



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

Diseño de una guía de lactancia materna para el puerperio inmediato intrahospitalario

ALUMNA: CRISTINA GAITÁN PADILLA

TUTOR: ELENA OLEA FRAILE

RESUMEN

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y lactancia materna como complemento hasta los 2 años. A pesar de los beneficios que la lactancia materna ofrece tanto al niño como a la madre, las cifras de abandono precoz son preocupantemente elevadas, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 solo el 47% de los niños siguen con lactancia materna a los 6 meses y únicamente el 28,5% de forma exclusiva.

Existen múltiples causas por las cuales se abandona la lactancia materna: mala instauración durante las primeras horas, conocimientos deficientes, soporte emocional insuficiente, existencia de mitos, todos ellos pueden evitarse mediante una educación sanitaria adecuada. El puerperio inmediato es un momento importante para trabajar la educación de la paciente, porque es el periodo en el que comienzan los miedos y las dudas.

Objetivo:

Diseñar un programa de educación para la salud mediante la creación de una guía sobre la lactancia materna para el puerperio inmediato.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer la situación actual de la lactancia materna, a continuación se elaboró un diseño de educación para la salud y se concluyó con la creación de la guía.

Conclusión:

Disponer de una guía de lactancia materna para el puerperio inmediato mejorará la adherencia a la misma reforzando los conocimientos que tienen, aclarando dudas y reduciendo la ansiedad que se genera tras el parto para lograr una instauración de calidad.

PALABRAS CLAVE: enfermería, educación para la salud, lactancia materna, puerperio inmediato, guía.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AEP: Asociación Española de Pediatría
- CPP: Contacto Piel con Piel
- CS-IHAN: Centro de Salud IHAN
- DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud
- EMPALNP: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño
- ENS: Encuesta Nacional de Salud
- EPS: Educación Para la Salud
- HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- IHAN: Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños
- LA: Lactancia artificial
- LM: Lactancia Materna
- LME: Lactancia Materna Exclusiva
- MeSH: Medical Subject Headings
- MMC: Método Madre Canguro
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- RN: Recién Nacido
- TFG: Trabajo de Fin de Grado
- UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

INDICE: ANEXOS, FIGURAS, TABLAS E IMAGENES

FIGURAS

Figura 1: Prevalencia LM en las diferentes CCAA de España (ENS 2006)..... 6

TABLAS

Tabla 1: LM por CCAA prevalencia y duración (ENS 2006) 6

Tabla 2: esquema P.I.C.O 13

Tabla 3: descriptores utilizados en las búsquedas 14

Tabla 4: Fármacos y LM..... 17

ANEXOS

Anexo 1: 10 pasos de la OMS para una lactancia materna feliz 34

Anexo 2: los 7 pasos para que un centro de salud sea (CS-IHAN)..... 34

Anexo 3: actualización de los 10 pasos para la LM en el año 2018 35

Anexo 4: Cronograma de trabajo 36

Anexo 5: Guía de lactancia materna para el puerperio inmediato 37

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	10
4. METODOLOGÍA.....	11
- Identificación del problema (esquema P.I.C.O)	
- Estrategia de búsqueda	
- Criterios para la selección de artículos	
5. DISEÑO DEL PROGRAMA DE EPS	15
<u>5.1 MARCO TEÓRICO</u>	<u>15</u>
- Lactancia materna. generalidades	
- Contraindicaciones de la lactancia materna	
- Recomendaciones para una buena lm	
- Contacto piel con piel y método canguro	
- Técnica correcta de amamantamiento	
- Problemas en las mamas	
- Mitos frecuentes sobre la lactancia materna	
<u>5.2 PROYECTO DEL PROGRAMA DE EPS.....</u>	<u>25</u>
- Datos e identificación del programa	
- Formato	
- Población diana	
- Criterios de inclusión	
- Criterios de exclusión	
- Duración de la intervención	
- Validez de la guía	
- Evaluación	
- Registros	
6. DISCUSIÓN.....	28
- Fortalezas	
- Limitaciones	
- Futuras líneas de investigación	
7. CONCLUSIONES	30
8. BIBLIOGRAFIA.....	31
9. ANEXOS	34

1. INTRODUCCION

La lactancia materna (LM) es considerada el tipo de alimentación idónea para un recién nacido (RN), puesto que es capaz de cubrir todas las necesidades nutricionales del niño a lo largo de los primeros meses de vida, etapa que se caracteriza por la alta velocidad de crecimiento, el comienzo del desarrollo psicomotor y sensorial y la maduración orgánica (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida de un niño y lactancia materna (LM) suplementada mediante la introducción gradual de nuevos alimentos hasta los 2 o más años de vida, a este tipo de alimentación se la denomina alimentación complementaria o Beikost (3).

La LM ofrece numerosos beneficios tanto para el recién nacido (RN) como para la madre:

- Los beneficios que proporciona al niño: un tipo de alimentación y nutrición óptima, reduce el riesgo de sufrir la denominada muerte súbita del lactante, fortalece su sistema inmunológico protegiéndoles así de múltiples infecciones (gastrointestinales, respiratorias...), disminuye la probabilidad de padecer enfermedades alérgicas, favorece la aparición del vínculo materno y aumenta la relación de apego con su madre, propicia protección ante la aparición en el futuro de ciertas enfermedades crónicas como la Diabetes tipo II, obesidad, enfermedad de Crohn (1,4,5,6)...

Los niños prematuros también obtienen grandes ventajas con este tipo de alimentación: aminora la probabilidad de sufrir la retinopatía del prematuro, incrementa el desarrollo neurológico, dota al niño de protección frente a riesgos cardiovasculares, mejor digestibilidad y disminuye la prevalencia de la enfermedad enteritis necrotizante (7, 8,9).

