



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Abandono de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria

Autor/a: LOURDES BEATRIZ ORTEGA GUTIÉRREZ

Tutor/a: ROSA MARIA HERNÁNDEZ SALGADO

ÍNDICE

Resumen.....	Páginas 3 - 4
Introducción.....	Páginas 5 - 20
Material y métodos.....	Páginas 21 - 25
Resultados.....	Página 26
Discusión.....	Páginas 27 -29
Bibliografía.....	Páginas 30 - 32
Anexos.....	Páginas 33 - 35

RESUMEN

Se ha decidido tratar el tema del abandono de la lactancia materna (LM), porque durante el periodo de prácticas en la planta de Obstetricia del HURH observé que muchas de las madres comenzaban la lactancia, pero en un corto plazo de tiempo renunciaban a continuar con ella.

Observamos múltiples causas por las que se abandonaba la lactancia; dichas causas eran comunes a la mayoría de las madres que decidían no lactar a sus hijos.

Tras generar un equipo ac hoc con el personal de enfermería de la Unidad, realizamos un consentimiento informado para llevar a cabo una encuesta; en dicha encuesta recogimos las observaciones personales de todas estas madres.

Desarrollaremos en este trabajo las causas, las consecuencias del abandono de la lactancia materna, sus implicaciones para la madre y el recién nacido, así como, las soluciones a los problemas planteados.

Contamos con la implicación y el apoyo del personal de la planta de obstetricia, realizando un total de 173 encuestas durante un periodo aproximado de 90 días.

Se obtuvo como resultado un alto nivel de mantenimiento de LM, pero ligeramente inferior al objetivo que se había previsto, 90% de madres con lactancia materna al alta.

Tras realizar este trabajo, se llegó a la conclusión de que el reciclaje en materia de lactancia del personal sanitario es imprescindible para obtener unos buenos resultados, (nosotros no podemos estar dando las mismas recomendaciones que hace 20 años).

Es necesario consensuar los protocolos de las distintas unidades hospitalarias implicadas en el cuidado de la madre y el niño (partorio, obstetricia, pediatría, neonatos) y atención primaria.

Nuestro objetivo es alcanzar el mayor grado de LM exclusiva posible.

Palabras clave: LM exclusiva, causas del abandono de la LM

INTRODUCCION

Múltiples estudios a nivel mundial, demuestran científicamente por qué es la leche de la mujer el mejor alimento para el recién nacido, tanto por su composición cualitativa como cuantitativa. Se han comprobado sus grandes beneficios para el recién nacido y para la madre, a nivel físico (protección inmunitaria, maduración digestiva etc...), y psicológicos (formación del vínculo afectivo etc...).

Las causas de abandono de la lactancia materna se dividen en:

1. Maternas:

1.1.- Desconocimiento de los beneficios de la lactancia así como de la técnica de amamantar.

1.2.- Hipogalactia.

1.3.- Dolor.

1.4.- Deseo materno.

1.5.- Dudas a la hora de cuantificar la toma del recién nacido.

2. No maternas:

2.1.- Indicación médica por VIH.

2.2.- Galactosemia.

2.3.- Fármacos y drogas.

2.4.- Las falsas indicaciones del abandono de la lactancia:

–Mastitis.

–Aumento de pecho.

–Telorragia.

2.5.- Falta de apoyo desde el ámbito laboral.

1.- Maternas.

1.1. Desconocimiento de los beneficios de la lactancia así como de la técnica de amamantar.

Es imprescindible tener profesionales bien formados para poder transmitir los beneficios de la lactancia y como consecuencia, que las madres sientan interés en lactar a sus hijos.

Respecto a la técnica, según la “Guía de Lactancia Materna para Profesionales” (1) y “La Lactancia Materna” (2), lo más importante para que la lactancia materna sea efectiva es que haya una buena posición, tanto del bebé como de la madre. La observación directa es fundamental para detectar posibles problemas; lo idóneo es que un profesional sanitario con experiencia este presente durante las primeras tomas ayudando a las madres a corregir fallos o a resolver dudas.

Aparte de la posición, debe producirse una correcta succión por parte del bebé, para ello tiene que tener la boca bien abierta, la lengua por debajo de los conductos galactóforos, con los labios evertidos (cara de pez), formando un ángulo de 180°; dentro de la boca ha de haber suficiente espacio entre el pezón y el labio inferior para colocar la lengua entre ambos, quedando el pezón más cerca del labio superior.

Según “El arte femenino de amamantar” (3), lo correcto sería:

- El bebé debe estar "tripa con tripa" con la madre, de manera que no tenga que girar la cabeza para alcanzar el pezón.
- Posteriormente se sujetará el pecho con el pulgar arriba y los dedos por debajo, y esperar hasta que el bebé abra la boca bien.
- Habrá que asegurarse de que el bebé toma el pezón y gran parte de la areola en la boca. Así el bebé mama con la

boca abierta y su nariz y mentón están pegados al pecho. Su labio inferior está vuelto hacia abajo.

Lo cual se refleja en las siguientes imágenes:



Hay una gran variedad de posiciones para amamantar; se recomienda ir cambiando de posición, ya que así no solo se facilitará el correcto drenaje de los conductos del pecho, sino que también se podría evitar la aparición de obstrucciones o posteriores complicaciones mamarias.

