GABRIEL, EVA MARIA RODRIGUEZ BETETA, CARMEN GASCON SANCHEZ, YOLANDA SANCHEZ SUAREZ, NOELIA URETA VELASCO

Introducción:

Desde el 1 julio de 2014 en la Unidad Neonatal de nuestro hospital somos centro receptor de leche humana donada de banco (LDB) procedente del banco regional de leche donada de nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivo

Descripción de la población beneficiaria de la LDB recibida, criterios de administración, intervalos de administración más frecuentes prescritos y tipo de alimentación al alta.

Metodología

Estudio descriptivo observacional desde 1 julio hasta 15 de noviembre 2014. Datos relacionados con el recién nacido (RN): edad gestacional (EG), peso RN, criterio, tiempo y motivo de administración de LDB, motivos del cese y tipo de alimentación al alta.

Resultados

Todos los padres aceptaron la recepción de LDB. De los 20 que cumplían criterios de administración, 18 (90%) finalmente la recibieron y a dos pacientes no se les administró por volumen suficiente de leche materna (LM).

La EG media fue $30\pm 3s$ y el peso medio fue $1368,5\pm 462g$. El 85% nació mediante cesárea y el 60% fueron varones.

Los criterios para la indicación de administración de LDB fueron: 50% peso 1000-1500g y EG 28-316s, el 25% RN < 1000g, y el resto por otros motivos. La edad media de inicio de recepción de LDB fue de $20,5\pm 12.2h$.

La duración media de administración de LDB fue de $17\pm 14.6d$. El motivo principal de cese de recepción de LDB fue la disponibilidad de LM (70%) y tener un peso postnatal de 1500g (20%).

Se apreciaron tres intervalos característicos en el tiempo de administración de LDB, 1-5, 10-20 y 30-40 días, en cada uno de los cuales puede encontrarse una relación con el motivo del cese de administración de LDB y el tipo de alimentación al alta.

De los 18 pacientes que recibieron en algún momento LDB, al alta, el 60% mantuvo lactancia materna exclusiva y un 20% lactancia mixta.

Conclusión

El inicio de administración de la alimentación enteral se consiguió de forma precoz.

Sería interesante una vez ampliamos el tamaño muestral, valorar si la disponibilidad de LDB ha modificado las pautas de inicio de alimentación y los tipos de alimentación al alta.

CARACTERÍSTICAS Y GRADO DE APROVECHAMIENTO DE LA LECHE DONADA RECIBIDA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

CELSA MARIA SUTIL FRANCO, MIGUEL ANGEL MARIN GABRIEL, YOLANDA SANCHEZ SUAREZ, CARMEN MOYA MORA, EVA RODRIGUEZ BETETA, GERARDO BUSTOS LOZANO

Introducción

Desde el 1 de julio de 2014 nuestra Unidad Neonatal es centro receptor de Leche Humana Donada de Banco (LDB) procedente del Banco Regional de Leche Donada de nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivos:

Descripción del volumen y características de la LDB recibida así como de las prescripciones realizadas en los recién nacidos (RN) receptores. Análisis de las prescripciones no administradas y de las causas de las mismas.

Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional desde el 1 julio hasta el 17 de noviembre de 2014. Datos relacionados con la LDB: tipo (calostro/intermedia/madura) y características (contenido calórico, acidez Dornic, entre otras). Para la obtención de la información relacionada con la prescripción y no administración de LDB se documentó a través de la historia clínica del RN así como de su hoja de registro específica, valorando las posibles causas (Leche Materna (LM) disponible, incidencias en la toma, suspensión de alimentación y otras).

Resultados

Durante este periodo se recibieron 24.060 ml de LDB con las características que se documentan en la tabla 1. Se realizaron 860 prescripciones de LDB, no siendo administradas finalmente 17 (1.9%). Los motivos para la no administración fueron: 7 prescripciones (41.1%) por disponer de LM en el momento de administración de la toma (ocurrido en los primeros días de vida), 6 (35.2%) por suspensión de la toma por orden facultativa, 3 (17.6%) por incidencia en la preparación y 1 (5.8%) por otros motivos.

	Calostro	Intermedia	Madura
Volumen y %	480 (2%)	3900 (16.2%)	19680 (81.8%)
Grasa gr/dl	2,6±0,3	3,8±0,9	4,24±0,9
Proteínas gr/dl	1,7±0,1	1,5±0,2	1,17±0,1
Lactosa gr/dl	6±0,1	6±0,2	5,86±0,2
Energía kCal/dl	55,2±3,2	65,8±10,3	68,2±9
Acidez °Dornic	6,2±1,5	3,9±1	3±1

Conclusión

La mayor parte de LDB recibida fue leche madura. Las propiedades nutricionales de la LDB fueron óptimas. Observamos un bajo porcentaje de pérdidas de LDB una vez ésta se ha asignado a un receptor, siendo las principales razones la disponibilidad de LM y los motivos clínicos. Si bien los resultados son muy buenos en este sentido, se podrían optimizar mejorando la comunicación con las madres para valorar la de disponibilidad de LM.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS INDICADORES DE UN BANCO DE LECHE MATERNA

GERARDO BUSTOS LOZANO, ESTHER CABAÑES ALONSO, CARLOS ORBEA GALLARDO, NOELIA URETA ALONSO, LIDIA GARCÍA SANJOSÉ, NADIA GARCÍA LARA

Objetivo: visión histórica de la evolución de los indicadores de calidad de un banco de leche de un centro hospitalario

Metodología: medida trimestral de indicadores acumulados por años desde 2009 hasta junio de 2014. Indicadores de actividad de donación, grado de acidez, pérdidas de leche cruda (LC), eficiencia del procesamiento (leche pasteurizada, LP), eficiencia global (pérdidas globales), distribución, volumen de reserva, actividad de pasteurización y trazabilidad donante receptor.

Resultados

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (6 m)
Donantes aceptadas	109	98	119	138	178	111
Donantes rechazadas (%)	4,4	3,06	0,9	2,8	2,2	0
Volumen de donación (L)	744	694	934	1033	718	474
Donación media (L)	5,53	6,6	8,05	6,8	9,28	4,3
Donantes nunca activas (% aceptadas)	6,3	9,8	3,4	7,4	3,1	9
Acidez media (° Dornic \pm DS)	3,5	3,1 \pm 1	3 \pm 1	3 \pm 1	3 \pm 2	3 \pm 1,5
Volumen pasteurizado (L)	530	549	653	815	702	498
Volumen de LP distribuido	530,4	551,5	668	839	647	449
Volumen administrado receptor desconocido en % (pérdida trazabilidad)		0,8	0,22	0,13	0,25	0,01
Pérdidas LC por envase + color + aroma (%)		1,48	0,39	0,31	1,21	0,4
Pérdidas LC por caducidad (%)		3,1	13,47	8,66	1,53	0
Pérdidas LC por acidez (%)		2,3	1,43	2,29	5,22	2,6
Pérdidas LC por conservación (%)		1	0	0	0	0
Pérdidas LC por investigación (%)		0,2	0,03	0,17	0,23	0,01
Pérdidas totales LC (%)	28,7	8,15	15,46	11,48	8,39	3
Pérdidas pasteurización inadecuada (%)		0,55	2,4	3,05	0,23	0
Pérdidas incidencias de conservación LP (%)		0,06	0	0,05	0	0,07
Pérdidas incidencias de distribución LP (%)		0,4	0,16	0,13	0,25	0,01
Pérdidas por contaminación bacteriana LP (%)	7,6	3,6	0,46	1,42	2,46	3,5
Pérdidas LP por investigación (%)	¿?	0,08	0,03	0,01	0	0
Pérdidas totales leche donada (%)	¿?	11,9	17,64	15,1	11,29	7,3

Conclusiones: los indicadores se cumplen muy por encima de los objetivos del centro. Las pérdidas son muy bajas, inferiores al 12% en los dos últimos años. Aunque el número de donantes es alto, la donación media ha bajado, probablemente por la ausencia de recogida a domicilio o en otros centros.

AISLAMIENTO DE PROTEÍNAS DEL CALOSTRO MEDIANTE CROMATOGRAFÍA DE AFINIDAD USANDO HEPARINA

MARÍA JESÚS RUIZ GARCIA, MARÍA NIEVES MUÑOZ RODRÍGUEZ, ASCENSIÓN PILAR GUILLÉN MARTÍNEZ, IRENE MARTÍNEZ MARTÍNEZ, CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA, MANUEL AVILÉS SÁNCHEZ

Antecedentes y objetivos

Numerosos estudios indican el efecto beneficioso que tiene la lactancia materna para el correcto desarrollo del niño; sin embargo, los componentes implicados en dicho beneficio no son del todo bien conocidos. Este conocimiento incompleto de la composición de la leche humana se debe en gran medida a la complejidad de esta secreción debido a la presencia de numerosas proteínas al igual que ocurre en otros fluidos biológicos. Estudios recientes han demostrado que el fraccionamiento de una muestra compleja en muestras más sencillas permite la identificación de nuevas proteínas minoritarias previamente no descritas en la leche humana. Por ello, el presente estudio pretende desarrollar un nuevo método de fraccionamiento de las proteínas del calostro que permitan una mejor identificación de las proteínas existentes.

Material y métodos

El calostro fue centrifugado a 4°C para obtener el suero lácteo. Este suero fue fraccionado mediante cromatografía de afinidad usando una columna de heparina. Posteriormente la columna fue lavada y las diferentes proteínas fueron eluidas usando una concentración creciente de cloruro sódico. La concentración de proteína fue estimada midiendo la absorbancia a 280 nanómetros.

Resultados

Esta metodología ha permitido fraccionar el suero lácteo en tres principales fracciones. Existe una fracción sin afinidad por heparina y dos fracciones con afinidad por heparina. Estas dos últimas se pueden dividir a su vez en dos fracciones. Una minoritaria con menor afinidad y otra con mayor cantidad de proteína con alta afinidad por heparina.

Conclusiones

Estos resultados nos indican que el método empleado es de especial interés para reducir la complejidad proteica de la leche. Futuros estudios combinando esta metodología con análisis proteómico pueden ser de gran utilidad para la identificación de biomarcadores no invasivos que nos indiquen la calidad de la leche y el estado fisiológico de la glándula mamaria.

EL BANCO DE LECHE HUMANA, FIABILIDAD EN EL PROCESO

MARIA DOLORES DE LA TORRE GARCÍA, MARIA ENCARNACIÓN GUTIERREZ AGUILERA, MARIA MERCEDES RUIZ SANCHEZ, MARÍA TERESA PALMA GARCÍA, MARIA ANGELES GARZÓN CASANOVA, MARIA ASUNCIÓN GARCÍA HIDALGO

Objetivos:

Preservar todas las garantías sanitarias de la leche donada, desde la extracción, recepción, procesamiento, almacenaje, hasta su dispensación al Recién Nacido beneficiario.

Promocionar la lactancia materna.

Metodología:

Promoción de la lactancia materna por parte del personal de la Unidad.

Las donantes de leche son sometidas a un escrupuloso proceso de selección, que incluye una revisión de los antecedentes medico-sociales, un estudio serológico para descartar enfermedades infecciosas, potencialmente transmisibles.

Se les instruye sobre el manejo y esterilización del equipo de extracción, normas de higiene y se les facilita todo el material, tanto para su extracción como para su recogida.

La leche es analizada de manera individual y pasteurizada para proporcionar todas las garantías sanitarias a los receptores.

Se descartan las leches que tengan un alto nivel de contaminación.

Registro de todas las actividades relacionadas con entrada, dispensación, elaboración de la leche donada.

Resultados:

Mantenemos un equilibrio entre donantes y necesidades de Leche Donada.

La mayoría de las madres que dan a luz en nuestro hospital amamantan a sus hijos y muchas se hacen donantes.

Proveemos de leche materna donada pasteurizada a varias ciudades españolas.

La gran mayoría de nuestros neonatos son alimentados con leche materna o leche donada, salvo excepciones.

Conclusiones:

La leche materna se tolera mejor, protege a los recién nacidos prematuros, con patologías, intestinales graves, como la enterocolitis, disminuye el riesgo de infección, mejorando sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo.

La OMS y UNICEF afirman que el mejor alimento para un Recién Nacido es la leche de su madre. Cuando esto no es posible, la leche humana donada es la mejor alternativa para los niños enfermos o prematuros.

P-64 (921)

PROCESAMIENTO DE LA LECHE DE LA PROPIA MADRE EN UNA UNIDAD NEONATAL. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES, MEJORAS EN CALIDAD Y SEGURIDAD.

ELENA MARÍA DÍAZ SALIDO, ISABEL ARENILLA VELEZ, MARIA TERESA SANCHEZ JIMÉNEZ, JOSEFA AGUAYO MALDONADO

INTRODUCCIÓN

En un hospital de tercer nivel con 7.000 partos al año se detecta la necesidad de mejoras en la atención a la lactancia materna y se diseña un plan de actuación.

OBJETIVOS

Promocionar y facilitar la lactancia materna en la Unidad de Neonatología mediante la implantación de mejoras y estrategias de seguridad en el Procesamiento de la leche de la propia madre (PLPM) y el apoyo a las madres lactantes.

MÉTODO

Se programan ediciones sucesivas del curso básico de lactancia de 20 horas de la IHAN y se ofertan a matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería, residentes, pediatras y obstetras del hospital.

Se elabora el “Protocolo de extracción, conservación y administración de leche de la propia madre a los recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología”.

Se seleccionan profesionales de la Unidad que serán formados para el procesamiento de la leche de la propia madre (PLPM).

Se sistematiza el proceso de información a las madres, estableciendo el personal responsable.

RESULTADOS

En el año 2012 se realizan 5 ediciones del “Curso básico de lactancia”, 4 en el 2013 y 2 en el 2014, cada una de ellas para 24 alumnos.

PROFESIONALES	2012	2013
DUE	45	23
TCAE	43	23
MATRONAS	3	15
MÉDICOS	10	4
TOTAL	102	65

En la Unidad de Neonatología realizan el curso el 60,29% del personal de enfermería, el 48,64% de las enfermeras y el 74,19 de las TCAE.

Desde el mes de diciembre de 2013 la leche de la propia madre se procesa en la propia Unidad de Neonatología.

Mensualmente se codifican y registran una media de 288 extracciones de leche fresca, lo que supone un volumen de 157.464,6 ml de media por cada madre al alta de la Unidad Neonatal.

Se realiza una encuesta de valoración a las madres.

CONCLUSIONES

El PLPM ha supuesto una mejora del proceso en condiciones de calidad y seguridad clínica, garantizando la trazabilidad y la dispensación a los recién nacidos de la leche fresca de su madre en las primeras 24 horas o tras ser congelada en condiciones de seguridad.

La formación de los profesionales permite establecer una red de ayuda para las madres lactantes.

PROTOCOLO DE ESTIMULACION Y EXTRACCION PRECOZ DE LECHE MATERNA EN CASO DE PARTOS PREMATUROS O RECIEN NACIDOS ENFERMOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL.

M^a BELÉN SÁNCHEZ MARTÍNEZ, FRANCISCA MARTÍN PEREGRINA, LIDIA MIRIAN PARDO SARANGO, MERCEDES ALONSO MOYA, JOSEFA CASTILLO VERA ,

INTRODUCCIÓN

Ante la baja prevalencia de la lactancia materna en recién nacidos (RN) gravemente enfermos y en grandes inmaduros (EBPN), unido a la evidencia de que la administración de calostro precoz puede tener efectos protectores para el bebé EBPN y RN enfermos; nos llevó a la implementación del **Protocolo de estimulación y extracción precoz de leche materna en caso de partos prematuros o recién nacidos ingresados en la UCIN neonatal**. Iniciando el estímulo de la lactancia antes de las 6 horas posteriores al parto.

METODO

Para la realización del protocolo se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años en bases de datos como Cuiden, Pubmed y Cochrane Plus.

Se realizaron sesiones clínicas, para dar a conocer al personal de enfermería, el protocolo y cómo llevarlo a cabo. Además de tratarse el tema en los cursos anuales de cuidados en neonatología, que realiza la unidad neonatal para el personal.

RESULTADOS

A los tres años desde su implantación, y la total implicación del personal de la unidad, el protocolo está totalmente integrado en la práctica clínica, con el consiguiente beneficio para los recién nacidos que reciben las primeras gotas de calostro generalmente entre las 4-10h de vida.

Un aumento del índice de inicio de la lactancia, en situaciones tan comprometidas y difíciles como es el ingreso de un hijo recién nacido en Cuidados Intensivos o en la Unidad Neonatal.

Buena acogida por las madres, que se ven muy motivadas al ser visitadas a las pocas horas del parto, por el personal que atiende a su bebé. Se establece un vínculo de confianza y además del inicio precoz de la lactancia.

Hemos podido observar, que es más efectivo si el personal permanece con la madre, mientras realiza la primera extracción.

CONCLUSIONES

Con el inicio precoz de la estimulación y extracción de leche materna en las primeras 6 horas posteriores al parto, las madres se ven más involucradas en los cuidados de su hijo desde el nacimiento proveyéndolo del mejor alimento. Siendo un gran estímulo para ellas, ver que esas primeras gotas de su leche son administradas con su participación.

TRIPTICO SOBRE CONSERVACION Y ALMACENAJE DE LA LECHE MATERNA

SONIA LÓPEZ CANO, LAURA LÓPEZ CANO, CARMEN IGLESIAS BARREIRO, DIOLINDA BEGOÑA MARTINEZ GONZALEZ, YADIRA OLIVERA LA VEGA, SANDRA RODRIGUEZ LÓPEZ

Introducción

Según las recomendaciones de la OMS que aconseja la lactancia materna los primeros 6 meses de vida y teniendo en cuenta que uno de los problemas del s.XXI es conciliar la vida laboral con la familiar, pretendemos con este proyecto cubrir una de las necesidades demandadas por las madres, que quieren continuar con la lactancia materna, pero que por circunstancias no pueden estar presentes en todas las tomas.

Estas madres demandan consejo sanitario y nosotros queremos a través del formato papel facilitar esta labor. En el poster se recuerda de manera escueta y sencilla toda la información necesaria. Haciendo hincapié en el almacenaje y conservación de la leche materna.

Objetivo

Reforzar la información que se da en consulta, en un formato atractivo, manejable, accesible y que unifica a su vez todos los criterios sobre la conservación de la leche materna, fomentando la lactancia el mayor tiempo posible. Permitiendo que se pueda consultar el tríptico de manera fácil, tanto por las madres como por el resto de profesionales.

Método

Es un estudio cualitativo de carácter prospectivo en el que se unifican los consejos de diferentes categorías profesionales.

Aportando información y pudiendo ser divulgado en cualquier centro sanitario, tanto en hospital como en atención primaria, guarderías y cualquier asociación relacionada con el ámbito materno infantil.

Resultados

Al ser un estudio de carácter prospectivo los resultados de satisfacción no se han podido evaluar por el momento. Si bien tenemos constancia de la preocupación que suscita esta nueva etapa tanto para el padre como para la madre y tener esta información veraz y científicamente contrastada por escrito, para que puedan consultar en cualquier momento les resultará satisfactorio y de gran utilidad.

Conclusión

Dando la información en un tríptico sobre la conservación de la leche materna, esperamos que haya una mayor continuidad de la misma y así disminuir los casos de abandono de la lactancia materna en el periodo de 0 a 6 meses, ya que se puede compaginar la lactancia con otras actividades, y además, también puede participar el padre en este acto.

CONSENSO INTERDISCIPLINAR DE CASOS EN LOS QUE LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA RESULTA BENEFICIOSA

GARAZI PÉREZ LÓPEZ, MERCEDES SOUTO PAZOS, M MABEL LOJO LOJO, JOSEFINA RUBIN GOITIA

INTRODUCCIÓN

El amamantamiento directo es actualmente el más recomendado por los pediatras por los beneficios que aporta al bebé; regula la frecuencia cardiaca, respiratoria y la temperatura del RN (recién nacido, calmándolo tanto a él como a la madre y permite la colonización de la piel del bebé con las bacterias beneficiosas de la madre, protegiéndolo contra infecciones, etc.

Sin embargo existen casos en los que la extracción de la leche materna para su posterior administración con biberón está justificada y es beneficiosa tanto para la madre como para el RN.

OBJETIVO

Consensuar entre distintos profesionales de nuestra unidad un protocolo sobre cuando existe indicación de extracción de leche materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de las principales bases de datos relacionadas con la lactancia materna. Puesta en común entre pediatras, matronas y enfermeras de nuestra unidad y desarrollo de un protocolo de indicaciones de extracción de leche materna.

RESULTADOS

Los supuesto en los que la extracción de leche materna será más beneficiosa son los siguientes:

- Alimentar a un RN mientras aprende a succionar un pezón invertido.
- Alimentar a un RN que rechaza el pecho o tiene dificultad de succión.
- Alimentar a un RN de bajo peso o prematuro ingresado en una unidad neonatal.
- Aliviar la ingurgitación de las mamas.
- Lactancia materna intensiva por pérdida de peso (por bajo vaciamiento de mamas o por poca producción de leche y necesidad de estimulación).

CONCLUSIÓN

En los casos establecidos como beneficioso, será tarea del personal sanitario tranquilizar a la madre y apoyarla, recordándole que tan solo se trata de una situación temporal, bien hasta que regule la cantidad de leche necesaria para su RN o bien hasta que éste aprenda a succionar correctamente.

Formaremos a las madres tanto en la técnica de extracción correcta (mecánica o manual) como en la conservación y preparación de la leche para su posterior administración.