- Los beneficios que aporta a la madre: reduce el riesgo significativamente de sufrir en un futuro cáncer de mama y/u ovario (10), enfermedades cardíacas, hipertensión u osteoporosis, disminuye las tasas de aparición de depresión postparto, ayudan en la involución uterina para que la recuperación tras el

parto sea más breve y fisiológica y aumenta el vínculo entre madre e hijo (1,11). Otra ventaja es su actuación como método anticonceptivo “MELA” durante los 6 primeros meses con LME (12).

En 1989 la OMS y United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) firmaron una declaración conjunta (Ginebra- Suiza 1989) sobre “la promoción, protección y apoyo a la LM”, denominada “Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding“(13).

En dicha declaración se desarrollaron los “10 pasos para una LM feliz”, se trata de 10 normas sobre la LM que se deben conocer y seguir por todo el personal de los hospitales y de los centros sanitarios (Anexo1) (14).

A pesar de la creación de “los 10 pasos para una LM feliz” en 1991-1992 la OMS y UNICEF debido a la baja prevalencia de LM como forma de alimentación, y su elevada tasa de abandonos precoces durante el siglo XX a nivel mundial, emitieron “la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños” (IHAN), siendo su objetivo principal la promoción de la LM, añadiendo a “Los 10 pasos para una lactancia feliz” el “código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna” (15,16). El objetivo principal de este código es proteger a todas las madres y sus niños de las prácticas inapropiadas de la comercialización de sucedáneos de la LM (17).

El proyecto (IHAN) ha sido propuesto en más de 16.000 hospitales de más de 170 países diferentes de todo el mundo (16).

A través de esta iniciativa se consigue un aumento considerable del número de estudios y publicaciones sobre el tema, sin embargo, la duración de la (LM) sigue siendo corta y el abandono se produce a las pocas semanas de vida del niño, quedando un número escaso de madres que llegan a los 6 meses con una LME.

Los estudios que existen en España sobre la prevalencia y duración de la LM son escasos y antiguos, puesto que no se cuenta con un sistema de seguimiento de la misma. En la actualidad tan solo existe una encuesta en varias provincias, que se realizó en el año 1997 y se publicó en 1999 por el comité de LM de la AEP, y una Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006 (15,18).

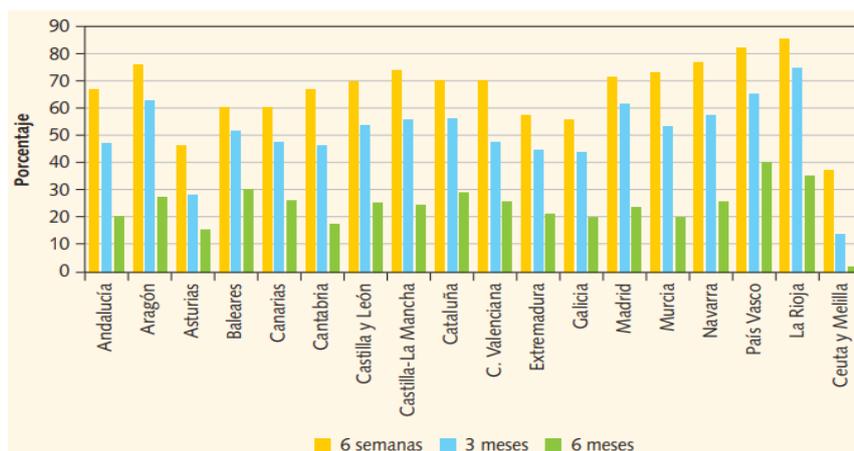


FIGURA 1: prevalencia LM en las diferentes CCAA de España (ENS 2006), tomado de: Rev Pediatr Aten Primaria. 2009 (15).

Los datos obtenidos en función de la ENS 2006, son los siguientes: la prevalencia de LM a nivel nacional se encuentra en torno al 72% cuando el niño cumple las 6 semanas de vida, disminuye al 66% a los 3 meses y tan solo el 47% de los niños toman LM a los 6 meses de vida, siendo a esta edad un 28,5% los que se alimentan de LME (15).

Analizando el tipo de alimentación a nivel autonómico, en Castilla y León, la prevalencia de LME a las 6 semanas de vida se encuentra en el 70,59%, disminuyendo hasta el 53,07% a los 3 meses y siendo tan solo el 25,61% a los 6 meses de edad, sin embargo, la prevalencia de lactancia artificial (LA) aumenta con el paso de los meses, siendo el 28,15% a las 6 semanas, el 39,29% a los 3 meses y alcanzando el 53,72% a los 6 meses (15).

TABLA1: LM por CCAA prevalencia y duración (ENS 2006). Tomado de: Rev Pediatr Aten Primaria. 2009 (15).

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.
Total	68,40	2,27	29,34	52,48	10,83	36,70	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,20	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,90	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,20
Asturias	45,80	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Baleares	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,50
Canarias	60,04	0,00	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,90	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,10
Comunidad Valenciana	69,65	4,00	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,40	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid	71,17	2,63	26,20	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,20
País Vasco	81,37	0,00	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja	84,11	0,00	15,89	74,37	0,00	25,63	35,02	19,89	45,10
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,30

Diferentes estudios coinciden en que algunas de las causas que más se repiten para el abandono precoz de la LM son las siguientes (19,20):

Causas de abandono de LM solucionables utilizando Educación para la Salud (EPS):

- No haber asistido a ningún proyecto de Educación prenatal
- Instauración de la LM de forma no correcta durante las primeras horas tras el parto
- Conocimientos deficientes o equivocados
- Intranquilidad de no saber si el niño está bien alimentado
- Soporte emocional insuficiente durante el puerperio inmediato y no resolución de las dudas existentes o que irán surgiendo y aumentando el estrés en los padres con el paso de los días.
- Mitos que circulan de generación en generación (boca-boca)

Otras causas de abandono:

- Situación laboral materna
- Presencia de dolor físico materno (mastitis, ingurgitación mamaria...)
- Hipogalactia

En el año 2009 surge en España la “Iniciativa para humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia”, decidiendo así impulsarla desde las maternidades y hospitales hacia los centros de salud, dando lugar a la aparición de centros de salud IHAN (CS-IHAN) (15), los cuales deberán seguir “los 7 pasos”, dirigidos específicamente hacia el personal sanitario del centro de salud, con el objetivo de aumentar la calidad de los servicios de salud sobre LM ofrecidos a la madre y al niño (21) (Anexo 2).