Algunas de las posiciones que se pueden utilizar según la “Guía de Lactancia Materna para Profesionales” (1), la “Asociación Alba” (4), la “Guía Práctica para Profesionales sobre la Lactancia Materna” (5), “Lactando” (6) y “Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la Práctica” (7) son:

- **Postura sentada o tradicional:** la madre se encuentra sentada, con la espalda recta y los hombros relajados; el bebé estará estirado frente a su madre, contacto cuerpo con cuerpo, recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta y con los pies hacia el otro pecho.



- **La madre y el niño tumbados:** Con esta postura se facilita el descanso de la madre por las noches, además es útil en los primeros momentos tras el nacimiento, cuando aún mantiene el agotamiento físico del puerperio inmediato.



- **La madre y el niño sentados:** la madre y el bebé están sentados de frente; esta postura es adecuada cuando las mamas son de gran tamaño o cuando estas presentan grietas.



- **Posición de rugby:** Esta posición se caracteriza porque se colocará al bebé debajo del brazo del lado que va a amamantar; la madre agarrará con la mano la nuca del bebé, mientras el cuerpo de éste rodeará la cintura de su madre.

Esta postura puede resultar muy cómoda cuando hay que amamantar a más de un bebé, además de facilitar el vaciamiento de la zona externa de la mama



Aspectos generales del amamantamiento:

Para saber si es bebé está realizando una correcta succión, lo más característico es observar si hunde las mejillas o si por el contrario las tiene rellenas; si ocurre lo primero el bebé no estará succionando, mientras que si ocurre lo segundo sí lo estará haciendo; también es importante asegurarse que el bebé tiene colocada la lengua por debajo de la areola.

Hay que basarse en la observación; para ello se mirará si el bebé tiene la boca bien abierta, con los labios evertidos y el mentón, mejillas y nariz están tocando el pecho; además se debe observar si el bebé tiene los brazos relajados y la boca mojada después de la toma.

También hay que observar que la madre tenga los pechos llenos pero es importante que no estén doloridos.

1.2. Hipogalactia.

Según “lactancia materna, una Guía para la Profesión Médica” (8), para que la lactancia pueda llevarse a cabo, hacen falta tres etapas:

1.2.1.- Mamogénesis: Se denomina así al desarrollo y crecimiento de las mamas. Su inicio se produce en la pubertad y aumenta con el embarazo.

Según “Maternity Care” (9), “la secreción de la leche depende, fundamentalmente, de una hormona llamada Prolactina, la cual estimula el pezón, la areola y funciona, sobre todo, por la noche.

Los niveles de prolactina en sangre aumentan de forma gradual durante el embarazo estimulando el crecimiento y desarrollo de las mamas y las prepara para la producción de leche.

La salida de la leche es regulada por una hormona fundamental en el embarazo, la oxitocina, la cual es responsable del aumento del flujo sanguíneo mamario, movilizandole las grasas y dirigiéndola a la mama; dicha hormona actúa también sobre el comportamiento materno: “sedante, relajante y ansiolítica”.

La subida de la leche se produce en todas las mujeres, pero sólo la succión del niño y el vaciamiento de la mama determinan la producción de leche.

1.2.2.- Lactogénesis: Se refiere a la secreción láctea.

Según Helena Viñas (10), la prolactina se encarga de llevar a cabo la secreción láctea; esta acción está regulada por una hormona hipotalámica llamada factor inhibidor de la prolactina (PIF), y no podemos olvidar que todas las mujeres producen prolactina de manera constante durante toda su vida, desde la pubertad.

Durante el embarazo, los estrógenos placentarios inhiben al PIF; por esta razón los niveles de prolactina se encuentran aumentados; este tipo de estrógenos, actúan a nivel de la mama bloqueando los receptores de la prolactina, impidiendo su acción, motivo por el cual no hay lactancia durante el embarazo.

En el momento del alumbramiento, al sacar la placenta, los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen, por lo que, la glándula mamaria queda desbloqueada; de este modo, los receptores de prolactina quedan libres y se inicia la secreción de leche que empieza en un plazo de 24 - 48 horas después del parto.

La prolactina se produce debido a un reflejo neurohormonal y cada vez que el recién nacido succiona, se desencadena un arco reflejo que llega al hipotálamo haciendo que los niveles de PIF disminuyan y por consiguiente, se genera un aumento de la producción de prolactina.

1.2.3.- Lactopoyesis: Consiste en la expulsión de la leche.

Según la guía para una lactancia materna feliz (11), “la leche materna es una suspensión de grasas en una solución de proteínas, hidratos de carbono y sales minerales. La composición varía según las fases de su secreción:

- *Calostro*: es lo primero que aparece; se da en los 2 - 4 días tras el parto; es alcalino, presenta un pH 7:45, es amarillento y de apariencia cremosa, es rico en proteínas, minerales, sodio, potasio y vitamina K, siendo pobre en azúcar y grasa.
- *Leche de transición*: se segrega aproximadamente hasta la tercera semana. Su contenido en azúcar y grasa va aumentando, y su aspecto es más líquido.
- *Leche completa o madura*: es de color blanco y más consistente que las anteriores presentando un mayor contenido graso.

La hipogalactia se podría definir pues como la falta de leche; hay dos tipos:

-La primaria, en la cual, no se produce la subida de la leche; esto se puede saber si las micciones y deposiciones del bebe son escasas o bien, éste no aumenta de peso; para detectarlo podríamos llevar a cabo el método de la doble pesada, que consiste en pesar al recién nacido antes y después de la toma y ver la variación de peso.