BREAST MILK REMOVAL, STORAGE, REFRIGERATION AND DEFROST GUIDE

GARAZI PÉREZ LÓPEZ, MERCEDES SOUTO PAZOS, M MABEL LOJO LOJO, JOSEFINA RUBIN GOITIA

INTRODUCTION

Breast milk can be extracted and stored in circumstances where the baby cannot nurse at the breast, as well as to guarantee that the baby always has food. Breast milk is delicate and the extraction and storage for later use requires a proper handling to keep all the nutrients, and prevent contamination.

AIM

To develop a common guide for different health workers (pediatricians, midwives, nurses) on correct breast milk removal, storage, refrigeration and defrost.

MATERIAL Y MÉTODO


Literature review of the main databases related to breast milk conservation, agreement between different health workers of our hospitalization unit and the development of a milk preservation guide.

DISCUSSION

We agreed upon the following recommendations:

- Good hand and tank washing, with water and soap.
- The use of glass or hard plastic food grade containers, with screw top.
- To store breast milk in small amounts (60-120 g) and to defrost only the volume the baby needs.
- Milk shelf life:

	Temperature	Time
Ambient temperature	15°C	24 hours
	19-22°C	10 hours
	25°C	4-8 hours
Fridge	0-4°C	5-8 days
Freezer	Freezer inside the fridge	2 weeks
	Freezer in a separate compartment	3-4 months
	Separate freezer	
	-19°C constant temp	6 months



Defrosted breast milk can be kept for 24 hours in the fridge, providing that it has neither been heated nor touched the child's saliva.

- Defrosting and breast milk heating procedure:
 - During the night: place the milk from the freezer in the fridge the night before.
 - Immediate milk defrosting and warming: Under warm watercourse or sinking in warm water.
 - Once defrosted shake the container softly to homogenize.
 - Never heat it in the microwave.

CONCLUSION

In our hospitalization unit, we emphasize both the importance of the interdisciplinary collaboration and the value of working together to teach mothers how to breastfeed.

We are in an exceptional position to influence mothers positively and to help them to fulfill their expectations regarding breastfeeding.

LOS PREMATUROS TARDÍOS REQUIEREN APOYO EN LA LACTANCIA

PATRICIA TORIJA BERZAL, JORGE GARCÍA EZQUIAGA, ICIAR OLABARRIETA ARNAL, NIEVES MARTÍNEZ GUARDIA, MARÍA JOSÉ SANTOS MUÑOZ, ERSILIA GONZÁLEZ CARRASO

Introducción: la lactancia materna es la forma óptima de alimentación de los recién nacidos (RN), especialmente los más vulnerables, como los prematuros. Las tasas de lactancia en este grupo están menos documentadas que en RN a término (RNT).

Objetivo: analizar las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) de los pretérminos tardíos (PT: 34-36+6 semanas de gestación) y compararlas con los RNT en el mismo período. Estudiar los factores asociados al establecimiento de la LM en este grupo de niños.

Material y métodos: estudio longitudinal, prospectivo de la alimentación de los RN durante 2013-2014 hasta el alta del hospital.

Determinación de variables a partir de las fichas de monitorización de la lactancia en RN.

Creación de base de datos y análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: se obtienen 2 muestras: 183 RNPT y 1.926 RNT. En los RNPT la tasa de LME durante la estancia hospitalaria fue de 26%, oscilando las cifras entre 14% y 39,5% en función de si estuvieron o no ingresados en la unidad neonatal, mientras que en los RNT que no precisaron ingreso alcanzó un 69,8 % en el período 2013-14 y un 72% en el 2014.

Al alta mantuvieron LME el 54% de los RNPT y el 77,6% de los RNT.

Las tasas de LME para los RNPT de 34, 35 y 36 semanas fueron de 19%, 23% y 29,9% en el hospital y 61,5%, 46,4 % y 56,7% al alta, respectivamente.

De los 65 RNPT nacidos mediante cesárea un 13,9% recibió LME, frente a un 32,3% y 37,5% de los partos eutócicos e instrumentales, mientras que al alta los porcentajes fueron similares (eutócico 54,2% cesárea 53,8% e instrumental 50%).

Conclusiones: la menor edad gestacional y el nacimiento mediante cesárea se asocian a menor porcentaje de LME en el hospital, pero no al alta. La necesidad de ingreso en unidad neonatal aumenta la probabilidad de que el RN reciba suceso de LM.

En los RNPT de 34-35 sem se consigue mayor % de LME al alta, en probable relación con el apoyo recibido durante su ingreso.

Los RNPT necesitan apoyo especial en la instauración de la LM.

EVOLUCION DE LA LACTANCIA EN EL PREMATURO TARDIO DURANTE SU INGRESO EN PLANTA DE MATERNIDAD

JAIONE SAN MILLÁN DE CLASCÁ, MARÍA JOSÉ TRINCADO AGUINALGARDE, MARÍA JESÚS DE LOS RÍOS RUBIO, MARTA ESTALELLA BELLART, LEIRE CITORES MARTÍNEZ, EUNATE ARANA ARRI, ITZIAR ESTALELLA BELLART ,

El establecimiento de la lactancia materna en el prematuro tardío (340/7-360/7 semanas de gestación) puede ser inefectiva por diversos factores. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución de la lactancia del prematuro tardío durante su ingreso y analizar factores relacionados con el no establecimiento de una lactancia materna deseada.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo de prematuros tardíos ingresados en planta de maternidad entre noviembre 2012 y noviembre 2013. Se recogieron los datos de las historias clínicas. Comparación de variables categóricas (%) mediante prueba Chi cuadrado.

Resultados: se obtuvieron datos de un total de 171 prematuros tardíos (55,6% varones) entre Nov12-Nov13. Presentaron un peso natal medio de $2543,24 \pm 61,95$ gramos, edad gestacional media de $35,37 \pm 0,13$ semanas y un ingreso medio de $5,26 \pm 0,68$ días. Un 12,9% requirieron ingreso en la unidad neonatal desde planta, ingreso con una duración media de $2,48 \pm 0,37$ días. En el 91,2% las madres desearon iniciar una lactancia materna, de ellos, el 52,6% consiguió lactancia materna exclusiva (LME) al alta, un 35,2% lactancia materna (LM) y un 12,2% alimentación con biberón (AB). En total un 19,4% de los prematuros tardíos son dados de alta alimentados con biberón.

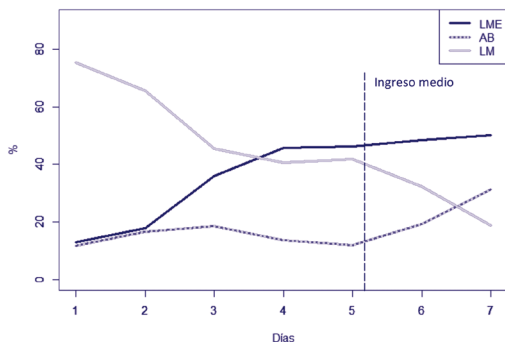


Figura1: porcentaje de prematuros tardíos alimentados con LME, LM y AB durante su ingreso.

Se compararon distintas variables entre los grupos de prematuros que, deseando sus madres iniciar una lactancia materna (n=156), fueron dados de alta con LME-LM (n=137) y con AB (n=19), siendo significativos el parto múltiple (p=0,002) y diabetes (antecedente materno o gestacional) (p=0,042).

Conclusión: la detección de factores asociados al no establecimiento de una LM deseada durante el ingreso permitiría diseñar intervenciones específicas para esos grupos de riesgo.

BEBÉS HIPERDEMANDANTES. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y COMPORTAMIENTO.

DESIRÉE GUTIÉRREZ MARÍN, JOANA FERNÁNDEZ MIRÓ, PALOMA NAVARRO DE ZUGASTI, ADOLFO GÓMEZ PAPÍ

Con objeto de valorar si las características de comportamiento y carácter así como la demanda alimentaria de los niños nacidos delgados para su talla se corresponden con la definición de niño hiperdemandante, diseñamos un estudio prospectivo observacional de Casos y Controles.

Se estudiaron 25 niños, 10 Casos y 15 Controles, clasificados según sus características antropométricas de nacimiento, alimentados al pecho. Se les evaluó desde el nacimiento y en 7 visitas sucesivas (de V0 a V7) hasta las 16 semanas de vida. El Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) y el *Mother and Baby Scale* se completaron con el investigador durante los controles. A las 2 semanas se valoró al bebé con la escala neonatal de Brazelton. Se utilizaron registros de demanda alimentaria donde se recogieron datos de frecuencia y duración de la toma.

Utilizamos la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables cuantitativas; para determinar la relación de dependencia entre dos variables categóricas, la prueba de χ^2 ; para determinar diferencias entre controles e hiperdemandantes a nivel de variable normal, la prueba T- Student; y a nivel de variable no-normal, la prueba U de Mann-Whitney.

Las tasas de lactancia materna exclusiva fueron significativamente menores en los casos desde la semana 1 hasta la 8. Las madres de niños del grupo de casos presentaban una tasa de ansiedad estado (STAI) más alta al inicio del estudio (V0): se sentían menos calmadas, menos seguras y más angustiadas; al mes (V3), se reportaban más tensas pero se sentían mejor; y al final del estudio (V7), se describían más satisfechas y más estables. Los bebés del grupo de casos presentaban más cambios de estado (de tranquilo a intranquilo) y más signos de estrés y mayor inestabilidad frente a los estímulos; menos capacidad de consolarse por sí solos; se mostraban más molestos frente a cualquier estímulo; y precisaban de más ayuda por parte del examinador para completar su examen durante el test de Brazelton.

En conclusión, los bebés delgados al nacimiento presentan un carácter “hiperdemandante” que afecta a las madres y reduce la lactancia materna exclusiva. Es importante identificarlos para anticipar a las madres su comportamiento y ofrecerles apoyo específico.

ANALGESIA MEDIANTE LACTANCIA MATERNA EN LA VACUNACIÓN DEL LACTANTE

YOLANDA TAZO PRIETO, PURIFICACIÓN DIAZ DE ARGOTE SAEZ DE MATURANA, MARIA ISABEL SERRANO ARANDA ,

Antecedentes y objetivos. La vacunación del lactante por vía parenteral es un procedimiento doloroso para el que no se aconseja premedicación farmacológica. La lactancia materna (LM) coincidente con la vacunación es una alternativa analgésica recomendada. El objetivo del estudio es conocer el uso y aceptación de la LM como analgesia en la vacunación infantil en un colectivo de enfermeras de Pediatría y en un grupo de madres que acuden a nuestro centro de salud.

Material y métodos. Participaron 33 enfermeras de Pediatría de atención primaria y 12 madres que acuden a nuestro centro de salud. Se utilizó una encuesta online específica para cada colectivo.

Resultados. Enfermería. Conocían el uso analgésico de la LM 27 (81.82%) y 6 (18.18%) lo desconocían, siendo utilizada rutinariamente por 21 (65.63%) mientras 11 (34.38%) no lo hacían. Respecto al momento de dar LM, 4 (14.81%) la utilizaban durante la vacunación, 10 (37.04%) después de la vacunación y 13 (48.15%) lo hacían indistintamente. El momento de la LM en relación con la vacuna era decidido conjuntamente con la madre por 26 (83.87%) enfermeras y 5 (16.13%) lo hacían según criterio exclusivo del profesional. Respecto a la LM como analgésico en las vacunaciones, 26 (78.79%) la consideraban de utilidad y 6 (19.35%) no tenía opinión al respecto. Sobre la percepción de las enfermeras de la utilidad de la LM como analgésico por parte de las madres, 23 (74.19%) respondieron afirmativamente, 1 (3.23%) negativamente y 7 (21.21%) no tenían una opinión establecida.

Madres. Todas las madres reconocían la LM como un recurso analgésico útil y 11 (91.67%) reconocían que las enfermeras facilitaban este procedimiento y 1 (8.33%) que no. Respecto al momento más adecuado para usar la LM como analgésico, 2 (16.67%) preferían que la LM se realizara durante la vacunación, 6 (50.00%) después de la vacunación y 4 (33.33%) indistintamente.

Conclusiones. La LM como procedimiento analgésico en la vacunación del lactante es un recurso ampliamente usado en nuestro medio, bien aceptado por enfermeras y madres. Contrariamente a las recomendaciones oficiales, enfermeras y madres no prefieren ni eligen la LM simultáneamente a la vacunación.

CIRUGÍA DE LA ANQUILOGLOSIA EN LA CONSULTA MÉDICALUIS RUIZ, CARLOS PEÑA, FRANCISCO PARRI, ALBERT MONTANER, NURIA RODRIGUEZ

La frenectomía libera la lengua del suelo de la boca facilitando la apertura y succión haciendo lactancia es más eficaz y placentera. Hay muchas dudas sobre donde, como y cuando realizar la intervención. Presentamos resultados de 4 años de frenectomías en consulta de lactancia.

Material y métodos.

Se analizan registros de las intervenciones realizadas, su indicación, y sus resultados. Se usó la herramienta de Hacerbaker para decidir la frenectomía con los padres. Se utilizó un registro del nivel de dolor de la madre de 0 a 10 y se realizó una observación de la toma.

Resultados

Desde enero de 2010 a noviembre de 2014 se han realizado 776 frenectomías. El 50% han sido derivadas por matrona, amiga, grupo de apoyo. El parto ha sido hospitalario público en 59%, privado en el 34%, en casa de partos en el 2% y domiciliario en 3%. El 67% era el primer hijo. La primera toma la realizaron mayoritariamente en sala partos y costo agarrarse en el 48 % de los casos, fue dolorosa en el 49 % y en un 28 % mamo con tranquilidad y fue supervisada en un 65%.

En el 83% de los casos fue única. La clínica materna fue dolor desde el inicio en el 84%, grietas en el 72% que en un 20 % llevaron a poner pezonera y en un 36% requirió suplementación. El tipo según Coryllos fue: 5% tipo 1, 14% tipo 2, tipo 3 51% y tipo 4 el 28%. La media de dolor al llegar a la consulta fue de 6,7 y tras modificar la posición 2,4. Tras la frenectomía fue de 0,4. Las frenectomías se han realizado el 95% en consulta de lactancia y en un 4,5% en consulta de cirugía. El sangrado es medio o abundante en el 4 %.

Conclusiones.

La cirugía de la anquiloglosia puede realizarse en la consulta con muy buenos resultados y sin complicaciones por la técnica. La mejora en la sensación de dolor es importante. Es una acción a realizar cuando la valoración objetiva indique esta técnica.

ANQUILOGLOSIA COMO CAUSA DE MASTITIS

LUIS RUIZ, EVA CAPDEVILA, LLUÏSA TARÈS, ROSER PORTA, VICENTE MOLINA, ALBERT MONTANER, FRANCISCO PARRI

Antecedentes

La mastitis es una sobreinfección bacteriana de la glándula mamaria con acúmulo de leche por posición inadecuada al mamar que afecta al 30 % de las madres y causa abandono de la lactancia materna (LM). La anquiloglosia del bebé puede generar este proceso.

Material y métodos

De marzo a septiembre de 2014 se siguen en la Unidad de Lactancia las madres y bebés (MYB) con mastitis remitidas de Urgencias del Hospital Universitario (HU). Se revisan la posición y otros aspectos según protocolo controlando evolución y tratamiento. Se valora el agarre con el LATCH y el Hazelbaker para la anquiloglosia, clasificada según Coryllos.

Resultados

Se visitan 71 parejas MYB. El 51% bebés son habituales del centro y el 38% acuden al pediatra fuera. El parto ha ocurrido en HU en el 54% y en el 3% en el domicilio. El 68% han practicado piel con piel. La estancia hospitalaria ha sido en el 41% menor de 48 horas, un 21% entre 48 y 72 horas y en el 27 % mayor de 72 horas. 46 (65%) de los bebés se alimentan con LM exclusiva. 63 (89%) de forma directa al pecho. En 26 casos dan con biberón. Las tomas son a demanda en 55%.

Síntomas maternos: Tumefacción local 15, generalizada 30. Grietas 32 y pezón erosionado 33. Enrojecimiento del pecho en 29 (41%), 25 sectorial. En 7 casos (10%) nódulos. Otros: Perlas de leche (12), síndrome de Raynaud (10) y galactorea contralateral (2).

Síntomas en los bebés: Abre poco la boca en 61%. En 21 (30%) no mantiene succión. Mal agarre en 58 (82%) y anquiloglosia en 51 (72%) de los casos. 54 con retrognatia y 51 callo de succión. 19 frenillos son tipo 4, 17 tipo 3, dos tipo 2 y uno del tipo 1 de Coryllos. En un caso se había realizado frenectomía.

Conclusiones

La anquiloglosia tipo 3 y 4 es un factor a tener en cuenta en las mastitis. Los tipos 1 y 2 son escasos por realizarse sistemáticamente la frenectomía en el centro. La posición inadecuada sigue siendo el factor más prevalente en las mastitis encontradas.

ABORDAJE PROFESIONAL EN LAS DIFICULTADES DE LACTANCIA DE UN BEBÉ CON ANQUILOGLOSIA GRADO IV

REBECA FOLLEDO ACEBAL, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANTECEDENTES.

La anquiloglosia o frenillo sublingual corto tiene una incidencia que va del 0.02% al 5% de los recién nacidos, afectando más a menudo a los varones. Se reconocen cuatro tipos:

- Grado I: el frenillo se inserta en la punta de la lengua.
- Grado II: inserción a 2-4mm de la punta.
- Grado III: frenillo corto con anclaje submucoso.
- Grado IV: frenillo submucoso.

Un diagnóstico y un abordaje temprano que incluya información, apoyo emocional y establecimiento de un plan claro y reevaluable es fundamental para evitar la frustración y el abandono de la lactancia materna en estos casos.

CASO CLÍNICO.

Apoyo en la lactancia de una madre y su bebé de un mes de vida mediante visita a domicilio.

El diagnóstico de frenillo submucoso se realiza en base a:

1. Problemas referidos por la madre: el bebé presentaba irritabilidad y escasa ganancia de peso. Realiza tomas muy largas y dolorosas.
2. Valoración profesional mediante:
 - Observación de una toma: toma muy larga y dolorosa, apertura insuficiente de la boca, labios no evertidos y pezón aplanado al soltarse.
 - Valoración de la cavidad bucal del bebé: se observa una ampolla en el labio superior y restricción en la movilidad de la lengua. A la palpación se nota un anclaje submucoso en la base de la lengua.

Abordaje del problema:

- Facilitar a la pareja información sobre el diagnóstico.
- Proporcionar apoyo emocional, valorando la dificultad de la situación, tranquilizándolos y animándolos a continuar su buen trabajo.
- Valoración de una toma. Aprendizaje, por parte de los padres, de los signos para evaluar un agarre correcto, así como técnicas que facilitan la transferencia de la leche (agarre palmar, compresión mamaria y postura a caballito).
- Información sobre la opción de realizar una frenuloplastia.
- Planificación de nueva visita en una semana o antes si fuese necesario.

COMENTARIOS.

A la semana, la duración de las tomas había disminuido, el dolor había mejorado notablemente y el bebé estaba mucho más relajado.

Continuamos realizando visitas cada vez que surgieron problemas en la lactancia. Actualmente el bebé tiene 5 meses y continúa con lactancia materna exclusiva. La frenuloplastia no fue necesaria.

P-76 (945)

MEJORÍA DE LA LACTANCIA TRAS LA SEGUNDA FRENECTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RAÚL SEGURA DEL ARCO, ALFREDO CASTRO BUSTAMANTE

Antecedentes:

Frenillo Lingual se define como un resto embriológico de tejido en la línea media entre la superficie inferior de la lengua y el suelo bucal, que disminuye el movimiento normal de la lengua.

Caso clínico:

Nacimiento mediante cesárea de un varón de 3.320 gr. con inicio de lactancia a las dos horas de vida realizando una buena técnica de lactancia y agarre del pecho correcto. La madre refiere dolor moderado a pesar de una correcta técnica de lactancia, relatando que “le hace daño con la encía”.

A la exploración del recién nacido presenta un frenillo tipo 3 según la clasificación de Coryllos y una puntuación en la escala de apariencia de Hazelbaker de 5/10. Al cuarto día de vida, tras solicitud materna, se realiza frenectomía parcial de la parte anterior del frenillo con leve mejoría de la sintomatología. El recién nacido es dado de alta con un peso de 3.080 gr (una pérdida desde el nacimiento del 8,60%).

A los 7 días de vida acude a la consulta de matrona para valoración de lactancia presentando una correcta técnica de lactancia, tomas dolorosas, muy frecuentes y largas. El bebé ha descendido un 12,46% del peso al nacimiento, presenta aspecto icterico, ligeramente deshidratado, escasas deposiciones, callo de succión, disminución de movilidad lingual y persistencia de frenillo posterior. Se le enseña la posición de crianza biológica al pecho mejorando la clínica de dolor durante la toma y se deriva a valoración de frenectomía por cirujano maxilofacial por persistir la presencia de anquiloglosia. Ese mismo día se realiza frenectomía bajo anestesia tópica sin incidencias, iniciando lactancia de manera precoz. La madre refiere mejoría franca del dolor durante la toma. Al día siguiente y en días posteriores se produce una ganancia ponderal adecuada y evolución de la lactancia satisfactoria. Al año de vida la madre sigue con lactancia materna de manera satisfactoria.

Comentarios:

La frenectomía está indicada en casos en los que el manejo clínico de la lactancia no produce mejoría y tenemos escalas de clasificación como la de Coryllos y de valoración como Hazelbaker para indicar la frenectomía.

REVISIÓN DE UN CASO CON PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA E HIPOGALACTIA SECUNDARIA: PACIENCIA, AMOR Y APOYOESTHER ESTEBAN LÓPEZ

ANTECEDENTES:

Madre primigesta, embarazo normal, cesárea el 25 de enero de 2014, nace su bebé sana: 3480 gr y 51 cm, contacto piel con piel con su padre hasta que llega su madre, no se consigue primera toma espontánea. En el hospital presenta dificultades de agarre, la madre precisa de pezoneras.