La educación prenatal es necesaria, la mayoría de las mujeres embarazadas tienen un centro sanitario de referencia donde poder recibir información y talleres sobre la LM (22), sin embargo, muchas veces es demasiada la información que reciben acerca del tema por muchos profesionales sanitarios distintos (médico de familia, matrona, ginecólogos, enfermería...) pudiendo llegar a crearse contradicciones y confusiones (19,23).

El puerperio inmediato es un periodo que se caracteriza por un gran impacto emocional, el comienzo de la LM, aparición de numerosas dudas y en muchas ocasiones presencia de mitos muy arraigados que pueden poner en peligro una buena LM, por lo tanto es necesario proporcionar gran apoyo e información en este momento complicado (23,24,25).

En el pasado año 2018 se publicó una nueva guía sobre los “10 consejos para una LM feliz” basada en nuevos planteamientos desarrollados por la OMS en Noviembre del 2017 bajo el título “Protección, promoción y apoyo de la LM en instalaciones que brindan servicios de maternidad y recién nacidos” (26).

Siendo la principal diferencia que estos nuevos pasos ya no solo van dirigidos a los niños a término, también a aquellos niños prematuros, bajo peso o con algún problema de salud (Anexo 3).

Todas las intervenciones socio-sanitarias anteriores están encaminadas a apoyar, proteger y promover la LM y deben seguir las directrices de la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” (EMPALNP) creada por la OMS y UNICEF en el año 2002 dirigida para conseguir como objetivo principal un estado nutricional óptimo para todos los niños, incluidos aquellos con situaciones especiales o difíciles. Dicha estrategia asegura que no dar LM y en especial LME durante los primeros 6 meses de vida es considerado un factor de riesgo en relación a la morbilidad y mortalidad del lactante y niño pequeño (27).

2. JUSTIFICACIÓN

La segunda rotación del Practicum II la realicé en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), durante ese periodo de tiempo pude estar en contacto y aprender sobre las madres en el puerperio inmediato y la lactancia materna.

Es curioso como la gran mayoría de las mujeres habían recibido información o realizado diferentes programas prenatales de EPS sobre la LM con su matrona o enfermera en el centro de salud, sin embargo, durante el postparto inmediato en el hospital comienzan las dudas, crece la angustia y el estrés; la falta de información o incapacidad para recordarla, los nervios por la nueva situación y la técnica de la LM que en sus inicios no es precisamente sencilla, llevaban a muchos padres a rendirse rápidamente y pedir lactancia artificial para los niños aun conociendo las ventajas de la LM y en especial del calostro para el RN.

Aunque en la planta las enfermeras y matronas manejan mucha información y conocen perfectamente la técnica de la LM, muchas veces por la elevada carga asistencial que tienen no pueden dedicar todo el tiempo necesario a explicar o recodar ciertos aspectos importantes a los padres.

Existe mucha bibliografía e investigación acerca de programas de EPS sobre LM tanto a nivel prenatal como postnatal con talleres y actividades para realizar una vez que la familia abandone el hospital, sin embargo, es poca la información que hay sobre proyectos de EPS y LM a nivel intrahospitalario en el momento del puerperio inmediato.

Todo el personal sanitario debe participar y apoyar la LM, el colectivo de enfermería tiene la obligación de intervenir en el campo de la EPS puesto que es uno de sus pilares básicos dentro de su desarrollo profesional.

Ante estas observaciones, mi propósito con este trabajo de fin de grado (TFG), es diseñar un proyecto de EPS a partir de la creación de una guía sencilla y visual sobre la LM en el puerperio inmediato, para enseñar o recordar datos importantes en esos momentos difíciles y estresantes, también aclarar y eliminar ciertos mitos existentes y tratar de lograr así una LM de duración y buena calidad.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Una información clara y de calidad sobre la LM a los padres y familias durante las primeras horas después del parto conseguirá: aclarar las dudas, disminuir los niveles de ansiedad y reducir el abandono precoz de la LM.

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un programa de EPS intrahospitalario mediante la creación de una guía rápida sobre LM dirigida a las madres durante las primeras horas del puerperio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir los niveles de ansiedad y aclarar las dudas de los padres respecto a la LM que aparecen en las primeras horas de vida del niño.
- Informar sobre los beneficios de la LM y eliminar mitos existentes.
- Disminuir las tasas de abandono precoz de LM.

4. METODOLOGÍA

La metodología de este TFG ha sido orientada y dirigida hacia la realización de un diseño de un programa de EPS intrahospitalario mediante la creación de una guía sobre LM para el puerperio inmediato.

El trabajo se ha desarrollado en 3 etapas diferentes (Anexo 4):

- La primera etapa ha consistido en realizar una búsqueda bibliográfica intensa en diferentes bases de datos y portales de internet, para conocer la importancia y beneficios de la LM, los problemas por los cuales se abandona de forma precoz, los mitos y errores, las publicaciones existentes en relación a los programas de EPS sobre LM y la situación actual en España sobre el puerperio inmediato y la LM.
- La segunda parte del trabajo se ha centrado en el diseño del programa de EPS.