-En el caso de la hipogalactia secundaria sí se ha originado la subida de la leche, pero en un momento dado disminuyen los niveles de producción; un factor puede ser por ejemplo una mala técnica de amamantamiento; la hipogalactia secundaria suele revertir con un aumento en el número de las tomas.

1.3. Dolor.

Dentro de este apartado se introducirá:

- *Grietas*: según la “Guía de Lactancia Materna para Profesionales” (1), suelen estar ocasionadas porque se adopta mala postura durante el amamantamiento.

Según la “Asociación Alba” (4) y el “Arte Femenino de Amamantar” (3), lo adecuado sería cambiar de posición en las tomas, mantener los pezones secos y al terminar la toma, extraer una gota de leche y recubrir el pezón con esta gota para prevenir las grietas, sin olvidar preparar los pezones durante el embarazo, emplear lanolina, pezoneras y cazuelitas de cera de abeja.

- *Ingurgitación mamaria*: según la “Guía de Lactancia Materna” (12), es el aumento de sangre y de leche en el pecho provocando una inflamación del mismo; se caracteriza porque la mama se encuentra caliente, dura y se produce dolor al principio, durante y después de la toma.

Según la “Guía de Lactancia Materna para Profesionales de la Salud” (13), la ingurgitación se puede generar por colocar al bebé en una mala posición a la hora de la toma; los consejos que se dará a las madres para evitarla es aplicar calor local con una bolsa de agua, una ducha de agua caliente, etc... unos 10 minutos antes de la toma; también se puede masajear la mama con la yema de los dedos desde la parte más distal a la más proximal al pezón para estimular los conductos galactóforos.

Cuando ya se ha producido la ingurgitación debemos aconsejar a las madres que utilicen un sacaleches; con el se conseguirá extraer la leche exprimiendo la mama y de esta manera ablandarla.

- *Déficit de vaciamiento*: se produce por una inflamación; en la mayoría de los casos se suele solucionar con aumentar el número de tomas y al igual que en el caso anterior, se puede utilizar el sacaleches; antes de las tomas siempre se aplicará calor local.

Según la “Guía de Lactancia Materna” (14), la madre se puede extraer la leche de dos formas: mediante la extracción manual o mediante la extracción mecánica (con sacaleches); se ha decidido explicar ambas técnicas por la importancia de la alimentación con LM exclusiva, evitando de ésta manera el empleo de fórmulas de inicio que provocan el abandono de LM.

La extracción manual de leche puede hacer de dos maneras, vaciando un pecho mientras el bebé amamanta en el otro, o bien se puede hacer en ambos pechos a la vez.

Lo más importante para obtener una buena cantidad de leche es que la madre estimule el reflejo de bajada de la leche.

Según la “Guía de Lactancia Materna” (14), a continuación se explicarán ambas técnicas:

Técnica de extracción manual:

- Es imprescindible lavarse las manos y que el recipiente este limpio y seco.
- Es conveniente que la madre se masajee los pechos, antes de comenzar la extracción para favorecer el estímulo del reflejo de bajada de la leche.
- La madre debe situar el pulgar por encima del pecho y el índice por debajo; de tal manera que cogerá el pecho en forma de C, los dedos no deben estar cerca del pezón y es conveniente que estén por encima de la areola.

- Con el pulgar y el índice presionar en dirección a la pared torácica; a continuación dirigirlos hacia el pezón y por último liberarlo, de esta manera empezará a salir la leche.
- Cuando la madre observe que disminuye la salida de la leche, la madre deberá rotar los dedos alrededor del pecho hasta que obtenga la leche que quedaba dentro de éste.
- Se deberá extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo empiece a disminuir; cuando esto ocurra se pasará al otro pecho. El proceso completo debería durar unos 20 - 30 minutos.

Extracción mecánica:

La extracción mecánica consiste en el uso de sacaleches.

“Asociación Alba” (4) dice que “un buen sacaleches debe ser capaz de drenar el pecho y de estimular la producción. Debe ser limpio, sin materiales contaminantes, fácil de usar y atraumático”.

Hay dos tipos de sacaleches: manual y eléctrico; dentro de este último hay simple o doble.

Los sacaleches manuales están destinados a las madres que necesitan extraer su leche de forma ocasional o hasta una vez al día.

Los sacaleches eléctricos son la mejor elección si las madres se reincorporan al trabajo a tiempo completo o si se extraen su leche de forma exclusiva. Estos sacaleches son los que más se aproximan al patrón de succión del bebé y una ventaja que tienen es que pueden extraer la leche de ambos pechos a la vez.

Dentro de los sacaleches eléctricos, se encuentran los dobles simultáneos, los cuales extraen la leche de ambos pechos a la vez, agilizando el proceso de extracción. Este tipo de sacaleches los suelen tener los hospitales.

También hay sacaleches dobles alternantes; la diferencia es que extraen la leche alternando la succión y liberación en cada pecho.

Tanto los sacaleches simples eléctricos como los manuales, extraen la leche de un pecho de cada vez. Son útiles para el uso ocasional o una madre que vuelve al trabajo y no necesitará extraer más de una o dos veces al día.

Técnica de extracción mecánica:

Lo primero es lavarse las manos y el sacaleches debe estar esterilizado o haberse limpiado con agua caliente y detergente.