CASO CLÍNICO:

Revisión a los 9 días, escasa ganancia ponderal desde el alta, dificultades de agarre, el bebé muestra poca demanda; se valora frenillo grado 2 con escala Hazelbaker: aspecto 5, función 7. Se inicia plan de aumento de demanda, el bebé responde bien inicialmente, con aumento de deposiciones y aumento ligero de peso, sigue mostrando serias dificultades para agarrarse a pesar de tomar medidas de reposicionamiento. El bebé cada vez se muestra más irritable, se aprecia succión ineficaz y recae con pérdida de peso a los 15 días, por lo que se inicia con suplementación, con leche materna extraída o leche artificial. La madre se extrae cada 3-4 h con extractor doble, consiguiendo aproximadamente la mitad de las necesidades de suplementación. A los 24 días el cirujano pediátrico corta el frenillo. Mejoran el agarre y la irritabilidad. Cuando se establece una buena ganancia ponderal y se objetiva una mejoría en agarre y succión (3 meses) se comienza bajada paulatina de la suplementación, a los 5 meses se estanca la bajada puesto que la niña no acepta menos cantidad. La madre se siente agobiada y decaída. Propongo extracción poderosa, con lo que la madre consigue un considerable aumento de producción; la niña padece durante 4 días diarrea líquida y verde y se constata ligera pérdida de peso. Una semana más tarde, casi con 6 meses gana peso con recuperación de la pérdida anterior y aumento superior a las semanas previas. Desde entonces la niña empieza a ganar más peso, manteniendo una ligera suplementación.

COMENTARIOS:

Paciencia, amor y apoyo son las palabras con las que la madre resume su caso. Los recursos técnicos junto con la personalización de la situación, con grandes dosis de amor materno y apoyo han conseguido una lactancia feliz.

ANQUILOGLOSIA Y LACTANCIA MATERNA

HENAR ROBLES GARCÍA, CARMEN REVUELTA LISA, ANA SILVANO COCINERO, CAROLINA ALCAINE GUIADO, PAULA MORENO ORDÁS, SILVIA CRESPO BERROS

ANTECEDENTES

La anquiloglosia es una anomalía congénita que se caracteriza por un frenillo anormalmente corto y puede causar dificultad con la lactancia materna (LM) y la articulación del habla.

Existen diferentes grados de severidad, siendo los grados I y II fácilmente diagnosticables y tratables. Sin embargo, los grados III y IV, son habitualmente infradiagnosticados, causando mayores complicaciones en la LM, y en consecuencia, una mayor tasa de abandonos.

OBJETIVOS

- Conseguir una lactancia materna satisfactoria.
- Formar a los profesionales para un diagnóstico precoz de niños con anquiloglosia.
- Vigilar signos y síntomas secundarios a frenotomía.

MATERIAL Y METODOS

Revisión y análisis bibliográfico en Pubmed, Cochrane Library, CUIDEN, CINAHL y Google Académico.

Palabras clave: anquiloglosia, lactancia materna.

RESULTADOS

Clases de frenillos:

- Clase I, leve: lengua en forma de corazón y funcionalidad muy restringida. El frenillo se observa a simple vista.
- Clase II, moderada: restringe la elevación y extensión de la lengua.
- Clase III, severa: existe una pequeña membrana visible en la cara posterior de la lengua y un anclaje submucoso.
- Clase IV, completa: el frenillo se halla oculto bajo una capa de tejido mucoso y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua.

Las complicaciones en la LM pueden ser:

- Maternas: hipogalactia, dolor, grietas, mastitis, candidiasis, isquemia del pezón, ansiedad.
- Del niño: lenta ganancia de peso, molestias intestinales, tomas largas e inefectivas.

Tratamiento:

– Quirúrgico:

- Frenotomía: simple corte del frenillo.
- Frenectomía: eliminación de todo el frenillo.
- Frenuloplastia: implica varios métodos para liberar el frenillo corto y corregir la situación anatómica.

– Alternativa a la cirugía:

- Otras posiciones de amamantamiento.
- Agarre palmar.
- Uso de pezoneras.

Las complicaciones quirúrgicas son poco frecuentes, pudiendo producirse sangrado, dolor, infección o mala cicatrización.

CONCLUSIONES

- La evidencia científica demuestra que la cirugía temprana de la anquiloglosia mejora los resultados en la lactancia materna.
- Los profesionales sanitarios deben estar formados en el diagnóstico precoz de la anquiloglosia, ya que favorece una LM eficaz.
- La técnica quirúrgica mejora el agarre y la succión al pecho optimizando el vaciado de los conductos galactóforos.

ABORDAJE DE LA ANQUILOGLOSIA: FOMENTANDO UNA LACTANCIA MATERNA SATISFACTORIA

RICARDO MARTÍN MARTÍNEZ, LARA MARÍA REDONDO BAUTISTA, IRATI SÁENZ MARTÍN, SARA GARCÍA GUTIÉRREZ, JUAN MANUEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, CRISTINA RIERA CLAVERO

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La anquiloglosia es una afección congénita que se define como la falta absoluta o parcial del movimiento de la lengua causada por un frenillo lingual muy corto que impide los movimientos propios de la lengua.

La prevalencia de anquiloglosia según la bibliografía varía desde el 0,1% al 10,7%. La razón que explicaría este margen tan amplio sería la falta de uniformidad en su diagnóstico.

Se relaciona con problemas de lactancia, bucodentales y del habla. En el lactante dificulta la transferencia de leche como consecuencia de una dificultad en el agarre correcto de la mama y en la realización de movimientos linguales efectivos para la expresión mamaria. Estas limitaciones no sólo causan dolor durante las tomas, sino que pueden justificar lesiones mamarias locales, mastitis recurrentes y abandono precoz de la lactancia.

En estudios recientes se evalúa la efectividad de las técnicas quirúrgicas precoces en la mejora del agarre, transferencia de leche, y vivencia de la lactancia disminuyendo los casos de abandono de la lactancia materna de forma precoz.

El objetivo principal de esta comunicación es analizar la importancia de la correcta detección y tratamiento de la anquiloglosia en lactantes.

Como objetivos específicos se plantean:

1. Describir los tipos de anquiloglosia.
2. Presentar herramientas para su correcto diagnóstico.
3. Enumerar los problemas asociados a la misma durante el periodo de lactancia.
4. Dar a conocer los tratamientos de que disponemos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos bibliográficas, utilizando los términos de “ankyloglossia”, “breastfeeding” y “frenotomy”.

Se comunican los resultados obtenidos con el objetivo de facilitar su correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

RESULTADOS:

Se aporta un esquema básico para el correcto abordaje de la anquiloglosia durante el periodo de lactancia.

Hemos constatado que a nivel bibliográfico se dispone de pocos estudios que reporten el estudio de la anquiloglosia en muestras extensas de lactantes, la mayoría de las revisiones aportan casos clínicos. Por cuestiones éticas no se disponen de estudios randomizados que analicen el impacto de los tratamientos quirúrgicos de la anquiloglosia en la uración y vivencia de la lactancia materna.

LACTANCIA MATERNA EXITOSA EN SINDROME DE DOWN, A PROPOSITO DE UN CASO

SONIA MELLIZO DIAZ, CRISTINA OLIVER BARRECHEGUREN, JOSE MATIAS TREVIÑO JUAREZ, CARMEN TAMARIT GARRIDO, MARIA TEROL, HORTENSIA BENAVENTE PEREZ

ANTECEDENTES: Los recién nacidos con Síndrome de Down tienen características especiales que dificultan la instauración de una lactancia materna adecuada, siempre que no tengan patología añadida. Esto es debido a la hipotonía y la macroglosia. Sabemos lo beneficioso que resulta establecer un vínculo y un estrecho contacto con la madre desde el primer momento.

CASO CLÍNICO: Secundigesta de 34 años, que rechaza la realización de amniocentesis tras el resultado elevado del índice de riesgo del primer trimestre. Por ecografía no se diagnostican malformaciones.

Acude a urgencias en semana 38 por trabajo de parto, ingresando para conducción por monitor con variabilidad disminuida. Se administra analgesia epidural. Durante dilatación se realiza pH por deceleraciones variables, y se asiste nacimiento de recién nacido mujer de 3230 gr, con circular no reducible al cuello, Apgar 9/9, pH: 7,26 que no precisa reanimación, y que presenta rasgos compatibles con trisomía 21.

Se inicia amamantamiento exitoso en paritorio, tras contacto piel con piel mayor de 90 minutos.

En planta se realiza cariotipo a la recién nacida, que informa como trisomía 21, y la madre es informada por pediatra de planta.

La paciente presenta una cefalea postpunción que requiere realización de parche hemático por servicio de anestesia.

La niña tiene un buen enganche, pero está adormilada y cuesta despertarla, así que las enfermeras enseñan “trucos” para estimular a la recién nacida.

A pesar de tener síndrome de Down, y la madre cefalea postpunción, ha sido alimentada exclusivamente con leche materna, ya que no ha presentado problemas de enganche ni de succión.

CONCLUSIONES: Determinadas madres necesitan apoyo por parte de los profesionales desde el punto de vista psicológico y afectivo. No podemos sospechar que una lactancia vaya a ir mal por los problemas del recién nacido, pues hay madres muy perseverantes. Sabemos que los recién nacidos con determinadas patologías necesitan establecer un buen vínculo materno desde el primer momento, y una ayuda especial para conseguir un buen enganche y una lactancia materna exitosa. Como profesionales tenemos que ayudar y esforzarnos en que se realice en estos casos que más lo necesitan.

SÍNDROME DE DOWN Y LACTANCIA MATERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

REBECA FOLLEDO ACEBAL, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANTECEDENTES.

El **síndrome de Down** (SD) es una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra en la pareja cromosómica 21. Es la principal causa de discapacidad intelectual. Tiene una prevalencia neonatal de 7,11 cada 10 000 recién nacidos (RN), con tendencia a disminuir en los últimos años de manera estadísticamente significativa, atribuible al aumento de interrupciones voluntarias del embarazo tras el diagnóstico prenatal.

Muchas madres desconocen la posibilidad y la idoneidad de amamantar a su hijo con SD. Desgraciadamente muchos profesionales vinculados a la salud perinatal también.

CASO CLÍNICO.

Secundigesta de 30 semanas de gestación, con experiencia previa positiva con lactancia materna (LM), que desea consejo para establecer LM con su futura hija diagnosticada de SD tras amniocentesis.

A través de este caso abordaremos las estrategias a seguir para superar las posibles dificultades derivadas de las particularidades propias de un RN con SD (hipotonía, macroglosia, ingreso en la UCIN, etc.) que puedan influir en la lactancia materna.

Realizamos un abordaje a tres niveles:

- Información prenatal:
 - Técnica y fisiología general de LM.
 - Conocimiento y habilidad práctica para el amamantamiento en diferentes posiciones (especialmente la posición dancer).
 - Conocimiento y habilidad práctica en la extracción y almacenamiento de leche materna en previsión de un posible ingreso en la UCIN.
 - Conocimiento sobre las tablas de crecimiento específicas de RN con SD.
- Elaboración de plan de parto, remarcando la importancia del contacto piel con piel y la instauración precoz de la lactancia.
- Apoyo postparto continuado a la madre tras ingreso de la RN en la UCIN. Contacto vía teléfono, email y whatsapp.

COMENTARIOS

- En este caso se consiguió LM exclusiva desde el primer momento, incluso con ingreso en UCIN y traslado entre centros hospitalarios.
- Las madres de RN con SD deben saber los beneficios que la lactancia materna tiene para ellas y sus hijos. La motivación y deseo maternos juegan un papel fundamental.
- La información prenatal y el apoyo posterior son las claves para conseguir una lactancia materna exitosa.

LACTANCIA MATERNA EN UN CASO DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

LOREA GARCIA ESTURO, ALAITZ GARITAOHANDIA MONTEAGUDO, NAIARA BLAZQUEZ CIANCA, LEIRE SAINZ DE LA MAZA RODRIGUEZ, ALAZNE SORZABALBERE URBISTONDO, OLGA ENEDINA PEÑA RUIZ

Antecedentes

Niño de 12 meses alimentado con LM (lactancia materna) exclusiva hasta los 6 meses, que inicia alimentación complementaria con sólidos a demanda. Presentes todos los incisivos a los 8 meses. Colecho desde nacimiento, realizando unas 6-12 tomas nocturnas.

Caso Clínico

12 meses: Los padres observan pequeña fractura en la parte interior de los incisivos centrales superiores (ICS) (faltan los picos).

14 meses: La pérdida de tejido dental de los incisivos va en aumento, por lo que deciden consultar con su pediatra, que a su vez deriva a dentista. El dentista consultado descarta que pueda ser caries, dada la edad del niño.

18 meses: Continúa la pérdida de tejido en los ICS. La pareja vuelve al dentista, que esta vez deriva a un odontopediatra.

El odontopediatra diagnostica caries de la infancia temprana (CIT) y realiza 5 obturaciones. Los ICS necesitan endodoncia, que se pospone hasta los 22 meses por falta de formación de la raíz nerviosa. Indica limpieza dental después de cualquier comida o toma de pecho, evitar azúcares y continuar en revisiones. Tras una breve explicación sobre la etiología de la caries, la pareja decide continuar con LM, pero suprimir las tomas nocturnas.

22 meses: se realiza endodoncia y reconstrucción de los ICS.

30 meses: ha continuado en revisiones. El niño presenta infección en uno de los ICS. Tratado con antibiótico, se realiza extracción dental y se pone un mantenedor de espacio.

4 años: Con higiene bucal y revisiones, se ha controlado parcialmente el problema. El niño continúa lactando.

Comentarios

La caries es una enfermedad multifactorial, resultado de tres factores principales: el hospedador (diente y saliva), la microbiota y la dieta. Es necesaria la intervención de los tres durante un tiempo suficiente para que se desarrolle la caries. Se denomina CIT cuando aparece antes de los 71 meses.

No hay estudios que demuestren que la LM sea factor de riesgo de CIT. Sin embargo hay profesionales que aconsejan su abandono como tratamiento.

En los casos con predisposición personal, es de vital importancia la detección y tratamiento precoz, así como la higiene, para controlar la enfermedad y evitar complicaciones.

LACTANCIA MATERNA Y CARIES. UN MITO SIN BASE CIENTÍFICA

PAULA LALAGUNA MALLADA, CAROLINA JIMENEZ YUSTE, IRENE IGLESIAS RUBIO

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La caries de la primera infancia (CPI) es una enfermedad crónica e infecciosa de etiología compleja y multifactorial. Algunos autores relacionan su desarrollo con la lactancia prolongada y a muchas madres se les recomienda destetar si sus hijos presentan cavidades en la boca. Desterrar el mito de que la lactancia materna puede ser un factor de riesgo para la CPI pasa por conocer su funcionamiento, su importancia a nivel nutritivo y emocional, su composición rica en elementos que favorecen la remineralización, sus componentes antimicrobianos y el modo en que la leche se expresa en la toma. No podemos obviar que si la lactancia hubiera sido la causa de una enfermedad como la caries, se hubieran encontrado hallazgos en poblaciones prehistóricas y es también llamativo que la prevalencia en humanos sea muy superior a la de otros mamíferos.

Nuestro objetivo es analizar la evidencia disponible sobre el tema, describir los factores de riesgo implicados y sugerir recomendaciones para una prevención adecuada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, Medline, La biblioteca Cochrane Plus, Trip Database. La pregunta clínica y los términos de búsqueda con el formato PICO son: En niños (“child, “preschool, infant”), la lactancia materna prolongada (“breastfeeding” o “infant feeding”) comparado con otras fuentes de alimentación infantil, aumenta el riesgo de caries de la primera infancia (“dental caries,” “Early Childhood Caries”, “nursing caries”)?. También se aplicó la búsqueda “risk factors” AND “Early Childhood Caries”

RESULTADOS: De los artículos encontrados, se han seleccionado y revisado los siguientes estudios más relevantes: 1 ensayo clínico aleatorizado (Kramer 2007); 4 revisiones (Valaitis 2000, Ribeiro 2004, White 2008 y Lavigne 2013); 3 estudios de cohortes (Lida 2007, Arora 2011, Hong 2014) y 3 estudios transversales (Mohhebi 2008, Nunes 12 y Nobile 2014). Todos ellos concluyen que no encuentran asociación entre la lactancia y el desarrollo de CPI, y ponen en evidencia la baja calidad de los estudios sobre el tema. Entre los factores de riesgo claramente identificados están el bajo nivel socioeconómico, el consumo precoz de azúcares, la frecuencia de ingesta de azúcares, la higiene dental, las alteraciones anatómicas de la boca o la transmisión de bacterias por parte de familiares.

CONCLUSIONES: Dado los probados beneficios de la lactancia y la ausencia de consistencia de evidencia que relacione la lactancia con el desarrollo de CPI, los profesionales deberían apoyar a las madres lactantes, haciendo énfasis en promover una correcta higiene oral desde la erupción dental e insistir en la disminución de la ingesta de alimentos y bebidas azucaradas.

EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA ENTRE LOS NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

ALMUDENA MARFIL ORTEGA, ERNESTO MUÑOZ RÓDENAS, LUCÍA CANO LÓPEZ, MARC BORRAS ROMAN, ANA BELÉN GARCÍA SÁNCHEZ, SILVIA BORRAS ROMAN

Antecedentes y objetivos

Existe la creencia errónea de que la alimentación al pecho es demasiado difícil para los bebés con cardiopatías congénitas, pero tras el estudio se pretende demostrar cuan beneficiosos es.

Material y métodos

Se realiza revisión bibliográfica sobre la lactancia materna en niños con cardiopatías congénitas. Se realiza búsqueda mediante palabras clave tanto en español como en inglés, en bases de datos (CINAHL, PubMed), protocolo de lactancia materna en la Unidad de Neonatos y bibliografía literaria. Llevado a cabo por método indirecto en publicaciones de habla anglosajona del 2004, con acceso completo al texto, para hacer después una lectura crítica, independiente y contrastada.

Resultados

Finalmente, teniendo en cuenta la limitación del tema, se incluyeron 3 bibliografías de todas las contrastadas para la elaboración de la revisión, dada su relevancia científica, y también en la propia experiencia laboral.

Son el cansancio materno, la ansiedad generada por el diagnóstico de la cardiopatía y la separación durante el ingreso dificultades añadidas a las que no debería sumarse la falta de apoyo de los profesionales de la salud.

Conclusiones

Tras el estudio del tema, vemos necesario aumentar la formación y conocimientos entre el personal de enfermería para fomentar la lactancia materna en bebés con cardiopatías congénitas, y para motivar a las madres a dar el pecho.

De esta manera, los bebés se beneficiarían de todos los beneficios de la leche materna así como una mejora en la relación especial materno-filial.

RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CELIACA

MARTA MIGUEL MARTINEZ, ERIKA JUAREZ MENDIZABAL, EUGENIA MARTÍN RODRIGO, MARTA MONZON URRUTIA, IRENE CARRERA CABALLERO, IBONE ZALDUENDO MARIJUÁN

Palabras clave

Lactancia materna, enfermedad celíaca, gluten.

Introducción

La enfermedad celíaca se define como una enfermedad de naturaleza autoinmune y con afectación sistémica producida por una intolerancia permanente al gluten que aparece en individuos genéticamente susceptibles (factor genético HLA-DQ2). Se prevalencia en la población occidental es de 1-2 % y ha aumentado en los últimos años. Surge así, la necesidad de estudiar la relación entre la enfermedad celíaca y la lactancia materna.

Objetivos

- Conocer los efectos de la lactancia materna sobre enfermedad celíaca.
- Añadir información acerca del momento de la introducción del gluten.

Metodología y métodos

Revisión sistemática de las bases de datos (Medline, Medes) y artículos de investigación publicados desde 2006.

Resultados

En su patogenia intervienen diferentes factores. Centrándonos en los factores ambientales modificables, se puede afirmar que:

- La **alimentación con lactancia materna** no demuestra un efecto protector.
- Respecto al momento de **introducción del gluten**, se encuentran diferentes estudios que ofrecen diferentes pautas. La ESPGHAN recomienda introducir el gluten no antes de los cuatro meses ni después de los siete, hacerlo en pequeñas cantidades y mientras los niños reciben lactancia materna ya que el sistema inmune y los sistemas de tolerancia antigénica a nivel intestinal se desarrollan entre los 4 y 6 meses de vida. Sin embargo, la OMS y la AEP recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Discusión/conclusión

No se puede confirmar que la lactancia materna tenga un efecto protector sobre la enfermedad celíaca.

Parece recomendable la introducción de la alimentación complementaria a los seis meses y el gluten a los 6-7 meses.

Aunque ciertos estudios afirman que al introducir el gluten a los 5-6 meses disminuye ligeramente el riesgo de EC, deberían valorar las recomendaciones vigentes y tener en cuenta el riesgo de abandono de la lactancia y sus consecuencias.

ADECUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN EN NEONATOS INGRESADOS EN UNIDADES NEONATALES PARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA (LM). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

YOLANDA SÁNCHEZ SÚAREZ, CARMEN SORLI VARELA, ANA CONTRERAS SALES, MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ

Objetivo

Conocer la evidencia disponible acerca del uso de métodos de alimentación complementaria y succión no nutritiva (SNN) en el paciente neonatal cuyas madres desean lactancia materna (LM).

Metodología

Búsqueda sistemática y estructurada en PubMed, Cuiden, Cochrane y Scielo, además de búsqueda secundaria. Descriptores: Intensive Care Units, Neonatal; Bottle Feeding; Breast Feeding; Cooking and Eating Utensils; Enteral Nutrition; Infant, Newborn; Infant, Premature; Bottle Feeding/utilization; Milk, Human; Intubation, Gastrointestinal; Pacifiers; Sucking Behavior. Criterios inclusión: Estudios publicados en castellano o inglés, sin límite tiempo, métodos alimentación y SNN en recién nacidos a término (RNT) y prematuros (RNPT), variable resultado relacionada con LM. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos. Los artículos se seleccionaron en base a calidad de la evidencia: Revisiones Sistemáticas-Metaanálisis (RS-MA), Ensayos Clínicos (ECA).