Se realiza un apartado llamado marco teórico, donde se describe de forma detallada la teoría sobre la LM que después se empleará en la realización de dicha guía.

A continuación se desarrolla el proyecto del programa de EPS, con los siguientes apartados:

- Datos del programa (Título y formato)
 - Población diana
 - Criterios de inclusión
 - Criterios de exclusión
 - Duración de la intervención
 - Validez de la guía
 - Evaluación de la intervención
 - Registros
- La tercera y última etapa pertenece al diseño y creación de la guía de LM que formará parte del programa de EPS (Anexo 5).

La guía será una herramienta de aprendizaje individual, que los padres podrán leer y consultar en cualquier momento del día, formará parte de un programa de EPS unidireccional, es decir, se ofrecerá dicha guía a todas aquellas madres que entren en el programa tras cumplir los criterios de inclusión establecidos y así dispondrán de una información completa y accesible sobre la LM.

La guía contará con una serie de apartados donde se tratarán aspectos como: Los beneficios que aporta la LM, la técnica correcta de amamantamiento, las diferentes posturas y posiciones, el Método Madre Canguro (MMC) y Contacto Piel con Piel (CPP), enganche correcto del pezón, características de la LM durante las primeras horas de vida y aspectos para reconocer que el niño está siendo bien alimentado y no se queda con hambre (uno de los mayores miedos de todas las madres que ofrecen LME a sus hijos), problemas que pueden aparecer en las mamas de la madre y como solucionarlos además se ofrecerá un apartado con los mitos más frecuentes en la sociedad y la realidad sobre ellos.

Aunque es una guía diseñada y creada para la lectura y aprendizaje de la familia, con el objetivo de fijar y aclarar todos aquellos conceptos anteriormente tratados, los profesionales de la salud como matronas y enfermeras podrán apoyarse en ella para realizar así una EPS completa.

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La realización de este estudio y búsqueda bibliográfica se ha basado en la siguiente pregunta de investigación: ¿Sería eficaz la creación de una guía sobre LM para las mujeres en el postparto inmediato con el fin de eliminar dudas, reducir el estrés y aumentar la adherencia de la misma?

Para poder guiar el trabajo en función de dicha pregunta se utiliza el método o esquema P.I.C.O a través del cual se puede identificar el problema/paciente, la intervención, los comparadores si los hubiera y los objetivos que se desean conseguir.

Tabla 2: Esquema P.I.C.O. Elaboración propia.

P	I	C	O
Miedos e inseguridades durante el puerperio inmediato respecto a la LM.	Creación de una guía sobre LM.	Mujeres no entran en el programa.	Aumentar la adherencia a la LM y reducir el estrés.

4.2 ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

La revisión bibliográfica previa al diseño del programa de EPS se ha llevado a cabo explorando e investigando las siguientes fuentes de información:

- Portales de internet: Google académico
- Bases de datos de ciencias de la salud: Dialnet plus, ScienceDirect, PubMed, Biblioteca de la Universidad de Valladolid (BUVa).
- Páginas webs especializadas en ciencias de la salud: Medline plus
- Páginas pertenecientes a instituciones: Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEP), Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad.
- Revistas electrónicas: Elsevier, Matronas hoy, Mujer y madre hoy
- Blogs de enfermería: Edublog enfermería, Alba lactancia materna, Lactancia sin dolor.

Para realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos se han empleado las siguientes herramientas:

- Operadores booleanos: AND, AND NOT
- Descriptores: DeCS (Español), MeSH (Inglés), se trata de palabras claves utilizadas en la búsqueda (ver tabla 3)
- Truncadores

Tabla 3: Descriptores utilizados en las búsquedas. Elaboración propia.

DeCS	MeSH
<ul style="list-style-type: none">- Enfermería- Lactancia materna- Puerperio inmediato- Abandono precoz- Ansiedad- Educación prenatal- Prevalencia	<ul style="list-style-type: none">- Nursing- Breastfeeding- Advantage- Abandonment- Anxiety

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos que han sido leídos y estudiados para la realización de este TFG han sido seleccionados teniendo en cuenta una serie de filtros:

- Son artículos de revistas, TFG y Tesis doctorales
- Son textos completos
- Artículos de acceso libre (gratuitos)
- Pertenecientes a la rama ciencias de la salud
- Han sido publicados en los últimos 10 años
- Son artículos escritos en Español o Inglés

Se han rechazado todos aquellos artículos:

- Que no fueran completos, puesto que en muchos artículos solo se puede leer su resumen.
- Artículos en los que fuera necesaria la suscripción a una revista de pago.
- Artículos escritos en una lengua diferente a la inglesa o española.
- Aquellos de más de 10 años de antigüedad, ya que el TFG no estaría realizado con información actual.
- Estudios realizados en otras especies distintas a la humana

Los artículos seleccionados para su lectura en la elaboración de este trabajo fueron 19. Surgen tras aplicar dichos filtros a la búsqueda y a continuación descartar aquellos que tras la lectura del título y resumen no se adecuan con las necesidades de este TFG.

5. DISEÑO DEL PROGRAMA DE EPS

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 LACTANCIA MATERNA

La LM es el alimento natural ideal para los niños desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de manera exclusiva y de forma complementaria hasta los 2 años, ofreciendo multitud de beneficios tanto a los niños como a las madres (3).

Aunque la LM es un comportamiento natural propio de todos los mamíferos también es una acción aprendida, siendo necesaria una correcta información, un apoyo familiar, comunitario y del propio sistema sanitario (28).

La LM se ajusta en todo momento a los requerimientos nutricionales del niño, siendo el tipo de alimento perfecto para lograr un desarrollo y crecimiento óptimo (1,2).