Extracción de leche con sacaleches simple:

- La madre debe masajear el pecho y estimular el pezón. Extraerá la leche de ese pecho con el sacaleches hasta que solo salga unas gotas de leche.
- Posteriormente hará lo mismo con el otro pecho.
- Cuando ya no salga más que unas gotas del segundo pecho deberá volver a hacer lo mismo con el primer pecho.
- El proceso de extracción de leche dura aproximadamente entre 20 y 30 minutos.

Extracción de leche usando un sacaleches doble:

- La madre debe masajear los dos pechos a la vez.
- Extraerá la leche de ambos pechos a la vez hasta que solo salgan de cada pecho unas pocas gotas.
- Este proceso suele durar unos 10 minutos.

1.4. Deseo materno.

<p>VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA Según la "OMS" (15) "Lactancia Materna" (16) e "Previnfad"(17)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo,• Protege al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas.• Reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad.• Contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario.• Incrementa los recursos de la familia y el país.• Es una forma segura de alimentación
<p>DESVENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA</p>	<ul style="list-style-type: none">• La molestias y la incomodidad• Se invierte más tiempo

<p>VENTAJAS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tanto el padre como la madre pueden dar el biberón al bebé por lo que el padre también puede fortalecer el vínculo padre-hijo.
<p>DESVENTAJA DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none">• No presenta propiedades inmunológicas,• Pueden producir más cólicos de gases.• Económicamente es más caro puesto que hay que comprar biberones, tetinas, esterilizador...

Los diez pasos de la “OMS” (15) y “UNICEF” (18) para favorecer la lactancia materna son:

PASO 1: Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

PASO 2: Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

PASO 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

PASO 5: Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo.

PASO 6: No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

PASO 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día.

PASO 8: Fomentar la lactancia a demanda.

PASO 9: No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

PASO 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

2.- No Maternas.

Según la “Guía Práctica para Profesionales sobre la Lactancia Materna” (5), “e-lactancia” (19), “Ascalema” (20) y la “Asociación Española de Ginecología y Obstetricia” (SEGO) (21):

2.1.- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

En los países desarrollados está contraindicada la lactancia materna, mientras que en los países en vías de desarrollo y en países subdesarrollados sí está indicado, puesto que los beneficios supera los riesgos que podría transmitir.

2.2.- Galactosemia.

La lactancia materna está contraindicada en los niños que padezcan galactosemia, ya que a estos niños se les debe proporcionar una dieta libre de lactosa y galactosa; por tanto habrá que alimentarlos con formulas especiales.

2.3.- Fármacos y drogas

No se podría llevar a cabo la lactancia materna con un tratamiento de quimioterapia o radioterapia. También estaría contraindicada si la madre consume drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana.

2.4.- Falsas contraindicaciones:

-Mastitis: Según la ASCALEMA (20), la mastitis no sólo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado.

-Aumento de pecho: Según la “Guía para una Lactancia Materna Feliz” (11), se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes ni medir las concentraciones de silicona en la leche materna.

-Telorragia: Se denomina así a la secreción sanguínea que se expulsa por el pezón como único signo de la existencia de grietas internas de los conductos galactóforos; este hecho no contraindica la lactancia materna.

2.5.- Falta de apoyo desde el ámbito laboral

Puesto que no se favorece la continuación de la lactancia materna más allá de los 4 meses de permiso de maternidad.

**NUESTRO OBJETIVO PRINCIPAL ES MANTENER LA LACTANCIA
MATERNA COMO MÍNIMO LOS 6 PRIMEROS MESES TAL Y COMO
RECOMIENDA LA OMS**

MATERIAL Y METODOS:

Para llevar a cabo este proyecto se ha contado con:

Recursos Humanos (RRHH):

- Tres enfermeras
 - Dos TCAES
- Que llevarán a cabo la encuesta tras la firma de un consentimiento informado

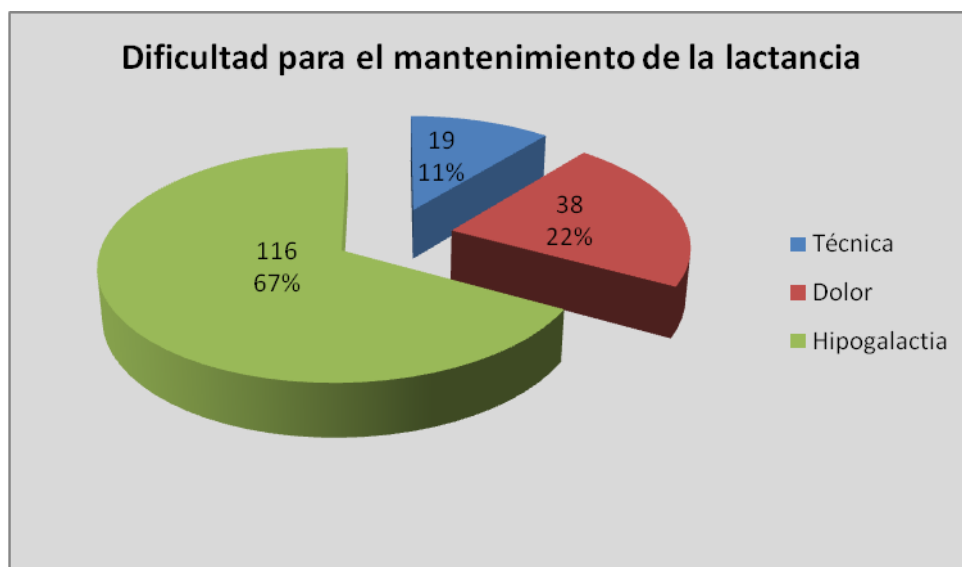
Lugar donde se realizará el estudio.