Resultados

Se localizaron 179 artículos, 34 de ellos cumplían criterios. Se seleccionaron los de mayor calidad de la evidencia: 3RS-MA y 6ECA los cuales aportan la siguiente información:

SNN versus condiciones sin SNN: En RNT saludables (madres motivadas a lactar) y en RNPT el uso de SNN no tuvo efecto significativo sobre la LM exclusiva ni parcial hasta los 4 meses de vida.

Métodos de administración de alimentación complementaria en prematuros: Cuatro ensayos utilizaron la alimentación con taza con alto índice de incumplimiento de este método en el mayor y uno la sonda gástrica con alto riesgo de sesgo. Hubo diferencias estadísticamente significativas en los no alimentados solamente con leche materna al alta hospitalaria a favor de la alimentación con taza frente al biberón aunque no otorga beneficios significativos para mantener LM más allá del alta y aumenta significativamente la duración de la estancia hospitalaria en 10 días.

Conclusiones

El uso de SNN no tuvo efectos significativos sobre la LM en RNT saludables (madres motivadas a lactar) ni en RNPT. No se pueden emitir recomendaciones sobre métodos de alimentación en RNT, en RNPT la taza no proporciona beneficios para LM excepto en el momento del alta y aumenta la estancia hospitalaria considerablemente. **Implicaciones para la práctica:** Se necesitan ensayos clínicos que permitan identificar métodos de alimentación eficaces para neonatos, principalmente pretérmino

METODO CANGURO Y LACTANCIA MATERNA EN UCI NEONATAL.

ERNESTO MUÑOZ RODENAS, LUCÍA CANO LÓPEZ, ALMUDENA MARFIL ORTEGA, ANA BELEN GARCIA SANCHEZ, MARC BORRAS ROMAN, SILVIA BORRAS ROMAN

Antecedentes y objetivos:

Tras desglosar el MC con sus diferentes beneficios para el prematuro en las unidades de cuidados intensivos, analizaremos la necesidad de enfocarlo con una especial atención en la relación con la lactancia materna, haciendo hincapié en el personal de enfermería como herramienta de enlace.

Material y métodos

Se realiza una valoración y revisión bibliográfica de hasta 5 estudios relacionados con el MC y su relación con la lactancia materna. Se realiza búsqueda en bases de datos (PubMed, Cuiden) y bibliografía literaria para obtener una conclusión crítica y contrastada. Se revisan protocolos de enfermería de diferentes centros para estudiar la función de la enfermera en este método .

Resultados

Finalmente, se incluyeron 4 bibliografías de todas las contrastadas para la elaboración de la revisión, dada su relevancia científica, y también en la propia experiencia laboral.

Son la falta de tiempo, y formación del personal sanitario, sumado a la ansiedad de las madres, las responsables de una falta de adherencia del método canguro como primer eslabón con la lactancia materna.

Conclusiones

Tras el estudio del tema, vemos necesario aumentar la formación y conocimientos entre el personal de enfermería para fomentar la lactancia materna en bebés en unidades de cuidados intensivos con bajo peso que requieren mayor esfuerzo por parte del conjunto personal-familia.

De esta manera, los bebés se beneficiarían de todos los beneficios del MC.

PREMATURIDAD Y LACTANCIA MATERNA: UN RETO POSIBLE

M^a ESPERANZA MEIJIDE PROENZA, VIRGINIA DE LA FUENTE IGLESIAS, M^a CONCEPCIÓN RUBIO RODRIGUEZ, M^a PAZ PLASENCIA PLASENCIA, PALOMA ARENAS LOPEZ, GLORIA HERRANZ CARRILLO

ANTECEDENTES

La lactancia materna es parte fundamental en la nutrición del niño prematuro disminuyendo de forma incuestionable las cifras de morbi-mortalidad. La promoción y apoyo al mantenimiento de la lactancia materna aun con todas las dificultades que conlleva resulta imprescindible en todas las Unidades Neonatales que atienden a este grupo de niños.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino de 26+6 semanas de gestación y peso al nacimiento de 745 grs, nacido por cesárea en el contexto de una alteración del flujo placentario. Su madre de 33 años, es secundigesta y presenta como antecedentes mastitis de repetición durante su lactancia anterior. Su hermana de tres años es alérgica a las proteínas de la leche de vaca.

Tras su nacimiento se inicia estimulación mecánica precoz, comenzando al tercer día de vida alimentación trófica con leche materna por sonda orogástrica. Presenta buena tolerancia, consiguiendo a las 29+2 semanas de edad posconcepcional (EPC) alimentación enteral exclusiva con leche materna.

A las 32+3 semanas EPC precisa de intervención quirúrgica por cuadro de enterocolitis necrotizante realizándose ostomías de descarga, sin resección intestinal. Durante el posoperatorio la madre continua con la extracción y almacenamiento de leche materna hasta que a las 34+3 semanas EPC se logra de nuevo alimentación enteral exclusiva por sonda nasogástrica.

La segunda cirugía reconstructiva se realiza a las 37+3 semanas EPC (peso 1657 grs) consiguiéndose una semana más tarde alimentación enteral exclusiva por boca-sonda.

Durante el ingreso la madre padece mastitis repetidas que obligan a la realización de cultivo de leche y posterior instauración de tratamiento antibiótico y probiótico.

Recibe el alta con 40+2 semanas EPC (peso 2150 grs) y lactancia materna exclusiva a demanda del pecho.

CONCLUSIONES

La gran voluntad materna junto con una buena información y apoyo son fundamentales para el inicio de la lactancia materna en estos pequeños. El mantenimiento de la misma durante el largo periodo de hospitalización pasa por la resolución de las múltiples dificultades que acontecen, gracias al esfuerzo materno y el apoyo constante de un personal adecuadamente entrenado en el manejo de estos niños.

EL MUGUET: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS

CARMEN REVUELTA LISA, ANA MARÍA SILVANO COCINERO, CAROLINA ALCAINE GUIADO, SILVIA CRESPO BERROS, PAULA MORENO ORDÁS, HENAR ROBLES GARCÍA

Antecedentes:

El muguet es una candidiasis oral que afecta sobre todo a lactantes de menos de seis meses. El agente causal de dicha infección es la *Cándida Albicans*. Se ha creído erróneamente que el muguet era la causa principal de las mastitis pero sabemos que la glándula mamaria no es un ecosistema adecuado para el crecimiento de la *C. albicans*. Este hecho se debe a que en un 5-6% de casos coexisten mastitis estafilocócicas maternas con candidas orales del lactante, lo que da lugar a error.

Objetivos:

- Conocer el agente causal del muguet y diferenciarlo de las mastitis producidas por estafilococo.
- Identificar signos y síntomas del muguet, así como el tratamiento del mismo.
- Favorecer la lactancia materna.

Material y método:

Revisión y análisis bibliográfico en Pubmed, CUIDEN, CINAHL, Cochrane Library y Google Académico.

Palabras clave: muguet, mastitis, *Cándida Albicans*, Estafilococo.

Resultados:

Durante una mastitis estafilocócica la concentración de estafilococos es mayor de lo normal, lo que puede hacer proliferar la producción de la *C.albicans*, ya que los estafilococos al aumentar producen una serie de compuestos que estimulan el crecimiento de las levaduras (*C. albicans*).

Un lactante con muguet transfiere dichas levaduras a la piel del pecho de la madre, de aquí la falsa creencia, de que las mastitis son producidas por candidas.

El dolor en la mama orienta al diagnóstico ya que es lacerante y muy desagradable. El pezón presenta eritema o placas blancas.

El lactante presenta placas blancas que dejan la encía inflamada. A pesar de ello, se debe continuar con la lactancia materna.

La candidiasis del pezón se trata con antifúngicos locales después de cada toma. También hay que tratar la boca del lactante con una solución antifúngica oral durante al menos dos semanas.

Conclusiones:

- Es importante saber diferenciar las mastitis por estafilocos del muguet, ya que el manejo y tratamiento no sería el mismo.
- Conocer el agente causal del muguet facilita elegir un tratamiento correcto desde el principio y resuelve el problema con mayor agilidad.
- Apoyo a la continuidad de la lactancia materna.

ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LAS MASTITIS INFECCIOSAS

MARTA LAMATA SUBERO, RAÚL SEGURA DEL ARCO, ANA ESTEFANÍA ROIG FERNÁNDEZ,
CARMEN CRUZ MERCADILLA, MARIA DOLORES NAVARRO SAENZ, YOLANDA GALÁN MARTÍNEZ

Introducción: Conocer los agentes etiológicos de las mastitis infecciosas estudiadas en nuestro centro desde Enero de 2012 a Octubre de 2014, así como estudiar cuando es más frecuente su aparición y valorar los microorganismos implicados en función del periodo de lactancia.

Material y Métodos: Se estudiaron 125 pacientes. Se presentan solamente los datos del primer cultivo, ya que en muchas de ellas según la clínica y evolución se tomaron cultivos de seguimiento. Las pacientes entregan las muestras de leche directamente en el Laboratorio (remitidas por su matrona) donde se les realiza una pequeña encuesta y se toman muestras de pezones si se considera necesario. Para el diagnóstico de mastitis infecciosa se tiene en cuenta el resultado microbiológico (recuento bacteriano, presencia de leucocitos en la tinción de Gram y presencia de determinadas bacterias en muestras de pezón) y la clínica de las pacientes. Para valorar los microorganismos implicados en función del periodo de lactancia se establecieron los siguientes intervalos de tiempo: menos de 15 días, de 15 a 40 días, hasta los 2 meses, y más de 2 meses (la mastitis más tardía diagnosticada fue a los 14 meses de duración de la lactancia).

Resultados: De un total de 125 pacientes estudiadas, 82 fueron diagnosticadas de mastitis infecciosa. De estas, 62 fueron causadas por una sola bacteria (75%) y 20 fueron mixtas. Los Esfilococos coagulasa negativa (ECN) fueron los más frecuentes (30), siendo *Staphylococcus epidermidis* el más frecuente dentro de los ECN (93%). *Staphylococcus aureus* fue el causante de 22 mastitis, *Streptococcus viridans* 8, *Rothia spp* 1 y *Streptococcus agalactiae* 1.

Dentro de las mixtas, la mitad fueron causadas por *S. aureus* más ECN, 3 por *S. epidermidis* mas *S. viridans*, 2 por *S. aureus* mas *S. agalactiae* y 1 por las siguientes asociaciones (*S. aureus* mas *S. epidermidis* mas *S. viridans*, *S. pyogenes* más *S. epidermidis* mas *S. aureus*, *S. aureus* más *S. epidermidis* más *S. agalactiae* más *Corynebacterium spp*, *S. aureus* más *S. viridans*, *S. viridans* mas *S. aureus* mas *S. epidermidis* más *Candida albicans*).

19 fueron diagnosticadas en los primeros 15 días de lactancia, 35 en el segundo intervalo (de 15-40 días) y 5 de los 40 días hasta los 2 meses, siendo un total de 59, un 72% de las mastitis diagnosticadas en nuestro centro. A partir de los 2 meses se diagnosticaron 23 mastitis, 10 de ellas en el segundo mes de lactancia y el resto mas dispersas entre el tercer mes y los 14 meses. En cuanto a los microorganismos aislados por duración de lactancia no hay ninguno de ellos que predomine en un intervalo determinado.

Conclusiones: La mastitis infecciosa aparece con más frecuencia en los primeros 2 meses de lactancia. Hemos observado un elevado porcentaje de pacientes con mastitis infecciosa causada fundamentalmente por una sola bacteria (75%), siendo los Estafilococos la especie más importante. No hemos encontrado diferencias significativas entre un determinado microorganismo y el periodo de lactancia. Debido a todo esto se recomienda realizar siempre el cultivo microbiológico para intentar administrar el tratamiento más adecuado y que más pacientes puedan continuar con la lactancia.

TRATAMIENTO DE LAS MASTITIS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LOS CULTIVOS DE LECHE Y DE EXUDADO DE GRIETAS DE PEZONES

CARMEN CRUZ MERCADILLA, ANA ESTEFANÍA ROIG FERNÁNDEZ, RAÚL SEGURA DEL ARCO, MARTA LAMATA SUBERO, YOLANDA GALÁN MARTÍNEZ, SÁENZ NAVARRO

La ausencia de diagnóstico etiológico de las mastitis ha condicionado hasta la fecha el tratamiento inadecuado de las mismas ,lo que ha supuesto la persistencia de los síntomas y consecuentemente el abandono de la lactancia.

Tras la publicación de los trabajos del equipo de investigación de J. M. Rodríguez (Universidad Complutense), se hace patente la necesidad de conocer el agente etiológico de las mastitis infecciosas mediante el cultivo de leche materna y/o exudado de grieta de pezón afecto para establecer un tratamiento correcto, ya que gran parte de los microorganismos implicados en esta patología muestran resistencias a los antibióticos usados clásicamente en el tratamiento de la mastitis infecciosa.

Por otro lado ,en los cultivos de leche suelen identificar varias especies responsables del proceso de mastitis infecciosa que pueden presentar distinta sensibilidad ante el tratamiento antibiótico elegido por lo que se estaría haciendo un tratamiento incompleto del proceso llevando a la cronificación o recidiva del mismo.

En nuestro hospital comenzamos a realizar cultivos de leche y de exudado de grietas del pezón de forma sistemática a las pacientes con “dolor “durante las tomas y/o existencia de grietas persistentes en el pezón , y que por no presentar una sintomatología clásica de mastitis aguda no había sido consideradas como tal hasta la fecha . Se hizo revisión de cada historia clínica.

En el período comprendido entre enero de 2012 a octubre de 2014 se estudiaron muestras de l un total de 125 pacientes. De ellas 82 presentaron cultivos positivos.

Inicialmente la gran mayoría se trató con probiótico, una cepa aislada de leche humana (L. fermentum CECT571613), siempre que la clínica fuera de mastitis subaguda. En caso de mastitis aguda, tras obtener el cultivo y antibiograma correspondiente se trataba con el antibiótico adecuado.

Posteriormente al tratamiento antibiótico se completaba tratamiento con el probiótico antes indicado.

Como conclusiones podemos decir que:

- El tratamiento de las mastitis infecciosas debería instaurarse tras un análisis microbiológico que determine el agente causal y su antibiograma.
- La gran mayoría de las pacientes con mastitis subagudas responden bien al tratamiento con probióticos y antiinflamatorio.

MICROBIOTA CAUSANTE DE MASTITIS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

JULIA MONTEJANO JUAN, NATIVIDAD PONS FERNÁNDEZ, RAFAELA BONO MIRA, MARIBEL CASTELLÓ LÓPEZ, MACARENA PARIENTE MARTÍN

MICROBIOTA CAUSANTE DE MASTITIS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

ANTECEDENTES: La mastitis es la principal causa médica de destete precoz. La incidencia estimada en España es 10%, aunque posiblemente esté infradiagnosticada. Para optimizar el manejo es deseable realizar cultivo microbiológico de leche humana (LM) y antibiograma.

OBJETIVO: Analizar los resultados de los cultivos de LM en el primer año de puesta en marcha del protocolo de estudio microbiológico en nuestro departamento de salud.

Correlacionar resultados con clínica y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los cultivos de LM realizados en 2014, revisión de historia clínica informatizada y estudio estadístico básico.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 51 mujeres a las que se realizó 74 cultivos de LM, solo en 20 casos se obtuvo cultivo de ambas mamas (27%). Se observó crecimiento bacteriano en 67 muestras, 7 casos negativos correspondieron la mayoría de ellos a controles tras tratamiento.

Se aislaron 20 microorganismos diferentes. El germen más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus epidermidis*: 27 cultivos (40.3%) en 18 casos monocultivo y en 9 asociado a *Streptococcus mitis*, *S. Salivarius*, *S. viridans* y enterococo. El segundo microorganismo en frecuencia fue *Staphylococcus aureus*, 11 cultivos (16.4%) en 7 monocultivo y en 4 junto a *Pseudomonas aeruginosa*, *S. epidermidis*, *S. mitis*. El porcentaje de coinfecciones es del 22% (siendo los agentes causales los anteriormente descritos). Gráfico 1.

Cultivos microbiológicos en LM



La clínica que motivó el estudio fue: 12 casos mastitis aguda, 9 casos mastitis subaguda (7 dolor, 1 escozor, 1 grietas), 1 eccema en areola, dos fiebres sin foco y un absceso (1.4%). La etiología más frecuente tanto en las mastitis agudas como subagudas fue *S. epidermidis*. En las subagudas existía coinfección bacteriana 33,3% de los casos. En caso de absceso se aisló *S. salivarius*. Observamos diferencia significativa en el recuento de colonias entre mastitis agudas y subagudas.

El fármaco más prescrito fue amoxicilina-clavulánico, seguido de probiótico. Tabla 1.

Tabla 1

antibiótico	n°	%
AMOXICILINA-CLAVULANICO	21	51.2
PROBIOTICO	10	24.3
CLOTRIMOXAZOL	10	24.3
CIPROFLOXACINO	7	17.1
FOSFOMICINA	3	7.31
CLOXACILINA	2	4.87
CLINDAMICINA	2	4.87
ERITROMICINA	2	4.87
CEFUROXIMA	1	2.43
AMPICILINA	1	2.43

CONCLUSIONES:

La etiología más frecuente de mastitis en nuestro medio es *S. epidermidis*, tanto en agudas (a diferencia de descrito en la literatura) como en subagudas. La coinfección bacteriana en subagudas es similar a la descrita en literatura. Se ha incrementado el estudio etiológico de las formas subagudas pero el tratamiento sigue siendo clásicamente con antibióticos, solo 3 casos recibieron probióticos exclusivamente.

MASTITIS SUBCLÍNICA Y LACTOBACILLUS FERMENTUM LC40

TERESA MARÍA GODALL CAMPS, LIDIA DíEZ SORO, ESTHER VIDEGAIN BEA, ESTEFANIA CARDO JUAN, MIREIA BUSQUETS GODALL

ANTECEDENTES:

La mastitis es muy común durante la lactancia materna, con una prevalencia de entre el 3 y el 33% de las madres lactantes. La inflamación de la glándula mamaria usualmente tiene un origen infeccioso que implica estafilococos, estreptococos, corinobacterias siendo el staphilococcus aureus la principal causa de la mastitis crónica.

La resistencia a múltiples fármacos y la formación de biofilms explica porque la mastitis es difícil de tratar con antibióticos y constituye una causa de abandono de la lactancia.

La mastitis subaguda o subclínica representa un problema en la calidad de vida de las madres lactantes que sufren dolor y muchas veces infravalorado e infradiagnosticado por los profesionales sanitarios. Lo que conlleva a un abandono de la lactancia materna.

CASO CLÍNICO:

Puérpera del día 31/08/14 (parto eutócico), intervenida de apendicitis aguda por laparoscopia el día 18/10/14 y tratada con antibióticos durante el ingreso, acude a la consulta por dolor en el pezón derecho durante la succión de tipo pinchazos. Refiere molestias en el pezón izquierdo de menor intensidad. Todo esto dos días después del alta hospitalaria de la intervención (22/10/14).

EF: mamas ligeramente ingurgitadas, no se observan grietas ni signos de mastitis aguda.

Se le recomienda 1 capsula al día de probiótico lactobacillus fermentum Lc40 durante un mes.

A la semana acude a la consulta presentando mejoría clínica, sin dolor y continuando la lactancia materna.

COMENTARIOS:

Es muy importante realizar la historia clínica de la señora en la consulta de lactancia materna, para valorar todos los factores que pueden intervenir en el caso y poder administrar el tratamiento adecuado.

En este caso hemos podido comprobar la utilidad de los probióticos en el tratamiento de las mastitis subclínicas/subagudas, en este caso concreto provocada por la prescripción de tratamiento antibiótico.

PM-94 (833)

ABSCESO BACTERIANO DE ETIOLOGIA ATÍPICA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

PILAR SERRANO AGUAYO, MANUELA AGUILAR GUIADO, MARIA JOSÉ GOMEZ GOMEZ, LINA ALFARO GALÁN

Mujer de 30 años con tumoración mamaria

Antecedentes

Parto en semana 41. Separación para aspiración de vías respiratorias.

Caso clínico.

Manejo de lactancia inadecuado en primeros días.

Mastitis aguda en el día 8 del parto, tratada empíricamente con Amoxicilina-clavulánico, 1 g/8 horas durante 14 días.

2ª Mastitis 18 días después, tratada del mismo modo durante 5 días, con cambio a cloxacilina 500 mg/8 horas, por falta de mejoría.

Persistencia de tumoración dolorosa en mama derecha, ya sin fiebre, que aumentó de tamaño, y finalmente se abrió a piel por varias bocas, drenando pus.

Se realizó drenaje de absceso mamario, que se mostró profundo, con abundantes áreas de necrosis. Se continuó con Amoxicilina-clavulánico 1g/8h. En cultivo de frotis de exudado se identificó *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (SARM), a Amoxicilina-clavulánico, y sensible a quinolonas, clindamicina, cotrimoxazol y aminoglucósidos. Se modificó el tratamiento a cotrimoxazol, 875-160 mg/12 horas durante 14 días más.

La herida quirúrgica va cerrando a lo largo de 30 días. Se mantiene lactancia materna a demanda y exclusiva.

Comentarios.