Durante los primeros 5 días la leche se denomina calostro, es una leche muy rica en proteínas, minerales, vitaminas (sobre todo vitamina A) y elementos de defensa como los anticuerpos, además tiene un efecto laxante para facilitar la expulsión del meconio, favorece y acelera la maduración del intestino y protege al niño de padecer futuras alergias o intolerancias alimentarias. Se caracteriza por su aspecto fluido y de color amarillo.

A partir del sexto día la leche materna empieza a cambiar su composición transformándose en una leche de transición y hacia el décimo día aparece la leche madura o definitiva.

Esta leche va a cambiar a lo largo de la tetada, siendo los primeros 10 minutos leche rica en proteínas, hidratos de carbono (confiriéndole un sabor más dulce), vitaminas, minerales y agua, pasado ese tiempo la leche se vuelve más calórica puesto que aumenta su concentración en grasa. Este es el motivo por el que se recomienda vaciar un pecho entero antes de ofrecerle el otro al niño (29,30).

5.1.2 CONTRAINDICACIONES DE LA LM

La LM debido al elevado número de beneficios que aporta tanto al niño como a la madre, sus contraindicaciones van a ser muy escasas. Existen ciertas contraindicaciones y circunstancias que requerirán de una valoración por parte del personal sanitario (31):

- Negación por parte de la madre, es importante informar a la madre y aconsejarla, pero se debe respetar en todo momento su decisión de no querer LM para su hijo.
- Madre con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo, en los países subdesarrollados no es una contraindicación absoluta puesto que los beneficios aportados superan a los riesgos.
- Niños con enfermedades metabólicas graves como el caso de galactosemias o déficits congénitos de lactasa, aquellos niños con intolerancias a la lactosa no presentan ningún tipo de contraindicación para una LM.
- Madre adicta a drogas no rehabilitada, puesto que las sustancias tóxicas pueden pasar al niño a través de la leche.
- Madres sometidas a tratamientos contra el cáncer como es el caso de las quimioterapias o de los isótopos radiactivos.
- Madres con hepatitis B, no será una contraindicación siempre que al bebé se le haya vacunado al nacer y se le haya puesto la gammaglobulina.
- Madre infectada por el bacilo de la tuberculosis de forma activa y que no reciba tratamiento.
- Infección por el virus linfotrópico de células T humanas.
- Enfermedad materna grave y con incapacidad para llevar a cabo una LM de calidad
- Presencias de lesiones por infección activa del virus del herpes simple en la mama de la madre.
- Madre en tratamiento activo con fármacos contraindicados en la LM, es importante enseñar a las madres como saber que fármacos pueden tomar dando el pecho y cuales no están aconsejados. En las instrucciones del

medicamento vendrán catalogados con una letra A, B, C o D y cada una tiene un significado diferente.

Tabla 4: Fármacos y LM. Elaboración propia

A	B	C	D
Fármacos autorizados con la LM. Sin peligro para el niño.	Fármacos que pueden utilizarse pero con precaución y control clínico. Efectos adversos leves.	Fármacos totalmente contraindicados. Efectos adversos graves.	Sin información, no se deben utilizar con LM.

5.1.3 RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA LACTANCIA

- La decisión de los padres de querer ofrecer LM a su hijo es conveniente que haya sido tomada con anterioridad.
- Se recomienda comenzar con la lactancia lo antes posible tras el parto, sobre todo durante la primera hora de vida, ya que las primeras 2 horas después del nacimiento el niño se encuentra activo y despierto.
- El contacto piel con piel, debe colocarse al niño desnudo sobre el vientre de su madre también desnudo, por si solo mediante el olfato y el tacto el niño será capaz de ir reptando y acercarse hasta el pecho de la madre, y finalmente agarrarse a él.
- La alimentación mediante LM debe ser a demanda tanto de día como de noche cuando el niño quiera, el tiempo que quiera.
- El llanto se considera un signo de hambre tardío, antes del llanto el RN realiza otros signos que refieren hambre: Se mueve, saca la lengua, se lleva la mano hacia la boca... Cuando llora por hambre antes de ponerle al pecho será necesario calmarle.
- Proporcionar al niño LM como alimento exclusivo, no ofrecer otros preparados de leches, líquidos, ni siquiera agua.
- Debe vaciarse completamente una mama antes de ofrecer la otra, si fuera necesario se alternan cada toma.

- No se debe colocar ningún dulce como la azúcar o la miel en el pezón materno.
- Se recomiendan no dar tetinas, biberones ni chupetes hasta que no esté la LM bien instaurada, sobre las 4-6 semanas de vida.
- Utilizar pezoneras solo cuando estén recomendadas por los expertos en lactancia, ya que estas facilitan el agarre al pezón pero dificultan la extracción de la leche.
- Los bebés no solo se agarran al pecho para alimentarse, también lo hacen para buscar cariño, calor, tranquilidad... (32).

LACTANCIA DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA

- Aunque la LM debe ser a demanda los primeros días de vida es imprescindible colocar al niño al pecho cada 3 horas, siendo necesario despertarlo, puesto que después del periodo reactivo tras el parto le sigue un periodo en el que el niño duerme 8-12h seguidas.
- Es normal que mientras este mamando el niño se agote y se quede dormido, si esto ocurre se le puede estimular acariciándole las orejas o las plantas de los pies, pero nunca la cara puesto que se desenganchara en busca del nuevo estímulo.
- La leche puede tardar unas horas en subir, sobre todo si el parto ha sido mediante cesárea, la madre no debe preocuparse puesto que es una situación normal, se debe colocar al niño igualmente al pecho para que mediante el reflejo de succión estimule la subida de la leche.
- Existe durante los primeros días una pérdida de peso fisiológica de hasta un 10%, que se empieza a recuperar a partir del 5º día de vida y es hacia el 10º día cuando lo ha recuperado por completo (el peso será el mismo que al nacimiento).
- Es normal que los niños regurgiten después de las tomas, es la forma de eliminar la cantidad de leche que les sobra (32).