Unidad de maternidad del Hospital Universitario Rio Hortega

La población diana escogida fue de 173 puérperas a las cuales se las la realizó una encuesta con las siguientes preguntas:

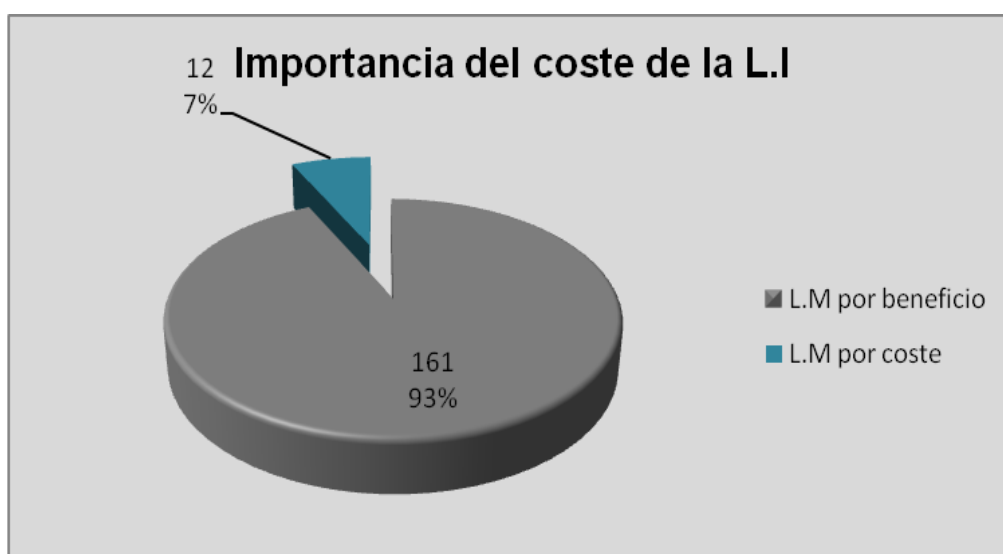
1.- ¿Cuál es la mayor dificultad para el mantenimiento de la lactancia?

A lo que 19 (DIECINUEVE) contestaron que la mayor dificultad para mantener la lactancia había sido la técnica; 38 (TREINTA Y OCHO) refirieron que fue por dolor y 116 (CIENTO DIECISEIS) por hipogalactia.



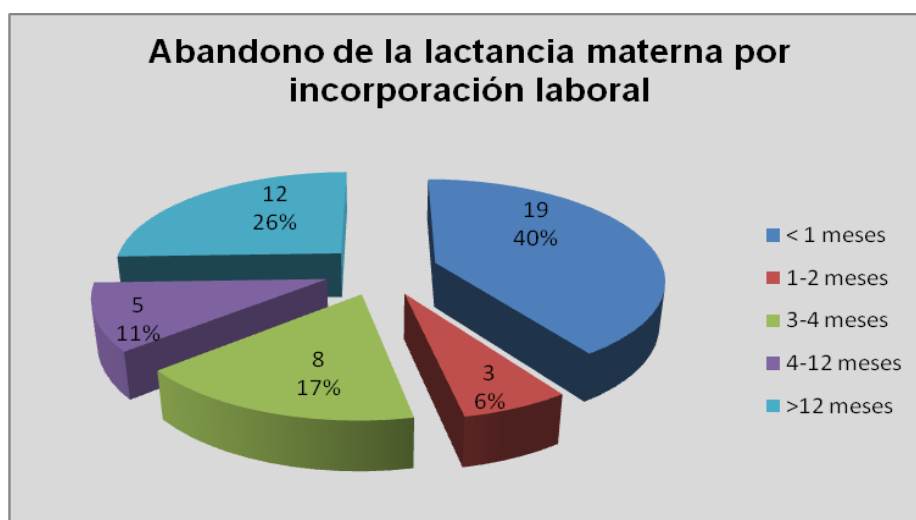
2.- Importancia del coste de la leche de inicio: ¿Cuál ha sido el motivo para elegir la leche materna?

De las 173 (CIENTO SETENTA Y TRES) puérperas preguntadas, 161 (CIENTO SESENTA Y UNA) respondió que prefieren la lactancia materna por el beneficio que genera, mientras que 12 (DOCE) contestaron que eligieron la lactancia materna por el coste que supone la lactancia artificial.



3.- ¿Cuándo dejó de dar el pecho a sus anteriores hijos para reincorporarse al mundo laboral?

19 (DIECINUEVE) abandonó la lactancia en menos de un mes desde que dio a luz; 3 (TRES) abandonaron la lactancia entre el primer y segundo mes después de dar a luz; 8 (OCHO) la abandonaron entre el tercer y cuarto mes; 5 (CINCO) abandonaron la lactancia entre el cuarto mes y el año desde que dio a luz y 12 (DOCE) abandonaron la lactancia más de un año después de haber dado a luz.