Aunque *S. aureus* es la causa más frecuente de mastitis “clásica” y absceso mamario, en nuestro medio es excepcional la resistencia a oxacilina en *S. aureus* en infecciones comunitarias. El antibiograma hizo sospechar una infección por SARM de origen comunitario. Estas cepas se diferencian de las nosocomiales en que suelen ser sensibles a los antibióticos no betalactámicos, son habitualmente productoras de exotoxinas (particularmente la leucocidina de Pantón-Valentine) y suelen tener el gen *mec* tipo IV.

Causan principalmente infecciones de piel y partes blandas, especialmente agresivas, con importante componente necrotizante, como ocurrió en nuestra paciente. En nuestro medio constituyen aún un problema infrecuente y a menudo importado, a diferencia de lo que ocurre en EEUU donde es un agente etiológico frecuente en infecciones de piel y partes blandas incluyendo mastitis.

A pesar de ser infrecuente, tiene implicaciones en el tratamiento y el pronóstico. Por ese motivo, es importante realizar cultivo de leche materna en mastitis recurrentes o sin respuesta al tratamiento antimicrobiano; además, en infecciones graves como los abscesos mamarios, es imprescindible el drenaje percutáneo o quirúrgico.

SÍNDROME DE RUSTY-PIPE (CAÑERÍAS OXIDADAS) Y MASTITIS INFECCIOSA DURANTE LA GESTACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RAÚL SEGURA DEL ARCO, CARMEN CRUZ MERCADILLA, MARTA LAMATA SUBERO, ANA ESTEFANÍA ROIG FERNÁNDEZ

Antecedentes:

Mastitis se define como un proceso infeccioso de la glándula mamaria que se acompaña de diversos síntomas locales y sistémicos. La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semanas de lactancia, sin embargo, puede producirse en cualquier momento de la lactancia.

Caso clínico:

Secundigesta de 29 años con antecedente de una cesárea anterior por desproporción pelvicocefal. Lactancia anterior no satisfactoria e interrumpida los primeros días.

Gestación actual de curso normal. A partir de la semana 25 de gestación comienza con galactorrea intensa por ambas mamas. En la semana 33 refiere ingurgitación y dolor, en la 36 asocia pezones erosionados. En esa semana se le pauta tratamiento con probiótico (*Lactobacillus fermentum* Lc40) y nisina para el tratamiento tópico de los pezones.

En la semana 38 refiere telorragia bilateral, por lo que se remite a la paciente a la unidad de patología mamaria donde se descarta malignidad. Se le realiza cultivo microbiológico de calostro que es positivo para *Staphylococcus Epidermidis* en ambos pechos, por lo que se le recomienda continuar con probióticos con mejoría clínica. Días antes del parto cede la secreción de calostro sanguinolento orientando hacia un posible caso del síndrome de rusty pipe. Parto eutócico en semana 39 sin necesidad de antibióticos.

Posparto se solicitan cultivos los cuales son positivos para *S. Epidermidis*. Dado que clínicamente la paciente se encontraba bien, continúa con el probiótico pautado. A los 32 días de lactancia se recoge cultivo de control, el cual es negativo, por lo que se retira el tratamiento continuando con una lactancia satisfactoria.

Comentarios:

Como conclusión destacar que, aunque las manifestaciones clínicas de la mastitis infecciosa en el curso de la gestación es una entidad poco frecuente, hay que pensar en ella. De hecho no hay que olvidar que es durante el tercer trimestre de la gestación cuando se constituye la microbiota bacteriana de la mama, y que el desbalance de ésta es el origen fisiopatológico de la mastitis infecciosa en el periodo de lactancia. El síndrome de rusty-piper es un proceso autolimitado y poco frecuente que causa incertidumbre en la futura madre lactante y los profesionales.

PM-96 (953)

COMPLEJIDAD EN INSTAURAR UN PROTOCOLO DE MASTITIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

LLUISA TARÈS, LUIS RUIZ, EVA CAPDEVILA, EDGAR PALACÍN, BEATRIZ LORENTE, VICENTE MOLINA

Antecedentes

La mastitis puerperal es frecuente y su diagnóstico y tratamiento está sufriendo múltiples cambios. Los cultivos de leche, los probióticos y las nuevas cepas de bacterias causantes no se conocen y hacen que su manejo no sea el más idóneo.

Métodos

La Unidad de Lactancia (UL) planteó al departamento de microbiología la modificación de la metodología de recuento de todas las bacterias en los cultivos de leche informando luego a los servicios de urgencias ginecológicas y de pediatría. Se trabajó en el Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor en Pecho y Mastitis puerperales (PDTDM) del centro con personal médico de los servicios de Salud de la Mujer (SSM), Pediatría (SP), Microbiología y Sistemas de Información. Una vez instaurado el protocolo se está realizando un estudio del dolor en el pecho/mastitis. Se informó al personal del SSM y SP del inicio del proyecto y se les invitó a la participación.

Resultados

El PDTDM se encuentra difundido en todo el hospital tanto en las consultas externas y urgencias de ginecología como en el Servicio de Pediatría.

El inicio de cultivos de leche se inició en julio de 2013. El total de cultivos hasta noviembre 2014 ha sido de 381. Desde Enero de 2014 se inició el estudio del dolor en el pecho y esto no ha significado un incremento en el total de cultivos.

El 51% de los cultivos proceden de SSM, 2% de la UL, el resto de Urgencias. En dos ocasiones se han modificado las vías de derivación y asistencia sin notarse trastornos en el cumplimiento del protocolo. Se han realizado 3 sesiones informativas a los sanitarios y una de los responsables conjuntamente con los gestores del centro. El cumplimiento del protocolo ha ido aumentando desde su instauración.

Conclusiones

Modificar los protocolos de diagnóstico y tratamiento hospitalarios plantea dificultades en todos los niveles. Es precisa una acción desde dirección hospitalaria y una aceptación y trabajo por parte de los sanitarios que deben cambiar sus conocimientos y prácticas.

¿QUÉ PASA CON LA LACTANCIA DE UNA MADRE INGRESADA EN UCI? IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA CON MADRE INGRESADA EN UCI

MARIA CAMUÑAS MORENO, MARIA DEL RIO PEREZ SANCHEZ, ISABEL ZARAGOZA
BLANES, ELENA RIVILLA LIZANO

INTRODUCCION

El contacto piel con piel (CPP) tras el nacimiento y el establecimiento precoz de la lactancia materna se han demostrado como dos pilares fundamentales para el éxito de la lactancia materna. Cuando la madre ingresa en UCI, se produce una separación permanente madre-hijo y habitualmente no es posible realizar ninguna de estos dos procesos.

En nuestro hospital se implantó desde su inicio un protocolo para el establecimiento de la lactancia materna cuando la madre ingresa en UCI, favoreciendo en lo posible el CPP, la estimulación del pecho, así como la extracción de LM.

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de aplicación del protocolo.
- Valorar la influencia del mismo sobre la instauración de la lactancia materna al alta del hospital.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre todas las puérperas que fueron ingresadas en UCI desde Octubre de 2011 hasta Octubre de 2014.

Se realizó una revisión sistemática de las Historias clínicas de las mujeres de la muestra.

RESULTADOS

La muestra la constituyen 28 mujeres ingresadas durante su puerperio inmediato.

El protocolo pudo ser aplicado sobre un 82% de dichas mujeres. Al alta, el 78% de las mismas había establecido una lactancia materna exclusiva, el 9% estableció lactancia mixta, otro 9% decidió durante su ingreso lactancia artificial y el 4% deseaba una lactancia artificial previa al nacimiento.

Sobre las puérperas sobre las que no se pudo aplicar el protocolo (18% de la muestra), un 40% consiguió establecer una lactancia materna efectiva al alta, un 20% recibió el alta con lactancia mixta y un 40% no deseaba lactancia materna.

CONCLUSIONES

Se trata de un número pequeño de casos; los resultados obtenidos no han podido ser comparados al no encontrarse estudios previos.

Se demuestra que la implantación de este tipo de prácticas es posible, sin generar ningún perjuicio en el estado de salud de las mujeres y sus recién nacidos y resulta beneficiosa para el establecimiento de la lactancia materna.

PM-98 (878)

LACTANCIA MATERNA EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA PUERPERAL, ¿REALIDAD O UTOPIA?

CRISTINA OLIVER BARRECHEGUREN, SONIA MELLIZO DIAZ, M^a CARMEN SANCHEZ GOMEZ DE ORGAZ, M^a INÉS MARTINEZ DE ALEGRIA, BELÉN ABARCA SANCHÍS, MARÍA TEROL CLARAMONTE, CONSUELO SOTO LUCÍA, ROSA PLA MESTRE, CARLOTA SERIÑÁ RAMÍREZ, LUIS ORTIZ QUINTANA

OBJETIVO: Obtener información sobre lactancia en mujeres ingresadas con patología obstétrica grave, como es la histerectomía puerperal, con el fin de implantar medidas que puedan aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de mujeres sometidas a histerectomía puerperal durante los últimos 5 años en nuestro centro que han deseado amamantar, analizando factores que puedan influir en la adecuada instauración de la lactancia materna al alta.

- Tiempo medio de ingreso en UVI y planta.
- Edad gestacional (EG), tipo de parto, peso y patología del recién nacido (RN).
- Motivo de la Histerectomía.
- Número de concentrados transfundidos.
- Tipo de lactancia al alta.

RESULTADOS: De las 32 histerectomías puerperales realizadas en nuestro centro desde enero del 2009 a noviembre del 2014, 20 de ellas decidieron iniciar la lactancia materna a pesar de haber estado separadas de sus hijos las primeras 24 horas como mínimo en el mejor de los casos.

En esta pequeña serie vemos que el principal factor relacionado con la instauración de la lactancia materna es la EG y el peso del RN, ya que no influyen ni el tiempo de ingreso en la UVI materno ni la gravedad de ésta para que al alta, si el RN es a término y no está ingresado, se haya iniciado la lactancia materna.

CONCLUSIONES: Pese a las dificultades que estas pacientes presentan, aunque se demore la estimulación y el primer contacto con el RN, es posible iniciar y establecer lactancia materna si hay deseo materno, apoyo familiar y mediante el esfuerzo de todos los profesionales que atienden ese puerperio.

Es muy importante que la decisión de amamantar de una madre sea respetada por todos los profesionales, sobre todo en áreas que no acostumbran a tratar a estas pacientes, ya que el manejo es multidisciplinar, insistiendo en que no es necesario ni conveniente la inhibición de la lactancia.

Además la lactancia va a tener un efecto beneficioso en la recuperación física y psicológica materna.

REFLEJO DISFÓRICO DE EYECCIÓN DE LECHE: UN CASO DE LACTANCIA EN TÁNDEMBEATRIZ DE LA TORRE DÍEZ, LAURA COLLADOS GÓMEZ

El reflejo disfórico de eyección de leche (D-MER) es poco conocido aún en nuestro medio. Coloquialmente se conoce como “agitación del amamantamiento” y conlleva para las madres que lo padecen una gran carga emocional negativa. El D-MER se produce en algunas mujeres coincidiendo con la eyección de leche asociándose sentimientos como depresión, ansiedad e ira. Algunas hipótesis apuntan a una etiología fisiológica causada por una fuerte caída de los niveles de dopamina en sangre relacionada con la liberación de prolactina.

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos -PubMed, Embase, Biblioteca Cochrane plus, Cuiden plus-, así como en revistas nacionales e internacionales especializadas y en fuentes informales, se concluye que existe poca evidencia al respecto encontrándose únicamente dos artículos, siendo éstos casos clínicos.

Durante una consulta urbana de matrona en Atención Primaria se encontró este caso. Trata de la experiencia de N.H., que comenzó a notar sensaciones de rechazo, malestar e ira mientras amamantaba a su hijo de 18 meses durante su segundo embarazo. N.H., al igual que los otros casos publicados, tenía una lactancia satisfactoria y gran motivación por amamantar en tándem cuando su hija naciera. La sintomatología fue empeorando a medida que avanzaba la gestación y se hizo severa durante la lactancia en tándem, aunque sólo en el caso de que mamara el hijo mayor.

Se descartó que se tratara de una depresión postparto con la escala de Edimburgo y se investigó sobre factores relacionados, no encontrándose ningún aspecto emocional que pudiera desencadenar la situación.

Tras hacer una búsqueda y comprobar semejanzas con el D-MER, se aumentó el apoyo profesional, el contacto con otras madres en situaciones similares y se promovieron medidas de confort, de forma que N.H. consiguió una mejoría en los síntomas y continuar con la lactancia satisfactoriamente.

Analizando el caso, se cree que pudieron existir factores adversos no expresados que determinaran que el D-MER se produjera únicamente durante el amamantamiento del hijo mayor en la lactancia en tándem. Se necesitan más estudios que aclaren las causas del D-MER y que nos aporten más información para poder prestar una atención de calidad.

PM-100 (949)

APÓSITO DE SILICONA PARA LA CICATRIZACIÓN DE LAS GRIETAS DEL PEZÓN EN EL PERÍODO DE LACTANCIA

NOELIA GONZALEZ DEL CORRAL, MARTA GARCIA LECUE

Antecedentes: Mujer de 34 años, multípara, que tras parto el día 27/11/2014, acude a revisión puerperal, donde se evidencian grietas en ambos pezones. Anteriormente, ya había tenido este mismo problema en el proceso de Lactancia Materna de sus otros dos hijos.

Caso Clínico: Se procede a la visualización de una toma, durante la cual no se evidencian alteraciones en la postura ni dificultades en el agarre del pezón por parte del bebé.

Se realiza una intervención educativa insistiendo en la importancia de la correcta postura del lactante al ser colocado al pecho y el adecuado acoplamiento boca/pezón.

Asimismo, se aplica una malla de silicona abierta con propiedades adherentes sobre la grieta, la cual favorece la epitelización de la herida, disminuye el riesgo de traumatismo del pezón con las fibras textiles (lo que, a su vez, disminuye el dolor de la paciente), permite, en todo momento, la visualización de su evolución y al no dejar residuo sobre la zona lesionada, evita lavados innecesarios del pezón y la región periareolar..

Tras cuatro días desde el inicio del tratamiento con el apósito de silicona, se evidencia una epitelización total de la lesión ambos pezones.

Comentarios: Aunque la capacidad de lactar es innata e instintiva en los mamíferos, en la mujer esta capacidad debe ser desarrollada y apoyada mediante una educación adecuada para lograr una lactancia exitosa y placentera.

La intervención y el seguimiento de los profesionales de la salud en los primeros días de inicio de la lactancia materna (según los estudios consultados), se ha considerado un factor positivo en el éxito de la misma así como un indicador relevante en la disminución de las tasas de abandono precoz de la lactancia materna.

La utilización de una malla de silicona abierta como tratamiento de las grietas en el pezón ha permitido la cicatrización de la herida en un tiempo reducido, mostrando además una excelente facilidad de aplicación y retirada, de adaptación a la forma de la zona a tratar y proporcionando una mayor sensación de confort a la paciente (no hay conflicto de intereses).

SÍNDROME DE RAYNAUD DEL PEZÓN

ALAITZ TELLERIA BERECIARTUA, JULENE LEGARRETAETXEBARRIA ALBIZUA

OBJETIVO: conocimiento de signos/síntomas del síndrome de Raynaud (SR) para el correcto manejo en las consultas de matrona.

CASO CLÍNICO: Primípara de 32 años que consulta por dolor en ambos pezones, empeora con el amamantamiento y frío ambiental y desea abandonar la lactancia materna. No antecedentes de interés. Parto eutócico hace un mes y lactancia materna a demanda desde entonces


Exploración mamaria durante amamantamiento: coloración blanquecina del pezón con posterior cianosis y rubor.

Ante la sospecha de SR se explican medidas higiénicas iniciando tratamiento con Nifedipino 30mg/día durante 2 semanas. Mejoría clínica, continuando LM > 6 meses.

RESULTADOS:

- El síndrome de Raynaud (SR) es una vasoconstricción de las arteriolas producida por frío o estrés emocional causando una isquemia intermitente que se manifiesta clínicamente con palidez y cianosis. Posteriormente aparece rubor o hiperemia por el restablecimiento del flujo arterial.
- El primer caso fue descrito en 1862.
- Afecta aproximadamente al 20% de mujeres en edad fértil.
- El diagnóstico diferencial de pezones doloridos incluye:

Mecánico/Traumático	<ul style="list-style-type: none"> – Mala posición – Succión incorrecta – Anquiloglosia – Mordisco del pezón – Sacaleches traumático
Infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> – Candidiasis – Infección bacteriana <ul style="list-style-type: none"> • Impétigo • Mastitis • Intraductal – Herpes simple/Zoster
Dermatológico	<ul style="list-style-type: none"> – Dermatitis atópica – Dermatitis irritante – Dermatitis alérgica – Psoriasis
Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> – Ciclo menstrual – Embarazo
Vasoespasmó	<ul style="list-style-type: none"> – Primario, debido a Sd Raynaud – Secundario, debido a traumatismo, infección



Muchos casos de SR son tratados erróneamente con antifúngicos por sospecha de infección por *Candida albicans* sin mejoría de la clínica y posterior abandono de LM.

El tratamiento incluye medidas higiénicas (calor local, evitar tóxicos como tabaco y café, realizar ejercicio físico) y fármacos (Nifedipino 30 mg/día 15 días).

DISCUSIÓN:

- El éxito de LM puede verse afectada por el erróneo diagnóstico de las patologías del pezón

CONCLUSIÓN:

- El SR es un fenómeno frecuente en nuestro medio, pero hay poca literatura sobre su localización en el pezón.
- Incidir en el correcto diagnóstico diferencial ya que muchas veces es motivo de abandono de lactancia materna por tratamiento erróneo.
- Las medidas higiénicas y el Nifedipino ayudan a mejorar/desaparecer la sintomatología.

FENÓMENO DE RAYNAUD: UNA CAUSA FRECUENTE DE DOLOR EN LOS PEZONES DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

ALAZNE SORZABALBERE URBISTONDO, LEIRE SAINZ DE LA MAZA RODRIGUEZ, NAIARA BLÁZQUEZ CIANCA, LOREA GARCÍA ESTURO, ALAITZ GARITAONANDIA MONTEAGUDO, OLGA E. PEÑA RUIZ

Antecedentes:

El dolor en los pezones es una causa habitual de abandono de la lactancia. En ocasiones este dolor está causado por el fenómeno de Raynaud, una patología que afecta entorno al 20% de las mujeres en edad fértil.

Caso clínico:

Mujer de 32 años, 3 semanas de lactancia materna exclusiva, acude al grupo de apoyo a la lactancia refiriendo dolor intenso en los pezones. Diagnosticada de infección por *Candida albicans* en los pezones hace 5 días, no refiere mejoría con el tratamiento prescrito. Ha observado cambios de coloración en los pezones durante las tomas y fuera de éstas y sobre todo con la exposición al frío. Se le diagnostica de fenómeno de Raynaud. Se le explican las medidas físicas que pueden mejorar el cuadro, como la aplicación de calor local y se deriva a su médico para la prescripción de tratamiento farmacológico que consiste en nifedipino (actúa bloqueando los canales de calcio y favoreciendo un efecto vasodilatador). Es muy seguro en la madre lactante por su escasa eliminación por la leche.

Tras unos días de tratamiento, la mujer mostró una mejora substancial y se realizó un seguimiento con el objetivo de evitar el abandono de la lactancia materna.

Comentarios:

El fenómeno de Raynaud se produce por un vasoespasmio de las arteriolas del pezón. Causa una isquemia intermitente caracterizada por un intenso dolor en los pezones, manifestándose con palidez y posterior cianosis por la caída del aporte de oxígeno. Tras esto, como fenómeno de rebote se produce una vasodilatación que produce una rubefacción de los pezones.

Su sintomatología es tan aguda, severa y punzante que suele confundirse con la infección por *Candida albicans*. Las principales diferencias entre ambas patologías son que el dolor asociado al fenómeno de Raynaud no está únicamente limitado a durante y después de las tomas, y aumenta con el frío o el estrés emocional con su consiguiente cambio en la coloración en los pezones. La falta de conocimiento del fenómeno de Raynaud dificulta su diagnóstico, lo que puede conducir al abandono de la lactancia materna por parte de la madre, siendo una patología fácilmente tratable.

P-103 (820)

SÍNDROME DE RAYNAUD EN EL CONTEXTO DE MASTITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA ESTEFANIA ROIG FERNÁNDEZ, MARTA LAMATA SUBERO, CARMEN CRUZ MERCADILLA, RAÚL SEGURA DEL ARCO

Paciente de 34 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Cursa su primera gestación, la cual transcurre con normalidad. El 12 de enero de 2013 da a luz un varón mediante parto eutócico. La madre opta por la lactancia natural.

El 21 de febrero consulta porque desde el tercer día postparto presenta escozor y pinchazos continuos a lo largo de todo el día, que sólo disminuyen algo al rato de comenzar la toma. En ambos pechos la molestia es igual. En la mama derecha además refiere tener una grieta que le ha sangrado. Relata que después de la toma en la mama izquierda el pezón adquiere un color blanquecino y le duele mucho. Asocia además pinchazos en ambas mamas relacionados con el frío.

Tras esta consulta se tomaron cultivos de leche y pezones que fueron positivos, la paciente estaba muy sintomática por lo que se trató con antibiótico (pautado según antibiograma) e ibuprofeno. Tras finalizar el tratamiento antibiótico continuó con probiótico. En la consulta de control que se realizó tras concluir el tratamiento con cultivos de control, la paciente refiere que había pasado unos días asintomática pero que de nuevo presentaba clínica. Comenta dolor en mama izquierda y que el pezón izquierdo, sobre todo con el frío, se le pone blanco y luego rojo, la paciente ha grabado un vídeo que nos aporta con esos cambios de coloración y que pasaremos a exponerlo. Dice que por la noche la lactancia es placentera porque se aplica calor continuo. Ante todas estas explicaciones pensamos en la posibilidad de un síndrome de Raynaud, por ello se comenzó tratamiento con nifedipino 10 mg cada 8 horas. Recitamos a la paciente a los 10 días y estaba feliz con su lactancia.