5.1.4 CONTACTO PIEL CON PIEL Y MÉTODO MADRE CANGURO

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo junto al cuerpo desnudo de su madre inmediatamente después del parto, momento en el que el RN se recupera del trabajo del parto y comienza su adaptación a la vida extrauterina.

El MMC sigue la misma mecánica que el Contacto Piel con Piel (CPP) pero se le considera como la alternativa para aquellos niños pretérmino o con bajo peso al nacer y se puede realizar tras el parto o en cualquier otro momento (32).

Dichas técnicas favorecen la instauración de la LM pero también suponen grandes beneficios para el niño (mejorando la adaptación a la vida extrauterina) y para la madre (favorece el vínculo afectivo, proporciona tranquilidad...), esta es la razón por la cual el CPP y MMC se recomiendan independientemente del tipo de alimentación que vaya a tener el niño.

Cuando la madre por diversas circunstancias no está capacitada para realizar dichas técnicas en los primeros momentos tras el parto, es el padre quien debe realizarlas, aportando igualmente dichos beneficios (32, 33, 34).

5.1.5 TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO

Una técnica correcta de amamantamiento es imprescindible para que la LM se desarrolle con éxito, sin embargo, es necesaria la colaboración no solo de la madre sino también del niño.

La leche por acción de la Oxitocina será expulsada del pecho hacia el exterior a través del pezón, pero el niño debe realizar una correcta succión.

POSTURAS Y POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO

La postura es la forma de colocarse de la madre durante el amamantamiento del niño, mientras que denominamos posición a la colocación del niño durante el acto de lactar (35).

Existen multitud de posturas y posiciones, pero se deben tener en cuenta algunos aspectos (35,36):

- La madre debe colocarse en una postura cómoda donde tenga la espalda recta y apoyada en una superficie lisa, puesto que durante los próximos 6 meses dedicará mucho tiempo a amamantar al niño y es necesario que no aparezcan dolores óseos y musculares por adoptar malas posturas.
 - La cabeza y tronco del niño deben estar completamente alineados y en posición perpendicular respecto al pecho de la madre. La nariz del niño debe quedar enfrentada al pezón de la madre.
- POSICIÓN CRIANZA BIOLÓGICA: para realizar esta posición se recomienda que la madre se tumbe boca arriba (con un ángulo entre 15 y 65°), la espalda recta y bien apoyada y el niño se coloque boca abajo bien alineado en contacto piel con piel con la madre. La madre puede ayudar al niño a encontrar el pecho ofreciéndole un límite con los brazos. Esta posición permite al niño realizar los reflejos primarios de gateo y búsqueda del pecho. Se recomienda utilizar esta posición sobre todo los primeros días de vida cuando todavía es difícil el agarre.
 - POSICIÓN DE CUNA: la madre se colocará con la espalda bien apoyada en el respaldo y los pies en el suelo, coloca al bebe con el cuerpo pegado al suyo, sujetándole por la espalda y acostando la cabeza sobre su antebrazo, evitando que caiga sobre la zona del codo, porque dificultaría el agarre, cuando el niño abra la boca se le acerca lentamente hacia el pecho. Se pueden utilizar cojines de lactancia para mejorar la postura.
 - POSICIÓN ACOSTADA: la madre debe tumbarse de lado sobre una superficie lisa (cama, sofá) con la espalda recta, el niño también debe estar tumbado de lado, bien alineado y en contacto con el cuerpo de la madre. Es recomendable que la madre apoye su cabeza sobre una almohada y la cabeza del niño se apoye sobre el antebrazo de la madre.
- Cuando el niño abra la boca, se le acerca suavemente hacia el pecho cogiéndole por la espalda. Esta posición se recomienda realizar durante los primeros días por su facilidad y en la toma nocturna por su comodidad.
- POSICIÓN INVERTIDA O BALÓN DE RUGBY: el niño se va a colocar debajo de la axila de la madre con el tronco y las piernas dirigidas hacia atrás (rodeando la cintura de la madre) y la nariz situada a la altura del pezón.

Se debe sujetar la cabeza del niño por la zona de la nuca. Esta postura suele ser recomendable en caso de gemelos o niños prematuros, pero también cuando existe obstrucción de los conductos mamarios.

- **POSICIÓN DE CABALLITO:** para realizar esta posición es necesario sentar al niño sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el pecho materno. En ocasiones puede necesitarse sujetar el pecho con una mano por debajo y a la vez sujetar la barbilla del niño. Esta posición es muy útil para ciertas situaciones como aparición de grieta en los pezones, labio leporino, fisura palatina, prematuros, problemas de hipotonía, mandíbula pequeña.

CORRECTO AGARRE DEL PEZÓN

El correcto agarre del pezón es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en la LM, cuando el agarre no es el correcto se produce dolor durante el amamantamiento, pueden aparecer grietas en los pezones, ingurgitaciones e incluso mastitis, estas situaciones se pueden prevenir realizando la técnica de forma correcta, dar el pecho nunca debe doler.

Existen circunstancias donde el agarre es más complicado, como es el caso de presencia de retrognatía (retracción mandibular), frenillo lingual corto en el niño y el tamaño y/u orientación del pezón materno.

Técnica:

- Después de elegir la mejor postura para la madre y posición para el niño, colocamos al niño bien alineado, enfrentado al pecho y esperamos a que abra la boca.
- Cuando el niño abra la boca, se le acercará con decisión hacia el pecho, nunca al revés.
- El niño no solo debe estar enganchado al pezón, sino al pecho, es decir, su boca debe abarcar gran parte de la areola mamaria. Lo normal es que la parte inferior de la areola esté más cubierta por la boca del niño que la parte superior.
- El mentón y la nariz del niño debe estar en contacto continuo o muy próximo durante la técnica con el pecho materno.