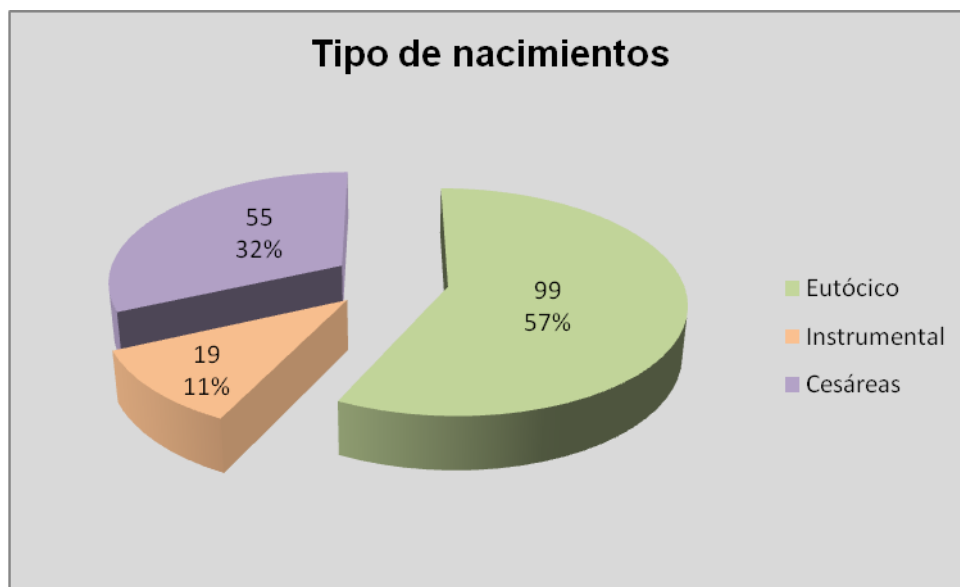
4.- ¿Cuáles han sido sus experiencias acerca de la lactancia materna?

38 (TREINTA Y OCHO) contestaron que habían tenido experiencias previas personales, mientras que 9 (NUEVE) contestaron que las experiencias previas que habían tenido con respecto a la lactancia materna eran por experiencias de personas de su entorno.

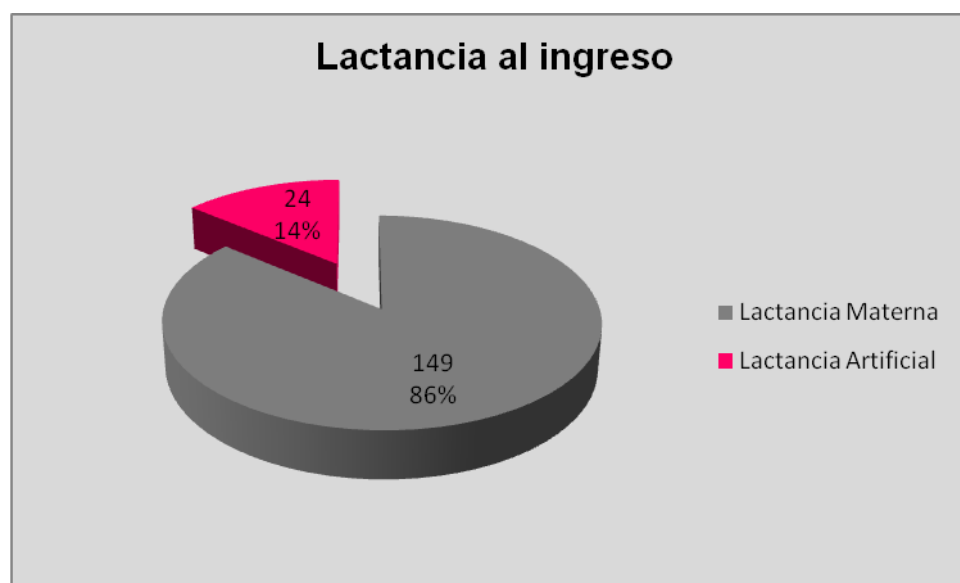


5.- ¿Cuál ha sido el tipo de nacimiento?

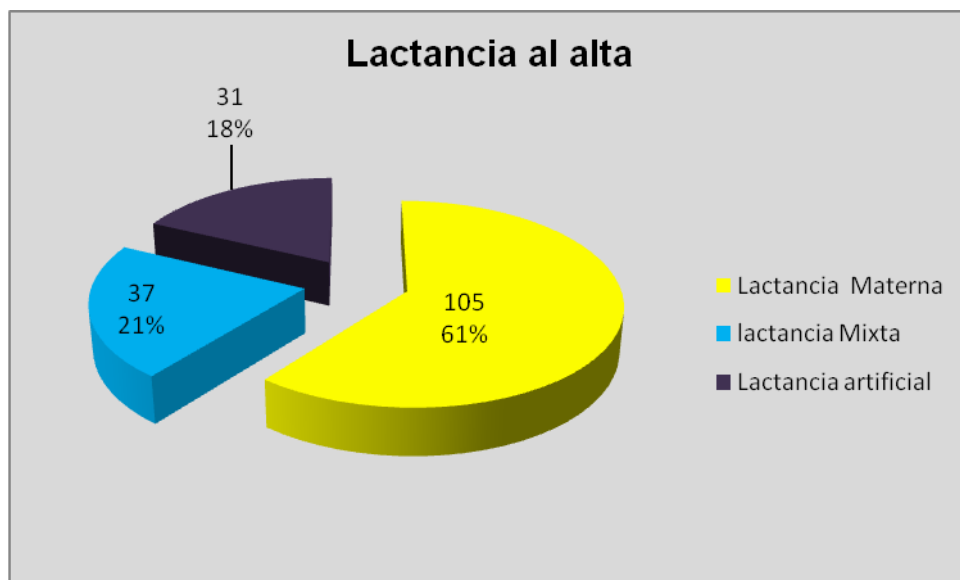
De las 173 (CIENTO SETENTA Y TRES) puérperas, 99 (NOVENTA Y NUEVE) tuvieron un parto eutócico, 19 (DIECINUEVE) fueron partos instrumentados y 55 (CINCUENTA Y CINCO) fueron cesáreas.