Como conclusión comentar que aunque es poco frecuente el síndrome de Raynaud localizado en los pezones, debemos pensar en esta entidad cuando la paciente asocie la clínica al frío, y saber que disponemos de un tratamiento eficaz como es el nifedipino.

D-MER: CUANDO AMAMANTAR PRODUCE SENTIMIENTOS NEGATIVOS

IBONE ZALDUENDO MARIJUÁN, IRENE CARRERA CABALLERO, MARTA MIGUEL MARTÍNEZ, ERIKA JUAREZ MENDIZABAL, MARTA MONZÓN URRUTIA, EUGENIA MARTÍN RODRIGO

Antecedentes y objetivos

El reflejo de la leche disfórico o D-MER (del inglés, Dysphoric milk ejection reflex), es un síndrome que produce en la mujer que amamanta malestar y sentimientos negativos de duración e intensidad variables. Se produce desde un poco antes de la liberación de la leche y se prolonga hasta pasados los primeros momentos de la toma.

Debido a que se trata de una condición poco conocida, resulta interesante dar a conocer su clínica, para que los profesionales sanitarios sepamos reconocerlo y realizar un manejo clínico adecuado.

Material y métodos

Revisión sistemática de las bases de datos Medline, Pubmed y SCIELO y artículos de investigación publicados en revistas científicas.

Palabras clave

D-MER, Lactancia, dopamina.

Resultados

El síndrome de D-MER se trata de una entidad fisiológica, de causa hormonal y que no se relaciona con alteraciones en el estado del ánimo.

La prevalencia de esta entidad es desconocida ya que por un lado puede ser mal diagnosticada o pasar desapercibida y por otro lado, en algunos casos el abandono de la lactancia precoz por el malestar percibido impide detectarlo.

La causa determinante es una caída brusca o más rápida de lo habitual de la dopamina durante el reflejo de eyección lácteo que desencadena sentimientos negativos tales como: irritabilidad, ansiedad, hostilidad, tristeza, angustia, ira, pánico...

Estas sensaciones y emociones suelen durar entre 30 segundos y 2 minutos, y posteriormente desaparecen.

Se clasifica según los síntomas en: leve, moderada y grave.

El manejo clínico del D-MER consiste en:

- Ofrecer apoyo y dar información para disminuir la ansiedad.
- Evitar el estrés, realizar ejercicio físico moderado y respetar un sueño adecuado
- Medidas alimentarias: evitar estimulantes y una hidratación adecuada.
- Tratamiento médico en casos graves.

Conclusiones

El D-MER es un síndrome poco conocido y de descubrimiento reciente por lo que en la actualidad existen pocos estudios disponibles.

Resultaría interesante el diseño de nuevos estudios para obtener más conocimientos en la materia y ofrecer un tratamiento y cuidados óptimos a las mujeres que lo padecen.

P-105 (932)

TRATAMIENTOS DEL PEZÓN DAÑADO. UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA ACTUAL

JUDIT PELEGRÍ ÁLVAREZ, LAIA AGUILAR CAMPRUBÍ, JULIA CID VAQUERO, ANNA PAYARÓ LISTERRI, LUCÍA ZAMORA DELMÁS, SÒNIA GARCIA IBÁÑEZ

Antecedentes y objetivos:

- Conocer la eficacia de los tratamientos y cuidados convencionales del pezón dañado.
- Identificar la seguridad de los tratamientos más habituales para el cuidado del pezón dañado.

Material y método:

Revisión sistemática siguiendo un orden jerárquico: sistemas, sumarios, sinopsis, síntesis y estudios, publicados en los últimos 10 años. Utilizando palabras MESH (nipple, human milk y lanolin) y texto libre (nipple fissures, nipple trauma, cracked nipple, sore nipple, breastfeeding, care, olive oil, vitamine E and lanolin).

Resultados:

Se localizaron 219 estudios de los cuales fueron incluidos 12. Los resultados hallados indican que los profesionales recomiendan a las mujeres lactantes utilizar diversos tratamientos sin una pauta estandarizada.

Los tratamientos investigados fueron: leche materna, aceite de oliva, soluciones de menta, vitamina E pura, lanolina, APNO (all-purpose nipple ointment), hidrogel, clorhexidina, fototerapia y no aplicar nada.

Los más eficaces parecen ser la leche materna exprimida aplicada sobre el pezón y la lanolina, pero los estudios incluidos muestran gran disparidad de resultados,

Conclusión:

Actualmente no existe un cuidado estandarizado para el pezón dañado. Se precisan más estudios para determinar la seguridad y la eficacia de los tratamientos como: gel de menta, aceite de oliva, APNO, vitamina E pura, clorhexidina y fototerapia.

En un futuro se debería evaluar el tratamiento más eficaz, seguro, económico y al alcance de toda mujer lactante.

PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL DOLOR MAMARIO EN LA MUJER LACTANTE

EVA CAPDEVILA, LUIS RUIZ, BEATRIZ LORENTE, JOSE ANTONIO NEGUILLO, IGNACIO RODRÍGUEZ, NURIA BARBANY, EDGAR PALACÍN, BERNAT SERRA, VICENTE MOLINA, MARIA SOLER

Antecedentes y objetivos

La mastitis es uno de los problemas que más influyen sobre la lactancia. El diagnóstico clínico y microbiológico está variando últimamente. Existen estudios microbiológicos sobre el tema pero más difícil es encontrar estudios en los que se aborden conjuntamente la microbiología, la clínica, y la asistencia a la lactancia. Por ello se ha desarrollado un protocolo de estudio de las mastitis que consiste en un circuito de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con dolor mamario.

Material y métodos

El protocolo se ha trabajado en un centro hospitalario de nivel IIIA. Se ha diseñado un circuito que implica a los Servicios de Obstetricia, Pediatría, Urgencias, Microbiología, Epidemiología y la Unidad de lactancia como equipo multidisciplinar.

El circuito propuesto consiste en: la remisión de madres con dolor mamario a Urgencias de Obstetricia donde se cursa cultivo de leche y se pauta tratamiento. Posteriormente se remite a la Unidad de lactancia del Servicio de Pediatría para valoración de la posición al pecho. Se han preparado 4 registros de datos con 4 formularios a pasar al binomio madre niño. Se realiza un seguimiento clínico posterior.

Resultados

A nivel asistencial se recogen datos epidemiológicos y datos referentes a la sintomatología y la exploración física materna y del recién nacido. Se registra el tratamiento administrado. Se recogen los resultados de los cultivos de la leche materna y las resistencias antibióticas. Se realiza valoración de la posición al pecho del lactante y posterior seguimiento clínico y de respuesta al tratamiento.

Se obtendrán además una serie de indicadores, así como la tasa de abandono de la lactancia materna debido a mastitis y la tasa de lactancia materna a los 3 meses de la mastitis.

Conclusiones

El protocolo plantea una forma de trabajo multidisciplinar a favor de la lactancia materna con lo que se generan una serie de dificultades a solventar progresivamente con una prueba piloto de aproximadamente un año. En la actualidad se inicia la puesta en marcha definitiva.

Se observa una mayor atribución de importancia a las mastitis en espera de comprobar una mayor respuesta al tratamiento.

CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS DE LECHE MATERNA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MASTITIS: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

LARA MARÍA REDONDO BAUTISTA, RICARDO MARTÍN MARTÍNEZ, IRATI SAENZ MARTÍN, ENRIQUE ESTEVEZ REINARES, SARA GARCÍA GUTIÉRREZ, JUAN MANUEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Durante la lactancia pueden aparecer diversos tipos de alteraciones infecciosas de las mamas que difieren en su etiología, patogenia, sintomatología y tratamiento. Su diagnóstico sigue basándose en la inspección visual de la mama, siendo excepcional la solicitud de cultivos. El estudio cuantitativo de la microbiota mamaria aporta una información muy valiosa no solo para determinar el agente etiológico, sino también para garantizar un correcto abordaje terapéutico, sobre todo en aquellos procesos que no cursan con la sintomatología clásica. Los servicios de microbiología de algunos hospitales de nuestro ámbito, entre ellos el nuestro, han empezado a realizar cultivos cuantitativos de leche materna.

El objetivo principal del presente estudio es doble, por una parte, determinar los microorganismos implicados en los procesos infecciosos que afectan a la mama durante la lactancia, y por otra, analizar los antibiogramas aportados por nuestro laboratorio para determinar los patrones de sensibilidad o resistencia a determinados antibióticos.

Como objetivos secundarios se pretende determinar cuáles son los motivos por los cuales se solicitan los cultivos y qué profesionales solicitan más frecuentemente esta prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se plantea un estudio observacional transversal de los cultivos de leche materna analizados por el servicio de microbiología de nuestro hospital desde 2011, fecha en que se inicia la actividad en nuestro laboratorio. Se analizan estadísticamente las siguientes variables:

- Microorganismo aislado.
- Análisis del antibiograma.
- Profesional que solicita el cultivo.
- Motivo por el que se solicita el cultivo.

RESULTADOS ESPERADOS

La mayoría de las muestras analizadas determinan como microorganismos causales patógenos relacionados con alteraciones infecciosas subagudas, y éstas fueron solicitadas por dolor durante la toma y/o ingurgitación mamaria leve o moderada.

Gran parte de los patógenos aislados son resistentes a los antibióticos más comúnmente utilizados.

La matrona es el profesional que más comúnmente solicita los cultivos de leche materna en nuestro ámbito.

CONCLUSIONES

Se precisa de una mayor información entre el colectivo sanitario sobre la utilidad de los cultivos de leche materna no sólo en el diagnóstico etiológico de los procesos infecciosos que afectan a la mama durante la lactancia, sino también en su correcto abordaje terapéutico.

P-108 (902)

CASO CLINICO MASTITIS EN ATENCION PRIMARIA

DOLORES RUBIRA FELICES, NOELIA RODRÍGUEZ BAILÓN, M. EUGENIA CALVO RAJADO, CARME VIVÓ AMIGO, ESTHER LABORDA GARCÍA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar al recién nacidos nutrientes esenciales para su desarrollo saludable. Todas las mujeres pueden amamantar siempre que dispongan de buena información, apoyo familiar y del sistema de atención de salud. Sin embargo, la prevalencia de LM en los países europeos está por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud .

Médicamente, la mastiti es la principal causa de destete. Ante la ausencia de un diagnóstico etiológico y la prescripción de tratamiento inadecuado, las mujeres con este problema suelen enfrentarse a un dilema: seguir con dolor o abandonar la lactancia.

Se realizó un seguimiento de una madre lactante. En la primera visita en consulta, realiza el planteamiento de abandonar la lactancia por pinchazos como agujas en pecho izquierdo (EVA6), la presencia de grietas en pezones, “las tomas duran mucho” y “no tengo suficiente leche”.

Ante sintomatología, sospechamos de MASTITIS SUBAGUDA. Se explica a la madre que existe tratamiento compatible con lactancia materna. La madre consiente, por lo que lo iniciamos: una toma diaria de probiótico *Lactobacillus fermentum*, cultivo de leche y toma de antiinflamatorio compatible con lactancia materna.

A la semana, refiere mejoría de las grietas y disminución del dolor (EVA 3), persistiendo algún pinchazo esporádico.

El resultado del cultivo refleja un sobrecrecimiento de *Streptococcus Salivarius* y *Corynebacterium*, reforzando el diagnóstico y tratamiento empírico.

La OMS, en el año 2000, manifiesta la importancia del cultivo para el tratamiento de mastitis. Las dificultades en el uso de antibióticos en mastitis plantearon la posibilidad de utilizar probióticos para su tratamiento. El único probiótico aislado de leche materna que demuestra que reduce la concentración bacteriana de *Staphylococcus* en leche materna y dolor durante la lactancia es *Lactobacillus fermentum*

NUEVOS RETOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MASTITIS

MARÍA DE DIOS LERA, MARIONA RAMOS MELLADO, MARIA NURIA PUIG VIVES, ROSENDO CLAUDIO MONTENEGRO, ADRIANA GABRIELA PÉREZ NOCETTI, MERITXELL VIDAL ALABALL

El objetivo de esta revisión es demostrar la conveniencia de la implantación del cultivo microbiológico de leche materna como método diagnóstico diferencial y orientación del tratamiento frente a signos de mastitis así como del uso de probióticos como parte del tratamiento.

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline, Pubmed. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: Mastitis, Probióticos, Probiotics, Lactancia Materna y Breastfeeding. Los artículos incluidos han sido ensayos clínicos aleatorizados y artículos de revisión sobre las actuaciones terapéuticas y planes de cuidados en una mastitis puerperal.

La glándula mamaria contiene una microbiota propia, cuando aparece una mastitis se produce un aumento de la concentración del agente causal por encima de los límites normales y la desaparición del resto de bacterias fisiológicas de la leche. La mastitis se define como inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria acompañada o no de infección. Las mastitis son más frecuentes en la segunda y tercera semanas postparto (75-95%). La incidencia se sitúa entre el 3 y el 33% de las madres.

La mastitis en la lactancia se produce fundamentalmente por destete precoz o dificultad en el vaciado del pecho. Otros factores predisponentes son el uso de antibióticos durante el último trimestre del embarazo, parto y/o lactancia.

Es una práctica habitual la inhibición de la lactancia y administración de betalactámicos en estos casos. Deberíamos tomar conciencia de la utilidad del cultivo microbiológico como forma de diagnóstico y orientación en el tratamiento. Algunos estudios muestran el aumento de cepas resistentes a antibióticos usualmente administrados, formación de biofilms y coexistencia de cepas con distinta sensibilidad.

El tratamiento debe instaurarse tras el análisis microbiológico. En las últimas revisiones se ha evidenciado que algunos probióticos tipo lactobacillus puede usarse como alternativa a los antibióticos, disminuyendo los síntomas clínicos y recidivas. También se recomienda el uso de antiinflamatorios, buen vaciado del pecho y en ocasiones corrección de la postura o apoyo a la hora de realizar la toma.

P-110 (838)

HIPOGALACTIA SECUNDARIA A CIRUGÍA DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

REBECA HERNANDEZ FRY, ALMUDENA DE LA ENCARNACIÓN CASTELLANO, DOLORES SERRANO MOROTE, LORETO CARBONELL MAYOL

ANTECEDENTES

La principal causa de abandono de la lactancia materna de forma temprana, según diversos estudios, es la falsa percepción de hipogalactia por parte de la madre, motivada principalmente por la demanda intensa del bebé, el llanto persistente o aversión a la lactancia, en algunos casos se cifra el abandono en torno al 70% del total de madres que abandonan la lactancia. Con la descripción de caso lo que se pretende es reconocer como causa de hipogalactia verdadera la intervención de reducción mamaria con reposición de pezón ya que es de las pocas causas de una baja extracción de leche por parte del recién nacido y la necesidad a su vez de realizar una buena valoración y diagnóstico antes de que se abandone la lactancia por la hipogalactia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años que en enero de 2003 se somete a una reducción mamaria mediante técnica de t invertida e injerto libre del pezón, técnica que implica pérdida de sensibilidad en pezones con la consecuente limitación para la lactancia materna.

Parto eutócico en 2011, varón de 3160 gr que a las 48 h de vida tiene un peso de 2855 gr. Tras 5 días de lactancia materna exclusiva su peso es de 2580 gr con lo que se inicia lactancia mixta, abandonando la lactancia materna a los dos meses.

En septiembre de 2014 nuevo parto eutócico, hembra de 3960 gr que a los 5 días tras nacimiento y con lactancia materna está en 3500 gr. Se realiza valoración y diagnóstico de hipogalactia verdadera y se inician medidas de apoyo para mantener la lactancia mixta. A los dos meses de vida pesa 5580 gr y continúa en este momento con éxito la lactancia mixta.

COMENTARIO

Lo que se pretende con este caso es poner de relieve que en la práctica las hipogalactias verdaderas son un porcentaje mínimo de todos los problemas de lactancia y que con una buena valoración y diagnóstico se puede apoyar a las mujeres con estos problemas para mantener en muchos casos una lactancia mixta satisfactoria para la mamá y el bebé.

CUANDO EXISTEN FACTORES DE RIESGO COMO MAMOPLASTIA REDUCTORA, ¿ES NECESARIO EL SEGUIMIENTO POR PROFESIONALES CON FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LACTANCIA?

CAROLINA LECHOSA MUÑOZ, SONIA MATEO SOTA, ELENA MENA GUTIERREZ, BELEN MARTINEZ-HERRERA MERINO, PILAR SARMIENTO, CONCEPCION SANZ DEL CAMPO

La mamoplastia reductora (MR) es un factor de riesgo dado que puede dar lugar a una hipogalactia de origen glandular.

Presentamos 3 casos de mujeres primíparas, sanas, con antecedente de MR, sin otros factores de riesgo añadidos

CASO 1: Recién nacido a término (RNAT) peso adecuado para su edad gestacional (PAEG) 3040gr. Parto eutócico. Contacto piel con piel inmediato (CPPI). 1º toma en puerperio inmediato (PI). Dificultad con agarre, Lactancia Materna (LM) exclusiva con pezonera desde nacimiento. Alta a las 48h con una pérdida ponderal (pp) 7,2%. Valorado en atención primaria al 4º día de vida (ddv). pp 13,8%, exploración física normal, no signos de deshidratación, deposición con restos meconiales. Se mantiene LM exclusiva.

Al 6º ddv acude a urgencias por rechazo de las tomas de 18h de evolución. Ingres a en neonatología con el diagnóstico de deshidratación hipernatrémica, dado de alta a los 7 días con lactancia parcial (LP). Destete a las 3 semanas.

CASO 2: RNAT PAEG 3540gr. Parto domiciliario CPPI. Primera toma PI. Valorado en domicilio por matrona a las 72 h pp 14.12%. Inicia suplementación con leche donada por mujeres del grupo de apoyo (suplementador). Frenotomía en la 1º semana. A los 11 ddv su pediatra inicia suplementación con fórmula y deriva a Clínica de Lactancia (CL). Diagnóstico Hipogalactia glandular. LP satisfactoria hasta los 6 meses. Destete natural.

CASO 3: RNAT PAEG (3680gr) Parto eutócico. CPPI. Primera toma en PI. A las 30 h de vida pp 8%, inicia suplementación con fórmula (jeringa y finger). Alta a las 48 horas de vida con LP, pp 7% y cita en CL, Valorada en 3 ocasiones hasta conseguir LM exclusiva que mantuvo 5 meses. Destete natural a los 10 meses.

CONCLUSIONES: La MR constituye un factor de riesgo de hipogalactia. El seguimiento en una unidad especializada puede evitar la aparición de complicaciones en el RN y ayudar a la madre a mantener una lactancia satisfactoria durante más tiempo. Sería deseable que todos los profesionales dispusiesen de una unidad especializada donde poder remitir a las madres y a los lactantes con dificultades y/o factores de riesgo.

P-112 (887)

LACTANCIA MATERNA Y MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ, ANDREA FERNÁNDEZ SÁEZ, CARLA FERNANDEZ CASTRO, SARA ARBERAS LAUZURICA, XANA GONZÉLEZ MÉNDEZ, TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La mamoplastia de reducción es una de las cirugías plásticas más frecuentes en mujeres adolescentes, por ello, deseamos conocer los que factores que influyen en el éxito de la Lactancia Materna tras una mamoplastia de reducción.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda sistemática de artículos científicos.

RESULTADOS:

La posibilidad de amamantar está directamente relacionada con el manejo quirúrgico del complejo areola-pezones.

La técnica de pezón libre es la técnica más agresiva sobre el sistema de lactancia.

La técnica de pezón libre ha sido sustituida en las últimas décadas por las técnicas de pedículo ya que estas no dañan por completo el suministro de sangre y las ramas nerviosas que inervan el complejo pezón-areola.

Las técnicas de pedículo son muy variadas. La técnica del pedículo superior parece ser la más controvertida dado que tiene un mayor riesgo de dañar la inervación del complejo areola-pezones.

La técnica de reducción con pedículo inferior parece ser la que mejor preserva la inervación nerviosa y por tanto ofrece mejores resultados en lactancia.

Algunos autores sugieren que el éxito de la lactancia materna es similar en las técnicas de pedículo inferior, superior y lateral.

Cuanto más tiempo haya transcurrido entre la cirugía y el embarazo mejores son los resultados en lactancia materna, esto es debido a los factores de reinervación y recanalización.

La información solicitada por las mujeres y la proporcionada por los cirujanos previa y postcirugía acerca de la capacidad de lactar es limitada.

CONCLUSIONES: Dado que las mujeres que han sido sometidas a cirugía de reducción preservan la capacidad de amamantamiento, es imprescindible que los profesionales de salud promuevan la LM en este grupo de mujeres igual que en resto de la población. El éxito de la LM dependerá en gran medida del tipo de técnica quirúrgica a la que se haya sometido, así como de factores anatómicos-fisiológicos propios de cada mujer. Por ello, una información clara y completa antes y después de la cirugía y dotar a la mujer de los recursos necesarios llegado el momento serán factores clave para una lactancia materna exitosa.

CONCLUSIONES

Para evitar la pérdida de un gran número de profesionales formados se recomienda Incluir la realización de estos cursos de formación en lactancia materna en el perfil de competencias del personal como requerimiento para trabajar en el área materno-infantil Además de incorporar estos cursos al programa de formación continuada del hospital, para que todo el personal tenga acceso, siguiendo así las indicaciones de la Normativa de Lactancia del hospital.

Por otro lado es importante gestionar los recursos humanos de los servicios implicados para poder llevar a cabo la formación por medio de una compensación horaria de los profesores y alumnos.