- El niño debe tener el labio inferior en una posición de eversión, es decir, rotado hacia afuera.
- La lengua debe estar situada por debajo de la areola mamaria.
- Cuando el niño succione se debe observar presencia de movimiento en la zona de la mandíbula y de las orejas.
- No se deben escuchar ruidos a la succión, solamente el sonido que se produce cuando el niño traga la leche. Las mejillas no deben hundirse durante la succión.
- No es necesario que la madre sujete la mama mientras da el pecho al niño, ya que dificulta al niño el agarre del mismo. Si se sujeta, se debe hacer de forma suave haciendo forma de C con los dedos, nunca en forma de pinza.
- Si mientras el niño succiona la madre siente dolor se debe parar, para ello debe meter su dedo en la boca del niño por la zona de la comisura y girarle para tratar de separar el pezón de la boca del niño. Posteriormente volver a intentarlo mejorando el enganche.
- El pezón debe salir de la boca del niño en forma alargada, nunca con deformidades (35, 37, 38,39).

CARACTERÍSTICAS DE UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA

Uno de los mayores miedos entre las madres que comienzan con la LM es no saber si su hijo está alimentándose de forma correcta.

Algunas de las características para reconocer si un niño está siendo bien alimentado son las siguientes (38):

- Come cada 3-4 horas, un total de 8 veces al día
- El RN gana alrededor de unos 30 gramos de peso por día durante los 6 primeros meses y sobre unos 15 gramos por día desde los 6 meses hasta los 12 meses de edad. Siempre tener en cuenta la pérdida fisiológica de peso de los primeros días de vida.
- Orina y hace deposiciones de manera habitual (5-8veces/día), Las deposiciones meconiales no deben aparecer después del 4º día de vida.
- Duerme unas 3 horas seguidas, se encuentra tranquilo y relajado, no está irritable
- Color sonrosado de piel.

CONSEJOS PARA LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

- Debe seguir una dieta variada y equilibrada, con una ingesta adicional de unas 300-500 kcal/día.
- Beber abundantes líquidos, evitar bebidas alcohólicas y estimulantes
- Llevar un estilo de vida sano evitando el estrés, el sedentarismo...
- Higiene diaria mediante ducha o baño, no son necesarias medidas especiales ni higiene de las mamas antes de la toma.
- La mayoría de fármacos son compatibles con la LM sin embargo es recomendable consultarlo con el médico.
- Evitar el tabaco, si no fuera posible se hará siempre después de la toma (32).

5.1.6 PROBLEMAS EN LAS MAMAS

DOLOR EN EL PEZÓN: es normal que durante los primeros días se note cierta sensación de dolor en los pezones ya que durante el embarazo aumenta mucho su sensibilidad.

El dolor de pezón es más frecuente los primeros días de LM debido a la presión negativa que se produce con la succión en los conductos galactóforos que todavía no han llenado de leche. Generalmente este dolor va disminuyendo hasta desaparecer por completo cuando la LM queda instaurada.

Cuando el dolor perdura o se vuelve más intenso suele estar asociado a un mal agarre del niño al lactar, se debe informar a un experto en la lactancia para observar la toma y rectificar errores.

GRIETAS EN LOS PEZONES: es uno de los casos de abandono precoz de LM, estas grietas aparecen sobre todo durante los primeros días porque la posición al pecho y el acoplamiento entre la boca y el pezón no es el adecuado.

Se recomienda corregir lo antes posible el acoplamiento, lavar la areola y pezón con unas gotas de leche materna y dejar que se seque al aire, también se pueden aplicar en la zona cremas hidratantes o hidrogeles.

MASTITIS: patología que se caracteriza por la inflamación y en ocasiones acompañada por infección de las mamas durante la LM. Afecta entre un 5-33% de las mujeres que dan LM.

Los síntomas característicos son: Aparición de enrojecimiento, calor y dolor en la zona (generalmente las mastitis suelen ser unilaterales) acompañado por un cuadro de malestar general, fiebre...

Se recomienda acudir al médico para que le ofrezca un tratamiento antibiótico y antiinflamatorio adecuado y compatible con la lactancia, no se debe suspender la LM siendo recomendable aumentar la frecuencia de las tomas o la extracción manual de la leche, aplicarse compresas húmedas y calientes en la zona antes de dar el pecho, se debe cuidar el descanso y los periodos de reposo.

INGURGITACIÓN O CONGESTIÓN MAMARIA: se relaciona con el cambio de leche del calostro hacia la leche de transición o leche madura, su aparición es más frecuente entre el tercer y sexto día tras el parto.

Los síntomas más comunes son el incremento del tamaño mamario bilateral, acompañado por aparición de dolor, calor y endurecimiento de las mamas.

Se aconseja continuar con la LM sin restricciones incluso aumentar la frecuencia de las tomas, extracción de leche manualmente o con el saca leches, aplicar frío a la zona entre las tomas (compresas frías, hielo local...) y aplicar calor antes de la toma para facilitar la secreción de leche, cuando el dolor es intenso se puede tomar algún analgésico previamente recetado por el médico (38,40).

5.1.7 MITOS FRECUENTES SOBRE LM

En la sociedad existen numerosos mitos acerca de la LM que se transmiten de boca en boca, generación tras generación y que son responsables de gran parte de los casos de abandono precoz de la misma (25).