De la 173 (CIENTO SETENTA Y TRES) puérperas al ingreso, 149 (CIENTO CUARENTA Y NUEVE) optaron por la lactancia materna frente a 24 (VEINTICUATRO) que optaron por la lactancia artificial.



Cuando las puérperas eran dadas de alta el número de mujeres que se fue con lactancia materna exclusiva era de 105 (CIENTO CINCO); 37 (TREINTA Y SIETE) eligieron la lactancia mixta y 31 (TREINTA Y UNA) la lactancia artificial.



RESULTADOS

Según el estudio realizado y los resultados obtenidos en la encuesta del mismo, el nivel de mantenimiento de lactancia materna es elevado, ya que más de la mitad de las puérperas reciben el alta domiciliaria con una lactancia materna exclusiva, pero no queremos obviar el hecho de que nuestro objetivo es el mantenimiento del más alto nivel posible de lactancia materna exclusiva.

Aunque el resultado es positivo, deberíamos incidir más en las ventajas de la lactancia, así como en el adiestramiento de la técnica de amamantar, ya que, el desconocimiento de la misma deriva en una de las causas de abandono, EL DOLOR; para ello es imprescindible que haya una correcta formación y reciclaje del personal de la unidad.

En la encuesta se demostró la poca incidencia de hipogalactia primaria frente a la secundaria, puesto que esta, está directamente relacionada con la mala técnica de amamantar; debemos de insistir en el conocimiento y adiestramiento de las madres en dicha técnica, lo cual derivaría en un descenso de hipogalactia y como consecuencia, una disminución del abandono de la lactancia.

Es muy importante el adiestramiento relativo a la extracción y almacenamiento de la leche materna, puesto que, como hemos dicho anteriormente, la falta de apoyo desde el ámbito laboral hace que muchas mujeres abandonen la lactancia cuando se incorporan al trabajo, como se puede ver en la gráfica numero 3.

DISCUSIÓN:

Visto el resultado del estudio que se ha realizado, se puede considerar que el tema de la lactancia materna todavía tiene un corto pilotaje y se debería admitir que no hay formación suficiente.

A la vista de estos resultados en el que, más de la mitad de las puérperas recibieron el alta domiciliaria con lactancia materna exclusiva y aproximadamente un 20% de las puérperas con una lactancia mixta, se podría plantear en un futuro mantener contacto con el equipo de enfermeras de pediatría de atención primaria.

Así en un futuro y bajo consenso, se podría realizar una guía similar a la ya existente en otros Hospitales de la Red Nacional de Salud Española, como en el Doce de Octubre (22), que unifique criterios entre el personal de atención primaria y el personal hospitalario para no dar indicaciones contradictorias y así dificultar a las puérperas que opten por la lactancia materna exclusiva, siendo el objetivo prioritario a conseguir que todo el personal que esté en contacto con las madres dé las mismas pautas y así se pueda conseguir una lactancia más prolongada en el tiempo. A este respecto reconocemos la limitación en algunos casos de formación por el personal de enfermería, así como su deseo de mantener una formación continuada.

Debemos tener en cuenta las prácticas que apoyan la lactancia materna (23), que son que se produzca un parto normal, que haya un contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida, debiendo retrasar intervenciones médicas y de enfermería (pesar, inyección de vitamina k...), por lo menos hasta las dos horas posteriores al parto y comenzar la extracción de leche lo antes posible; es muy importante explicar la técnica de lactancia de forma clara, sin prisas, cerciorándose que la madre lo entiende y sin contradicciones entre los profesionales, procurando poner al pecho al niño cuando lo exprese, por ejemplo cuando haga movimientos de búsqueda o chupeteo... y no esperar a que llore; hay que promocionar una lactancia a demanda, sin poner un

tiempo mínimo entre las tomas; hay que procurar la mayor comodidad posible a la madre, con almohadas, apoyos físicos...

Otra cosa que tenemos que tener en cuenta es que hay que favorecer el descanso materno; la secreción de la prolactina es mayor durante el sueño.

No debemos administrar sucedáneos ni otros suplementos cuando se está instaurando la lactancia o después. Si la madre está ansiosa porque cree que el bebé no come bien, la tarea de los profesionales de enfermería es informar adecuadamente, tranquilizar y no dar el biberón a la menor oportunidad para “arreglar” las demandas y que no nos demanden más.

Es importante dejar claro a la madre y a los familiares que no deben dar el chupete en el inicio de la lactancia (23), puesto que esto puede confundir al bebé y dificultará que se lleve a cabo una lactancia materna exclusiva.

Hay que promover el alojamiento conjunto y colecho (23) (si lo permite el estado general de la madre), e indicar cuáles son las contraindicaciones para desaconsejar el colecho: madre muy cansada, fumadores y/o fumadoras, consumidores de drogas o alcohol, no dormir en el sofá o tener alguna enfermedad y/o tratamiento que disminuya el nivel de conciencia de la madre.

No debemos dar publicidad de sucedáneos ni de revistas o productos de lactancia artificial, que muchas veces es publicidad indirecta.