**Antecedentes:**

Diversos estudios se centran en la posibilidad de amantar con un solo pecho. Uno de ellos se sitúa en las casas de pescadores de un barrio de Hong Kong, donde las mujeres culturalmente sólo amamantan de un pecho. Éste estudio, indica que en el periodo post -menopáusico las mujeres que amamantan unilateralmente, tienen un riesgo superior de padecer cáncer de mama del pecho que no han amamantado.

Otro estudio se llevo a cabo en Arabia Saudí donde recogieron durante 12 años información de las mujeres que acudían a los centros de lactancia, durante este periodo sólo 54 mujeres amamantaron con un solo pecho. El estudio concluyó que las mujeres que amamantan unilateralmente tienen más riesgo de padecer cáncer de pecho en la mama que no amamanta.

Causas neonatales, tales como infección del oído, hernias o traumatismos del parto y/o condiciones maternas como mastectomías, operaciones en una mama o quemaduras, pueden provocar que el bebé sólo mame de un pecho.

Caso clínico:

Carmen madre de tres hijos, padeció un accidente a los 8 años que le produjo quemaduras a la mitad del cuerpo, afectando totalmente uno de los pechos. Después de diversas operaciones para reconstruirle de manera estética la mama, le informaron que la mama se quedaba sin pezón y por lo tanto la lactancia sería imposible.

Carmen alimentó a sus dos primeros hijos con fórmula ya que los cirujanos y ginecólogos le dijeron que era imposible lactar a sus bebés.

En su tercer embarazo, acudió a nuestra consulta donde expresó el deseo de amantar. Se le informó en ese momento de la posibilidad de hacerlo. En cada una de las visitas se reforzó la técnica de lactancia unilateral y se resolvieron las dudas y problemas

Tras el parto lactó tres días y debido a unas grietas importantes en el pezón y el poco soporte recibido, decide retirar el pecho.

A los siete días post parto acude a la consulta de atención primaria de la matrona. Ante el deseo de la madre de amamantar, decidimos empezar una relactación.

5 meses más tarde, Carmen y su bebé disfrutaron de una lactancia materna exclusiva satisfactoria.

LACTANCIA MATERNA TRAS CANCER DE MAMA.MONICA LANZA BARRENA, CRISTINA NIETO MARTÍNEZ

Mujer de 31 años, diagnosticada en 2007 de Cáncer de mama izquierda (estadio IIB). Se realizó tratamiento quirúrgico conservador que incluyó tumorectomía y linfadenectomía axilar. Además se aplicó radioterapia y quimioterapia.

Tras gestación de evolución normal, a las 39 semanas y 4 días, se produjo parto instrumentado mediante ventosa, obteniéndose un recién nacido, mujer de 3270 gramos, con Apgar 8/9.

Al ingreso en planta de puerperio, la puérpera expresó su deseo de alimentar a su hija con lactancia materna.

Dificultades encontradas:

- Desconocimiento por parte de los profesionales, respecto al comportamiento de una mama con antecedentes de Cáncer, y tratamiento con radioterapia.
- Mayor riesgo de lesiones en el pezón debido a la utilización de un solo pecho.

En el momento del alta hospitalaria, el lactante era alimentado con lactancia materna exclusiva. No se había producido ingurgitación de la mama izquierda, la cual no había sido estimulada en ningún momento, ni tampoco necesitó medidas físicas o tratamiento farmacológico para reducir inflamación.

Se realizó seguimiento telefónico para valorar la duración y aparición de dificultades.

P-115 (877)

DOLOR INSOPORTABLE, ENROJECIMIENTO, PINCHAZOS Y QUEMAZÓN EN UN SOLO PECHO: CASO CLÍNICO DE HIPER GALACTIA

NAIARA BLAZQUEZ CIANCA, IRATZE URIAGUERECA ODRIOZOLA, ARANZAZU MUÑOZ
MANCISIDOR, LOREA GARCIA ESTURO

Antecedentes;

Primípara 40 años. Desea lactancia materna.
Control de embarazo normal, sin alteraciones de TSH.
Parto eutócico RN (recién nacido) de 4250g.

Caso Clínico;

7° día postparto: lactancia materna a demanda sin signos fuera de normalidad.

11° día postparto: vuelve a consulta por fiebre de un día de evolución, molestias tipo “pinchazos” sensación de quemazón y enrojecimiento en una mama (derecha). Se diagnostica mastitis tras cultivo de leche y se pone antibiótico. Refiere tener el pecho derecho de mayor tamaño y observa un cambio de comportamiento en el RN siempre que lo pone en el pecho derecho.

18° día postparto: Afebril, continúa con las molestias tipo pinchazo e hinchazón de la mama derecha. Se descarta infección por cándida. Verbaliza que es un dolor insoportable que tiene durante todo el día y que el RN continúa “enfadándose” cuando le toca mamar de ese pecho.

Tras hablar con una consultora de lactancia, se diagnostica de “hipergalactia en mama derecha”. Se dan indicaciones para disminuir la producción de leche en la mama afectada.

22° día postparto: ha notado una clara mejoría pero le ha costado mucho soportar las molestias en mama derecha. Ya no siente tantos pinchazos, ha disminuido el tamaño de la mama. El RN continúa con buena ganancia ponderal. Se le indica que comience a dar de mamar con el pecho derecho a razón de 1 vez por cada dos que da con el izquierdo.

26° día postparto: la mujer refiere notar menos los síntomas y se ha regulado la producción de leche en el pecho derecho. El RN ya no muestra diferencia de comportamiento en la mama afectada. La mujer es dada de alta.

Comentarios;

La hipergalactia es un problema benigno que puede causar molestias importantes a la madre y alteraciones en el recién nacido. La madre puede tener sensación de tener el pecho lleno y congestionado continuamente, presentar quistes en los conductos e incluso evolucionar a una mastitis.

Puede deberse a madres con mayor respuesta a un mismo estímulo o tomas cortas y frecuentes por parte del RN con las que no se consigue acumular el factor inhibidor.

DRENAJE LINFÁTICO MANUAL DE LA AREOLA COMO TRATAMIENTO DE LA INGURGITACIÓN MAMARIA FISIOLÓGICA

HENAR ROBLES GARCIA, SILVIA CRESPO BERROS, PAULA MORENO ORDÁS, CAROLINA ALCAINE GUISSADO, ANA SILVANO COCINERO, CARMEN REVUELTA LISA

Antecedentes

La ingurgitación mamaria (IM) es un trastorno que aparece generalmente a las 24-48 horas post-eyección láctea caracterizado por dolor, enrojecimiento, edema e inflamación de la glándula.

Una vez instaurada la IM, cuando la areola está inflamada y tensa por el edema, los métodos no farmacológicos habitualmente empleados para su tratamiento pueden agravar el problema, por lo que el drenaje linfático manual de la misma se convierte en esencial para una lactancia materna (LM) exitosa.

Objetivos

- Lograr una LM exitosa, mejorando la sintomatología de la IM y la ansiedad de la mujer lactante.
- Evitar potenciales complicaciones de la IM.
- Transmitir a los profesionales sanitarios la técnica del drenaje linfático manual de la areola e informar de sus beneficios.

Material y métodos

Revisión y análisis bibliográfico en Pubmed, CUIDEN, CINAHL, Cochrane Library y Google académico.

Palabras clave: ingurgitación mamaria, drenaje linfático, terapias, lactancia materna.

Resultados

En los casos en los que la areola está hinchada por el edema, al RN le resulta muy dificultoso el agarre al pecho, por tanto, antes de colocar al niño al pecho o de utilizar un sacaleches (que atraería más líquido al espacio intersticial), es necesario reducir este edema mediante el drenaje linfático manual.

La presión digital ejercida de forma suave y regular para ablandar un área de 3-6 cm alrededor de la areola, rodeando la base del pezón, con la finalidad de que el líquido intersticial se desplace hacia el interior de la glándula. Pueden ser necesarios hasta 30 minutos para completar el proceso. Esta técnica debe ser puesta en práctica y transmitida por profesionales sanitarios formados.

Conclusiones

El drenaje linfático manual de la areola mejora la sintomatología de la IM, favoreciendo el correcto agarre del RN al pecho y disminuyendo la ansiedad materna, todo ello en pro de una LM exitosa.

La prevención es el mejor tratamiento de la IM, pero una vez instaurada, es fundamental tratarla en sus inicios para prevenir las posibles complicaciones que pudieran derivarse.

Los profesionales sanitarios deben estar formados en la aplicación de medidas no farmacológicas para el tratamiento de la IM.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREVIOS DE LAS ALUMNAS QUE SE MATRICULAN EN UN MÁSTER DE LACTANCIA

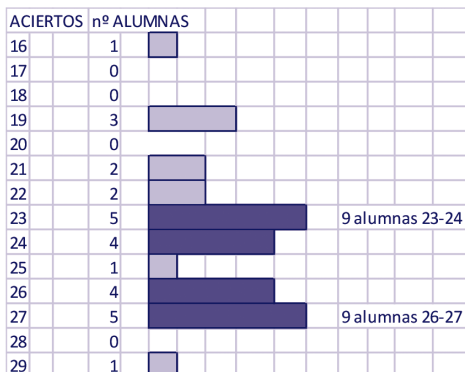
CARMEN TEMBOURY MOLINA, BEATRIZ FLORES ANTÓN, M^a JOSÉ RIVERO MARTÍN, CELINA ARANA CAÑEDO-ARGUELLES, SUSANA ARES SEGURA

Introducción: con el objetivo de conocer el bagaje de conocimientos que traían las alumnas matriculadas en la primera edición de un máster en lactancia materna, se realizó un examen al inicio de este. Todas las alumnas tenían el título de grado en ciencias de la salud (la mayoría matronas o enfermeras, dos médicos, una farmacéutica, una fisioterapeuta, una psicóloga y una veterinaria).

Métodos: el 1º día del máster, se pasó a las 28 alumnas un examen presencial, tipo test y anónimo de 30 preguntas. De las cuales, 20 procedían con modificaciones de otros test de cursos de formador de formadores, aunque se añadieron 10 preguntas sobre composición de la leche humana, promoción de la lactancia, fármacos, el Código, atención al parto ...

Resultados: respondieron 28 alumnas (100%). Media respuestas correctas: 23.6 de 30 (78.6%). La distribución de puntuaciones seguía una curva bimodal con 2 picos: uno de 9 alumnas con 23-24 aciertos, otro de 9 alumnas con 26-27. Solo 4 alumnas obtuvieron menos de 21 puntos. Las preguntas con mayor nivel de respuestas correctas, eran las relativas a consejería de madres. Por el contrario, acumularon mas fallos las relativas a la actitud en periodo neonatal inmediato, a la compatibilidad de fármacos con la lactancia, al tipo de deshidratación del fracaso de lactancia, el Código, la composición de la leche humana, el momento idóneo de informar a la embarazada, la actitud ante una púérpera que decide lactancia artificial, las recomendaciones de la OMS...

Discusión y Conclusiones: Los resultados coinciden con la percepción de los profesores, de que había un grupo de alumnas con alto nivel de conocimientos y motivación y otro igualmente motivado, con menor bagaje, si bien la mayoría mostraban un alto nivel de conocimientos previo al máster. Los fallos en las respuestas orientan sobre los temas insuficientemente abordados en los cursos de lactancia, que todas habían recibido previamente. Se debería insistir también en estrategias de promoción, código, recomendaciones internacionales.



QUE OPINAN LOS DOCENTES DE UN MÁSTER EN MANEJO AVANZADO EN LACTANCIA MATERNA

M^a JOSÉ RIVERO MARTÍN, BEATRIZ FLORES ANTÓN, CARMEN TEMBOURY MOLINA, CELINA ARANA CAÑERO-ARGÜELLES, SUSANA ARES SEGURA

INTRODUCCIÓN: El feedback es un elemento clave en los procesos de mejora y calidad. Aunque está más o menos extendido el uso de cuestionarios de satisfacción en alumnos, en pocas actividades formativas se conocen las expectativas y opiniones de los docentes. Para conseguir esto, se ha encuestado a los docentes del Máster de Manejo Avanzado en Lactancia Materna (LM) dirigido a profesionales sanitarios.

OBJETIVO: MATERIAL Y MÉTODOS: encuesta nominal online de 9 preguntas (4 abiertas, 2 cerradas con múltiples respuestas, 2 con respuesta escalada de 0 a 10, y 1 con respuesta cerrada si o no) dirigida a los docentes del Máster tras haber impartido la docencia.

RESULTADOS: Responden 16 de 27 docentes encuestados (60%). Todos los profesionales coinciden en el interés de la realización de este Máster, aportando razones diversas (reconocer la importancia del tema en el ámbito educativo, ampliar conocimientos sobre la alimentación y salud infantil, potenciar la investigación en LM). La metodología docente ha sido variada: además de presentaciones Power Point, tiempo de preguntas (87.5%), discusión sobre temas controvertidos (50%), envío de documentación previo a la clase (62.5%), posterior a la misma (37.5%), casos clínicos (37.5%), vídeos (31%). Todos los docentes se han encontrado bien durante la clase. El 56% de los docentes reconocen haber aprendido algo durante la experiencia, y sólo uno de ellos no la repetiría.

Cuando se valora la actitud de las alumnas de 0 a 10, el 100% la puntúan > 7 (56% entre 9 y 10). En relación a su participación, el 50% puntúa entre 7-8 y 31% entre 9 y 10.

Al valorar la organización de 0 a 10, el 6.3% la puntuarían con 7, el 18.8% con 8, el 50% con 9, y el 25% con 10.

CONCLUSIONES: La interacción con las alumnas parece ser lo más valorado entre los docentes. La variedad en la metodología hace más dinámica la docencia y favorece la satisfacción. Es necesario fomentar la respuesta a las encuestas, ya que nos ofrecen una visión más amplia de los aspectos a potenciar o mejorar en la organización de las nuevas ediciones del Máster.

PM-119 (928)

¿QUÉ ESPERAN LOS ALUMNOS DE UN MÁSTER DE LACTANCIA MATERNA?

BEATRIZ FLORES ANTÓN, M^a DEL CARMEN TEMBOURY MOLINA, M^a JOSÉ RIVERO MARTÍN, SUSANA ARES SEGURA, CELINA ARANA CAÑEDO-ARGÜELLES

INTRODUCCIÓN: La formación de los profesionales resulta clave para que puedan proporcionar información veraz y ayuda eficaz a las madres. Se considera que todavía falta formación pregrado y profesionales expertos capaces de abordar los casos complejos o liderar la formación o la investigación. Con este objetivo se ha organizado un Master de Manejo Avanzado en Lactancia Materna (LM) dirigido a profesionales sanitarios.

OBJETIVO: conocer la motivación de los alumnos y sus expectativas, para definir los objetivos formativos.

MATERIAL Y MÉTODOS: encuesta nominal online de 8 preguntas (6 abiertas y 2 cerradas) dirigida a los alumnos matriculados en el Master.

RESULTADOS: Responden 27 de las 28 alumnas (96%), la mayoría enfermeras y matronas. El 48% conoció el master a través de internet/redes sociales, un 26% por medios de comunicación y el 22% por compañeras de trabajo. Como principal expectativa su respuesta fue: el aprendizaje de conocimientos y habilidades (88%) y ayudar a las madres (30%); 4 alumnas quieren conseguir la certificación IBCLC, 2 buscan aumentar posibilidades laborales, solo una persona busca recursos para investigar. En su trabajo habitual, la mayoría (81%) piensa que el master les permitirá saber más y/o ayudar mejor a las madres, 4 creen que les permitirá dedicarse a la lactancia, 2 quieren ser docentes, una quiere trabajar para conseguir la acreditación IHAN en su centro. El 85% desea convertirse en IBCLC. El 78% colabora o le gustaría hacerlo en asociaciones promotoras de LM (sobre todo comités, talleres y grupos de apoyo).

Como sugerencias para que sea participativo, proponen espacios colaborativos online (44%), clases interactivas (44%), casos clínicos y prácticas (41%).

CONCLUSIONES: El interés principal de las alumnas del Master Avanzado en LM es el aprendizaje para ayudar eficazmente a las madres y la mayoría quiere certificarse como IBCLC. Tienen menor interés por la docencia o la investigación. El resultado de esta encuesta ha servido para promover la creación de una página web y adaptar la formación a las sugerencias de los participantes.

LA OPINIÓN DE LOS ALUMNOS CUENTA: IMPORTANCIA DEL FEED-BACK EN UN MÁSTER DE LACTANCIA MATERNA

CARMEN TEMBOURY MOLINA, M^a JOSÉ RIVERO MARTIN, BEATRIZ FLORES ANTÓN, SUSANA ARES SEGURA, CELINA ARANA CAÑEDO-ARGUELLES

Introducción: recoger constantemente la opinión de los alumnos de un curso de formación, tiene una enorme utilidad práctica, ya que no solo ayuda a mejorar durante el mismo y facilita la organización de las siguientes ediciones, sino que además hace que los alumnos se sientan más partícipes.

Material y métodos: tras cada bloque docente de un máster de lactancia, se pasó a los 28 alumnos cuestionarios anónimos de evaluación sobre:

A: contenidos, adecuación a la práctica clínica, calidad de la documentación, organización

B: evaluación de los profesores.

Actualmente se han evaluado los cuatro primeros bloques de once. El primero hablaba de las características del niño pequeño y de los programas de salud infantil. El segundo de fisiología y anatomía de la lactancia, composición de la leche materna, técnica del amamantamiento, así como del contacto piel con piel. El tercero versaba sobre la IHAN y las prácticas hospitalarias y de atención primaria protectoras de la lactancia. El cuarto bloque se centraba en manejo clínico y consultoría en lactancia, embarazo y parto respetado, habilidades de comunicación con las madres y forma de ayudar a las que tienen dificultades. Los profesores eran profesionales de reconocido prestigio, de hospital y primaria, que trataron de estimular la participación de las alumnas.

Resultados:

Bloques respuestas	Bloque 1 23/28	Bloque 2 16/28	Bloque 3 12/28	Bloque 4 17/28	Comentarios generales
Calificación A	8.43	9	8.2	8.06	
Calificación B	8.29	9.02	8.60	8.34	
Lo mejor	prácticas, alto nivel conocimiento, temario	prácticas, Posturas, Psicología Ruedas experienc	prácticas con madres Practica código	Las IBCLC Prácticas Parto y maternidad Habilidad com	Las directoras, empatía accesibilidad, participativo, puntualidad, metodología Amenas Más habilidades comunicacion
Lo peor	Las sillas fijas		Repetición largo	repetición	
Sugerencias	Acortar descansos	Más imágenes y videos	Vivencias Propias Soluciones prácticas	Más casos prácticos Ejemplos resolver problemas	Cambiar algún profesor

Conclusión: las clases prácticas estimulan la participación y son las favoritas de los alumnos. Estos valoran de los profesores: el temario, experiencia personal y sabiduría, las soluciones a problemas frecuentes. La opinión de los alumnos ayuda a mejorar.

BENEFICIOS DE LA CERVEZA SIN ALCOHOL EN MUJERES DURANTE LA GESTACIÓN Y LACTANCIA MATERNA

ELENA BUREU BARTRINA, LOIDA GAVÍN GUTIERREZ, VANESA ARIÑO BAILO, PATRICIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

INTRODUCCIÓN:

La cerveza es una bebida elaborada a partir de agua, cereales y lúpulo.

En España su utilización se remonta a la época de los Íberos, de ahí hasta la actualidad ha ido evolucionando pero manteniendo la esencia de su composición.

Hoy en día podemos encontrar cerveza sin alcohol, la cual tiene los mismos beneficios nutricionales siendo apta para complementar la alimentación de las mujeres gestantes y lactantes.

OBJETIVOS:

- Conocer los principales componentes de la cerveza sin alcohol.
- Conocer los beneficios de la cerveza sin alcohol durante la gestación y la lactancia.

RESULTADOS:

La cerveza sin alcohol dispone de más de 2000 componentes procedentes de ingredientes naturales. Los principales compuestos son:

Vitaminas del grupo B	Ácido fólico, riovflavina, tiamina, piridoxina...
Minerales	Magnesio, calcio, fósforo, potasio, silicio.
Antioxidantes	Polifenoles y melanoidinas.
Maltodextrinas	Hidratos de carbono complejos de absorción lenta.

Entre los múltiples beneficios de la cerveza sin alcohol para las mujeres, gestantes y lactantes destacan:

Bajo poder calórico (17kcal/100ml)	Cubre las necesidades energéticas, disminuyendo el riesgo de incremento ponderal excesivo.
Prevención del estreñimiento	Es la bebida con mayor aporte de fibra soluble (1.3g/litro) unido a su elevado contenido hídrico.
Prevención de las náuseas	La maltodextrina evita hipo e hiperglucemias en las gestantes disminuyendo así la aparición de náuseas.
Disminución de la retención hídrica	Sus propiedades hiposódicas similares a las del agua favorece la diuresis.
Cardiovascular	Disminuye el riesgo de enfermedades coronarias e hiperlipidemias.
Antioxidante	Efecto protector antioxidante.
Osteoporosis	Induce al aumento de masa ósea gracias al contenido en silicio.
Disminución riesgo de malformaciones del tubo neural	Gracias a su elevado contenido en folatos.

CONCLUSIONES:

Cada vez hay más estudios que demuestran el beneficio del consumo de la cerveza sin alcohol en estas etapas de la vida de la mujer, destacando su elevado aporte de ácido fólico como elemento esencial para el sistema nervioso, regeneración celular y prevención de las enfermedades del tubo neural.

A su vez, su aporte en antioxidantes reduce el estrés oxidativo de la gestante y por consiguiente del neonato que lacta.

ADECUACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS A LAS RECOMENDACIONES IHAN SOBRE LOS CUIDADOS EN LACTANCIA MATERNA

MARTA MAS ESPEJO, EVA GARCÍA-CARPINTERO BLAS, ESTHER HERCE LERMA, ROSA PULIDO MENDOZA

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método que permite valorar la situación de salud del individuo, identificar los problemas susceptibles de cuidados y plantearse unos objetivos o resultados a conseguir mediante las intervenciones pertinentes.

Con la finalidad de aunar conceptos y denominaciones en este proceso, se establece un lenguaje internacional estandarizado y en constante revisión, denominado NNN, que incluye tres taxonomías interrelacionadas: Diagnósticos enfermeros NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC.

En cuanto a los cuidados en la lactancia, aparecen dos referentes para los profesionales. De un lado, las taxonomías NNN y del otro las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en proceso de progresión creciente en los centros sanitarios del país.

OBJETIVO, MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis crítico de las propuestas de las tres taxonomías NNN con respecto a la lactancia materna, en comparación con las recomendaciones de la IHAN (“Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” en los servicios hospitalarios de maternidad y en los “Siete pasos” en los centros de salud), que cuentan con una mayor base evidencial, de manera que se permita determinar así el grado de adecuación de estas en la planificación de los cuidados en lactancia.

RESULTADOS

Se identifican y analizan cinco diagnósticos enfermeros NANDA en relación directa con la lactancia, cinco resultados NOC y tres intervenciones NIC, además de dos intervenciones correspondientes con alguno de los “pasos” de la IHAN.

CONCLUSIONES

Tras el análisis realizado se estima que para una adecuación del lenguaje NNN a las recomendaciones de la IHAN sería preciso en plantear modificaciones (ampliar, retirar, añadir) en algunos factores, manifestaciones, indicadores y actividades recogidos en las taxonomías actuales.

Dado que en relación a la lactancia, la bibliografía que presenta NNN actualmente es discreta sería conveniente, además, que los profesionales enfermeros aportaran no solo propuestas de modificación sino evidencias a partir de bibliografía de organismos de reconocido prestigio nacional e internacional además de sus trabajos propios, con el fin de homogeneizar criterios desde ambos referentes (NNN y IHAN).

LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA LACTANCIA MATERNA ÉXITOSA

JENIFER ARAQUE GARCÍA, MIRIAN JIMENEZ GUTIERREZ, CARLOS JIMENEZ VERGEL,
ROSA MARÍA ALBA DIEGO, ROSARIO BARBA YEGROS, CARMEN GUZMAN CANORIA

La Lactancia Materna (LM) es un elemento fundamental en el establecimiento de numerosos procesos vitales de cuidados, que provocan nuevas necesidades de cuidados en la madre y el recién nacido. Este cambio en la Agencia de Autocuidado requiere de la puesta en marcha de un Plan de Cuidados individualizado y su posterior seguimiento y evolución.

Los múltiples beneficios de la LM han sido demostrados a nivel científico desde diferentes vertientes, pero ciertos factores socioculturales y económicos dificultan en muchas ocasiones la instauración de la misma. Por este motivo es imprescindible el apoyo continuo del personal sanitario, especialmente del profesional enfermero.

La LM se inicia tras el parto o la cesárea en el entorno hospitalario, supervisado y asesorado por el personal de enfermería. Durante su ingreso, generalmente de dos a cuatro días, las madres comienzan su nueva andadura en el mundo de la lactancia con dudas, miedos y temores. Este es uno de los momentos claves para que tenga lugar una “Lactancia Materna Eficaz” (DdE 00104) dado que se sientan las bases para el cumplimiento de la misma, contando con la ayuda de profesionales del cuidado. Pero este es un proceso continuo e integral, que requiere de la continuidad de cuidados en Atención Primaria como garante de calidad asistencial y seguridad de los pacientes.

Este hecho queda reflejado en diversas leyes de obligado cumplimiento haciendo especial mención al Real Decreto 1093/2010 de 3 de Septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Según el cual el Informe de Cuidados de Enfermería debe de incluir entre otros los DdE resueltos y activos con código NANDA, valoración activa con modelo de referencia utilizado, y los resultados e intervenciones de enfermería con código NOC y NIC respectivamente.

Por este motivo el alta de enfermería es un elemento fundamental en la continuidad de cuidados y éxito de la LM. Este hecho se traduce en la necesidad de que el profesional enfermero cuente con los conocimientos, habilidades y aptitudes en materia de modelos disciplinares y profesionales de la disciplina enfermera.

P-124 (791)

LACTANCIA MATERNA INEFICAZ RELACIONADA CON DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS

M MABEL LOJO LOJO, JOSEFINA RUBIN GOITIA, GARAZI PÉREZ LÓPEZ, MERCEDES SOUTO PAZOS

ANTECEDENTES

Mujer de 35 años. Primigesta.

No fumadora, no hábitos tóxicos, no consumidora de alcohol.

No tratamiento medicamentoso ni alergias conocidas.

Antecedente quirúrgico: Apendicectomía en el año 2000.

CASO CLINICO

Parto céfálico espontáneo (39+6) con anestesia epidural. Desgarro de grado II.

RN (recién nacido) con peso 3200g. Perimetro craneal 34,5cm. Talla 48cm. Buena coloración, tono muscular y llanto enérgico. Al nacimiento presenta un test Apgar al primer minuto de 9/10, y 10/10 a los 5 minutos.

Se propicia el contacto prematuro madre-hijo. Lactancia materna iniciada en los primeros minutos de vida, apreciándose buen reflejo de succión pero agarre deficiente.

NANDA	NOC	NIC
Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos m/p el lactante se muestra incapaz de cogerse correctamente al pecho materno.	Establecimiento de la lactancia materna: lactante.	Asesoramiento en la lactancia materna. Ayuda en la lactancia materna. Apoyo emocional.
	Establecimiento de la lactancia materna: madre.	
	Mantenimiento de la lactancia materna.	

Realizamos las siguientes actividades para transmitir a la madre una serie de conocimientos, con el objetivo de lograr una lactancia materna eficaz:

- Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución, y el patrón de mamar/deglutir.
- Enseñar el cuidado de los pezones incluida la prevención de grietas.
- Vigilar la aparición de congestión mamaria e instruir sobre el masaje mamario.
- Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.
- Animar a la madre a ofrecer ambos pechos en cada toma.
- Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.

COMENTARIOS

Las actividades del equipo multidisciplinar sanitario resultan imprescindibles para conseguir un proceso de lactancia materna satisfactorio tanto para la madre como para el recién nacido. Es objetivo de nuestra unidad potenciar el mayor número de lactancias maternas exclusivas por ser la mejor opción de alimentación del recién nacido los 6 primeros meses de vida para lograr el correcto desarrollo del RN, a la vez que favorece la recuperación de la madre tras el parto.

ERGONOMÍA DEL PERSONAL SANITARIO DURANTE EL ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA MATERNA

IRATXE PEREZ PINEDO, REBECA HERAS TREJO, TERESA CABALLE BELL, ESTEFANIA MELEIRO TRILLO, CLARA GARCIA TEROL ,

ANTECEDENTES

El asesoramiento en la lactancia materna (LM) es una de las principales funciones del personal sanitario del área Materno-Infantil. Esta tarea conlleva que el personal sanitario adopte una serie de posiciones durante un tiempo prolongado y de forma repetitiva. En nuestro centro hemos detectado que mantenemos posiciones incorrectas. Éstas, repercuten negativamente en el sistema músculo esquelético, siendo la causa de problemas musculares y osteoarticulares, que a su vez desencadenan en dolor y cansancio. La consecuencia se refleja en desmotivación, disminución del tiempo dedicado al asesoramiento, menor calidad asistencial, y absentismo laboral entre otros.

OBJETIVOS

- Detectar y corregir posiciones de riesgo del personal sanitario durante el asesoramiento en la LM.
- Fomentar posiciones ergonómicas del personal sanitario durante el asesoramiento en la LM.
- Aumentar la tasa de éxito en el asesoramiento de la LM en relación con el aumento de la motivación del personal sanitario.
- Disminuir el absentismo laboral por causas osteoarticulares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del personal sanitario del área Materno-Infantil de nuestro centro durante el asesoramiento en la LM.

Análisis de un cuestionario cumplimentado por el personal sanitario y observación directa de la postura y recogida de datos mediante fotografías.

RESULTADOS

El personal sanitario de nuestro centro adopta posiciones forzadas e incorrectas en el asesoramiento en la LM durante periodos prolongados y de forma repetitiva que repercuten negativamente en su sistema musculoesquelético.

A través de la ergonomía se han corregido las posiciones más utilizadas por nuestro personal. Este material será utilizado como medida preventiva de lesiones musculoesqueléticas en el área Materno-Infantil.

CONCLUSIONES

- Una postura incorrecta en el asesoramiento en la LM, incrementa la probabilidad de desarrollar una lesión musculoesquelética.
- Existe escasa concienciación por parte del personal sanitario en mantener una buena higiene postural.
- Percibimos la necesidad de diseñar programas formativos en ergonomía para el personal sanitario del área Materno-Infantil.
- Falta de estudios sobre prevención de riesgos laborales específicos en el campo del asesoramiento en la LM.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS DIFERENTES MODELOS DE PEZONERAS

M MABEL LOJO LOJO, JOSEFINA RUBIN GOITIA, GARAZI PÉREZ LÓPEZ, MERCEDES SOUTO PAZOS

INTRODUCCIÓN

La asociación española de pediatría no recomienda el uso de pezoneras de manera sistemática, pues el estímulo es menos eficaz; al bebe le cuesta sacar la leche y en contra de la opinión general, no previene la formación de grietas.

Sin embargo, hay casos en las que prescritas por un experto pueden resultar beneficiosas.

OBJETIVOS

Formar a madres a las que les ha sido prescrito el uso de pezoneras en los diferentes modelos y sus funciones, para realizar la elección que mejor se adapte a sus necesidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de los diferentes tipos de pezoneras y de las ventajas e inconvenientes de cada modelo.

Elaboración de un programa de formación a madres.

RESULTADOS

Podemos clasificar las pezoneras por materiales, forma y tamaño.

Material	Ventajas	Inconvenientes
Cera	Hidrata y protege el pezón.	Desaconsejadas en nuestra unidad por la posibilidad de contener esporas de Clostridium Botulinum.
Caucho	Más gruesas, aconsejadas en lactantes con dientes.	Barrera entre el pezón y la boca del bebé.
Silicona transparente	Útiles para estimular el pezón y conseguir que el bebé tome posteriormente sin ellas.	Desaconsejadas en lactantes con dientes.

- Pezonera redonda: Circulo cóncavo con la punta más dura en el centro, se acopla al pezón de la madre.
- Pezonera de contacto: La nariz del bebé contacta con la piel de la madre. El borde no voltea hacia la cara del bebé.

El ancho de la pezonera debe adecuarse al tamaño del pezón, y la largura debe ajustarse al tamaño de la boca del bebé, entrando lo suficiente para estimular la succión.

El cuestionario de evaluación de calidad del programa muestra que el 92% de las madres formadas considera como muy útil la formación recibida.

CONCLUSIÓN

En nuestra unidad limitamos el uso de pezoneras a los casos estrictamente necesarios, sin embargo, consideramos importante elegir y usar bien las pezoneras en los casos prescritos por un profesional para que la lactancia sea exitosa y prolongada. Recomendamos su uso con un seguimiento por parte de su matrona, quien hará sentir a la madre respaldada durante este proceso que procuraremos solo sea temporal.

P-127 (797)

RELACTACIÓN E INDUCCIÓN A LA LACTANCIA

JUAN MANUEL JIMENEZ RODRÍGUEZ, RICARDO MARTÍN MARTINEZ, BEATRIZ OCHOA MOREDA, SARA CARRO OUBIÑA, GABRIELA PEREZ NOCETI, MERITXELL VIDAL ALABA

ANTECEDENTES: La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los lactantes los nutrientes que necesitan para un crecimiento y un desarrollo saludables. El abandono LM en los lactantes es un problema con importantes implicaciones Sociosanitarias. El 80% mujeres amamantan a su hijo al nacer, disminuyendo un 63% como alimento único a las 6 semanas y, 51% a los 3 meses y al 26% a los 6 meses. Una mujer que ha interrumpido la lactancia, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin embarazo adicional. Esta medida se llama relactación. Cuando las madres reciben un buen apoyo para amamantar por parte de los servicios de salud y de la comunidad, rara vez debería ser necesaria la relactación.

OBJETIVOS: Dar a conocer los elementos prácticos sobre cómo relactar. Informar a las madres y/o profesionales que factores afectan al éxito de la relactación.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la bibliografía en las bases de datos PubMed, The Cochrane Library, CINAHL y CUIDEN. Se utilizaron los descriptores MeSH «breastfeeding» y «Relactation». No se establecieron otros límites más que idioma inglés y español y «humanos».

RESULTADO: Para el éxito en la relactación existen: Factores relacionados con el Lactante. (Succión del lactante, la disposición del lactante a mamar, la edad, el intervalo de lactancia, la experiencia y razones relacionadas con el lactante para la interrupción de la lactancia) y

Factores relacionados con Madre biológica o adoptiva: La motivación de la mujer, su intervalo de lactación, el estado de sus pechos, el apoyo de su familia, comunidad y personal sanitario.

CONCLUSIÓN: La relactación es posible en la mayoría de las mujeres si está adecuadamente motivada y apoyada. Estas producen leche alrededor de la primera semana. La mitad de las madres relactadoras son capaces de amamantar a sus hijos exclusivamente en un mes. No hay diferencias significativas entre la leche producida durante la relactación y la producida en el puerperio.

LACTANCIA ADOPTIVA

CARLA MARÍA FERNANDEZ CASTRO, SARA ARBERAS LAUZURICA, ANDREA FERNÁNDEZ SÁEZ, VANESA ARGÜELLES FERNANDEZ, VANESA BARRIENTOS RODRIGUEZ, MARÍA MARTÍN SUÁREZ

Objetivo: Conocer la práctica y recomendaciones acerca de la inducción de la lactancia materna en madres adoptivas.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistémica de artículos científicos sobre la inducción de la lactancia materna y relactación.

Resultados:

- La lactancia inducida hace referencia al proceso de producir leche materna sin haber embarazo. Cuando una mujer no ha estado embarazada si no que es madre a través de la adopción, puede llegar a producir leche materna propia dándole mensajes a su cuerpo para producirla.
- Hay dos objetivos relacionados con amamantar a un bebé adoptado: que el bebé se prenda para lactar y la producción de leche materna.
- Factores que influyen en el éxito: madre adoptiva ha de tener un fuerte deseo de amamantar al niño, la estimulación del pecho ha de ser correcta, la madre debe disponer de un buen sistema de apoyo para ayudarle y reforzar su confianza, un buen grado de información, el estado de sus pechos, tiempo para inducir la lactancia. En cuanto al niño, factores que influyen: disposición de mamar, la edad, la forma en que ha sido alimentado mientras no ha mamado, su habilidad.
- Opciones para la estimulación del pecho e inducción de lactancia: estimulación hormonal (anticoncepción hormonal y galactogogos) y extracción mecánica con sacaleches dos meses antes, estimulación con galactogogos (domperidona) y sacaleches; y, por último, estimulación únicamente con sacaleches.
- Es importante señalar que, incluso si se consigue una satisfactoria inducción, pueden ser necesarios los suplementos con lactancia artificial (o banco de lactancia materna), especialmente las primeras semanas de amamantamiento.

Conclusiones: La lactancia adoptiva o inducida es una técnica que permite que los niños que han sido adoptados puedan ser alimentados naturalmente con los beneficios que esto conlleva a nivel nutritivo y emocional, estimulando las hormonas del apego y de la maternidad (oxitocina y prolactina) y, creando un vínculo madre-hijo. Si se quiere y la madre tiene los medios y el apoyo necesario, es posible conseguirlo, necesitará mucho apoyo, confiar en sí misma y dedicar el tiempo que sea necesario para conseguirlo.

PORTEO Y LACTANCIA MATERNA

ESTITXU BENITO FERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTOS LÓPEZ, MARAVILLAS DEL PILAR ESPÍN LÓPEZ, LEIRE ORMAZA UGALDE, BEGOÑA MITXELENA PÉREZ, DAVID REDONDO COLLADO

INTRODUCCIÓN

Todos somos testigos del aumento de la prevalencia del porteo en sustitución de los coches o sillas. Esta práctica cada vez más frecuente en nuestro medio supone un acercamiento entre la madre/padre y su hijo. Hay diferentes estudios que analizan los beneficios de esta práctica pero en este trabajo nos centraremos en los referentes a la LM.

OBJETIVO

Encontrar relación positiva entre el porteo y prolongación de la LM.

MATERIAL Y METODOS

Revisión bibliográfica en base de datos PubMed, Cochrane y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.

RESULTADOS

Hunzinter y colaboradores asociaron el porteo con menor ansiedad del lactante, por lo tanto menor intensidad y frecuencia del llanto, menos ansiedad en los padres y menos consultas al pediatra con lo que no tuvieron necesidad de cambiar de estrategia nutricional de su hijo ya que se suele asociar el malestar del niño con la presencia de hambre y esto lleva a introducir complementos nutricionales de fórmula que en ocasiones supone el ulterior abandono de la LM. Se demostró una mayor duración de la lactancia materna en el grupo de casos en comparación con el grupo control.

Navío Poussivert y colaboradores en su estudio analizaron los beneficios del porteo sobre la LM afirmando que “el bebé puede mamar mejor y con mayor frecuencia al tener siempre el pecho al alcance de su boca”. Las madres conocen mejor la demanda del bebé sin estar pendientes del horario. Demostraron menos llanto del bebé con lo cual menos ingestión de aire.

DISCUSIÓN

La “crianza con apego” está cada vez más extendida gracias a descubrimientos científicos que avalan la práctica ancestral de abundantes culturas que llevan a cabo la “no separación” del tándem madre-hijo. Estas civilizaciones muestran en sus bebés menores tasas de ansiedad y mejor salud mental en la edad adulta de éstos. El colecho y el porteo forman parte de este tipo de crianza, siendo motivo de debate por la polémica que supone ya que rompen moldes en una sociedad “avanzada” que había dejado a los bebés en cunas y coches evitando lo máximo posible el contacto para no “acostumbrarlos”.

USING ELECTRONIC DATA CAPTURE SYSTEM FOR A CLUSTER RANDOMISED CLINICAL TRIAL TO MAINTAIN EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN PRIMARY CARE

M JESÚS SANTAMARÍA MARTIN, SUSANA MARTIN IGLESIAS

Background

Research shows advantages of breastfeeding(BF). Despite the recommendations to promote BF, few newborns(35%) receive it after 3-4 months. Methods such as paper-based case-report-forms have been utilized for research. They are simple and inexpensive, but inadequate for clinical trials. Electronic data capture systems (EDCS) reduce time/cost, and enhance quality of data collected.

Object

The study involves a community based cluster randomized trial in Primary Care Health Centres(PCHC). The project aims to evaluate the effectiveness of an educational group intervention performed by primary healthcare professionals in increasing the proportion of mother-infant pairs using exclusive breastfeeding(EBF) at six months compared to routine practice. For data collection an EDCS will be developed.

Methods

A community, multicentre, parallel clinical trial, randomised by clusters, that compares two different educational strategies performed by primary healthcare professionals. The intervention will be carried out mother-infant pairs in 14 PHCCs in five different cities.

A paper-based case report form was designed by investigators for data collection. After that a web-based ECDS based on it was developed. It had components that support and validate data entry as well as conducted single-multiple field cross checks. The ECDS was tested by the investigators in clinical practice to evaluate the content and usability.

Improvements were implemented in the ECD System before the beginning of the study data collection.

Data collection included:











1. Main response variable: mother-infant pairs using EBF at six months
2. Secondary variables: Type of breastfeeding at six months, EBF duration, reasons for ceasing breastfeeding, satisfaction with the intervention.
3. Prognostic variables: Professional, Mother and Breastfeeding
4. Socio-demographics

Results

We have developed a web-based application for the collection and entry of research data in order to help researchers manage of clinical data for the project. The application can be used by investigators to implement user-friendly, efficient, and cost-effective tools for multicenter clinical trials. This system allows the inclusion in research of populations that are not usually involved in clinical trials.

This study was funded by the Spanish Ministry of Science and Innovation via Instituto de Salud Carlos III(PI12/02609 and PI12/02020).

La entrega de premios a los trabajos seleccionados por el Comité Científico del Congreso, tendrá lugar el día 28 de Febrero durante el acto de clausura:

PREMIO	Entidad	
Mejor comunicación oral Mejor comunicación póster	VIII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN	
Premio IHAN de investigación en Lactancia Materna Accesit IHAN de investigación en lactancia materna	Convocatoria IHAN de investigación	
Mejor comunicación oral Mejor comunicación poster	Asociación Española de Pediatría de atención primaria (AEPap)	
Mejor comunicación oral o póster de enfermería pediátrica	Asociación Nacional Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (ANECIP)	
Mejor comunicación oral Mejor poster Premio joven investigador/a	Asociación Española de Pediatría (AEP)	
Mejor comunicación oral de enfermería neonatal	Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN)	
Mejor comunicación oral de matronas	Asociación Española de Matronas (AEM)	
Mejor comunicación oral o póster que de visibilidad a la labor de los grupos de apoyo a la lactancia	Federación Española de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (FEDALMA)	
Mejor comunicación póster de matronas	Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)	
Mejor comunicación oral o póster relacionada con su área	Asociación Española de Bancos de Leche Humana	

COLABORADORES



BIZKAIKO ERIZAINEN ELKARGOA
COLEGIO DE ENFERMERÍA DE BIZKAIA



Azbarren, 3
Telef.: 94-4261949 - Fax: 94-4261969
48970-BASAURI (Vizcaya)
amebil@amebil.es



huggo, s. coop. pequeña
[www.pielconpiel.com]