Reciclarnos en conocimientos e investigar; cada cierto tiempo todos los profesionales tienen que actualizar sus conocimientos: la lactancia materna no es un asunto de escasa importancia y relevancia para la salud y para el sistema sanitario (por el gran ahorro de costes) y, por tanto, debe ser de igual importancia su fomento por parte de todos, según evidencias científicas.

También hemos detectado que al ser la hipogalactia unas de las causas más importantes del abandono de la lactancia materna, la idea de crear un Banco de Leche materna en el HURH, sería una opción a tener en cuenta para exaltar los beneficios de la LM.

Y si las cosas se hacen bien, algún día llegar a ser un “**Hospital amigo de los niños**” (17) y (24), que según sus indicaciones son aquellos que deben mantener un 100% de LM al alta hospitalaria.

Como conclusión final a la que se ha llegado después de realizar este trabajo, es que la poca información y la mala técnica afecta directamente en el abandono de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

* (1) Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Guía de la lactancia materna para profesionales. Madrid; 2004.

* (2) Aguayo Maldonado, J. La lactancia Materna. 1ª ed. 2001. Universidad de Sevilla; 2004

* (3) El arte femenino de amamantar [homepage on the internet]. España: la liga de la leche; c2014; [consultado 13 de Febrero 2014]. Disponible en:

http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/colocacion.htm.

* (4) Asociación alba [homepage on the internet]. España: Asociación alba; c2013; [consultado 16 de Febrero 2014]. Disponible en:

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar>.

* (5) Grupo de trabajo de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, parto y puerperio hospital universitario “virgen de las nieves”. Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna. 2005. Disponible en:

http://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_48.pdf

* (6) Lactando [homepage on the internet]. [consultado 13 de febrero de 2014]. Disponible en:

<http://www.lactando.org/guia/07.pdf>.

* (7) Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2009

* (8) Lawrence, R.A; Lawrence, R.M. Lactancia materna una guía para la profesión médica. Ed.6ª. Madrid: Elsevier; 2007

* (9) Maternity care [homepage on the internet]. España: Maternity care; c2014; [consultado 7 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://maternitycare.es/>.

*(10) Viñas, H. Puerperio. Aibarra. Disponible en:

<http://www.aibarra.org/Apuntes/Materno-Infantil/00020770.doc>

*(11) Mohamed Mohamed, D; Alcolea Flores, S. Guía para una lactancia feliz. Hospital Universitario de Ceuta. Madrid. Instituto nacional de Gestión Sanitaria.2010

*(12) Guía de lactancia materna [homepage on the internet]. España. [consultado el 31 de enero de 2014]. Disponible en:

<http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/dificultades-mama/dolor-en-el-pecho/pechos-llenos-o-congestionados/>

*(13) Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. 2010.

*(14) Guía de lactancia materna [homepage on the internet].España. [consultado el 10 de marzo de 2014]. Disponible en:

<http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>

*(15) OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra.1998

*(16) Ayela P, R. Lactancia Materna. Alicante: Editorial Club Universitario; 2009

*(17) Pallás A, C. Promoción de la lactancia materna. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia; 2006. [consultado 13 de Marzo de 2014]. Disponible en:

http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf

*(18) UNICEF. 10 pasos para la lactancia materna eficaz. [consultado el 20 de febrero del 2014]. Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html

(19) e-lactancia(16) [homepage on the internet]. España. [consultado 20 de Abril 2014]. Disponible en:

<http://e-lactancia.org/>

*(20) ASCALEMA [homepage on the internet]. España. [consultado 20 de Abril 2014]. Disponible en:

<http://www.ascalema.es/>

*(21) Sociedad Española de Ginecología y obstetricia [homepage on the internet]. España. [actualizado 14 de Mayo de 2014; consultado 15 de Mayo de 2014]. Disponible en:

http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf

*(22) Banco de leche materna del Hospital 12 de Octubre [homepage on the internet]. Madrid. [consultado 11 de Mayo de 2014]. Disponible en:

<http://www.unamaternidaddiferente.com/2013/10/banco-de-leche-materna-del-hospital-12.html>

*(23) Guía de lactancia materna. Govern de les Illes Balears [homepage on the internet].[consultado 27 de mayo del 2014]. Disponible en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

*(24) Hospital amigo de los niños [homepage on the internet]. c2008; [actualizado 8 de Febrero de 2014; [consultado 17 de febrero de 2014]. Disponible en:

<http://www.ihan.es/index2.asp>

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en la realización de un cuestionario, de una clara explicación de la naturaleza de la misma así como de su rol en ella como participantes.

El cuestionario en el que se le pide participar, formará parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. El trabajo trata sobre el abandono de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria y pretende estudiar el tema desde varios puntos de vista (social, biológicos y económicos), así como estudiar cuales son causas y consecuencias del aumento de la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva.

Si usted accede a participar en este trabajo, se le pedirá responder preguntas en el cuestionario, que le llevará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Su participación sería muy importante para obtener datos para el trabajo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecha con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

Presto mi consentimiento para la recolección de datos mediante la realización del cuestionario propuesto.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

ENCUESTA SOBRE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HURH

- 1.- ¿Cuál es la mayor dificultad para el mantenimiento de la lactancia?
- 2.- Importancia del coste de la leche de inicio: ¿Cuál ha sido el motivo para elegir la leche materna?
- 3.- ¿Cuándo dejo de dar el pecho a sus anteriores hijos para reincorporarse al mundo laboral?
- 4.- ¿Cuáles han sido sus experiencias acerca de la lactancia materna?
- 5.- ¿Cuál ha sido el tipo de nacimiento?