Algunos de los mitos más frecuentes:

- “Dar LM deforma los pechos”, “Si das de mamar se te van a caer los pechos”
- “No debes comer determinados alimentos porque cambian el sabor de la leche y al bebe no le gusta”
- “Hay que dar de mamar cada 3 horas y durante 10 minutos de cada pecho”
- “Si le pones al pecho cada vez que lo pide, lo malcrías”
- “Lo normal es que al dar LM los pechos duelan”
- “Si tienes el pecho pequeño, no tendrás suficiente leche”

- “No todas las mujeres producen leche de buena calidad”
- “El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho”
- “Si tengo los pezones planos o invertidos, no puedo dar de mamar”
- “Hay que beber leche, beber agua hace que la leche se vuelva más líquida y de menos calidad” (41,42).

5.2 PROYECTO DEL PROGRAMA DE EPS

TÍTULO DE LA HERRAMIENTA

¡Dale lo mejor, dale lactancia materna! Guía de LM para el puerperio inmediato.

FORMATO

La guía será diseñada en un formato de cuadernillo DIN A5, a doble cara y a color.

Esta guía se trata de un prototipo, todas las imágenes que aparecen en ella son de carácter provisional y han sido recogidas de páginas web como Pixabay que no tienen derechos de autor.

La última hoja de la guía será recortable ya que se trata de una encuesta de satisfacción que se deberá rellenar y entregar al personal de la planta de maternidad del HCUV.

POBLACIÓN DIANA

Esta herramienta en forma de guía está pensada y dirigida para aquellas madres en el periodo del puerperio inmediato que vayan a dar LM a su hijo y que han dado a luz en el HCUV. Se entregará al ingreso de la paciente cuando sea un parto programado y durante el puerperio inmediato, en caso de ser un parto no programado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Desear la LM como tipo de alimentación para el niño
- Pertener al Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV)
- Ser capaz de leer y entender el castellano

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No querer LM como forma de alimentación para el RN
- No querer recibir ninguna información sobre la lactancia
- No pertenecer al HCUV
- Analfabetismo
- Personas extranjeras que no sean capaces de leer y comprender el castellano
- Personas invidentes
- Casos en los que dar LM esté contraindicada

DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La duración de la intervención será de 12 meses, la guía se proporcionará a todas aquellas madres que cumplan los criterios de inclusión y den a luz entre el 1 de agosto de 2019 y el 31 de julio de 2020 en el HCUV.

VALIDEZ DE LA GUÍA

Dicha guía contará con una validez de 5 años, ya que superado ese periodo de tiempo los contenidos podrían estar desactualizados, debido a los nuevos hallazgos en sucesivas investigaciones y será necesaria una actualización en base a ellos.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para evaluar la efectividad de la guía de la forma más objetiva posible, durante los 12 meses en los que se pasa el prototipo, no se va a proporcionar a todas las pacientes, solamente a la mitad de ellas.

Para la elección de la muestra de aquellas pacientes a las que si se las proporcionará y a las que no, se hará al azar teniendo en cuenta el número de habitación de ingreso.

La planta de maternidad del HCUV cuenta con 13 habitaciones de las cuales 10 están reservadas para las pacientes de obstetricia.

Se proporcionará la guía a aquellos pacientes que ingresen en las habitaciones 403, 405, 407, 409 y 411, sin embargo a las pacientes que ingresen en las

habitaciones 413, 415, 417, 423, 425 no se les ofrecerá, de este modo podremos evaluar la efectividad de su uso y si se consiguen los objetivos planteados.

La evaluación del proyecto de EPS se va a realizar de dos maneras distintas en momentos diferentes.

- Evaluación guía: las 2 últimas hojas de la guía serán una encuesta de satisfacción formada por 5 preguntas, las cuales se responden mediante una escala tipo Likert y un apartado libre para aportar comentarios y sugerencias.

En ella se evaluarán tanto los contenidos teóricos que ofrece como la forma y diseño de la misma. Los participantes deberán rellenarla con su opinión, siendo de carácter voluntario y anónimo y entregársela a las enfermeras de la planta de maternidad del HCUV antes del alta hospitalaria (Anexo 5).

- Evaluación y seguimiento telefónico: se realizará un seguimiento telefónico a todas las participantes, tanto a las que se les ofreció la guía como a las que no. Las llamadas se llevarán a cabo al mes, a los 3 meses, a los 6 meses, al año y a los 2 años tras el nacimiento del niño, preguntando sobre las complicaciones surgidas, la duración de la LM, las causas de abandono...

De esta manera se podrá observar si cumple los objetivos propuestos a corto plazo, como aportar una información de calidad sobre la LM y eliminar aquellos mitos frecuentes para reducir el estrés en los padres, pero también evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos a largo plazo como es el caso de la adherencia a la LM.

REGISTROS

Al concluir el programa de EPS, se escribirá una memoria que incluya todos los aspectos de la intervención; resultados obtenidos, errores producidos, posibles causas, alternativas de mejora. Todo esto con el objetivo de ayudar en la puesta en marcha de nuevos programas.

El proyecto para poder ser llevado a la práctica, deberá ser aprobado por el comité de ética de la investigación con medicamentos del área de salud Este de Valladolid y será necesario pedir el consentimiento informado a aquellas mujeres que participen en dicho proyecto.

6. DISCUSIÓN:

Tanto la OMS como UNICEF aseguran que la LM es el mejor alimento para los niños desde el nacimiento hasta los 2 años de vida, puesto que ofrece multitud de beneficios tanto al niño como a la madre.

Desde hace años han estado desarrollando diferentes estrategias e iniciativas para fomentar la LM y aumentar su prevalencia en todos los países del mundo (13, 15, 16, 27):

- La declaración conjunta sobre la “promoción, protección y apoyo de la LM”, en la cual se desarrollaron los “10 pasos para conseguir una LM feliz”.
- En el año 1991-1992 emitieron la “Iniciativa Hospital amigos de los niños”.
- En el año 2002 crean la “estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”.
- En el año 2009 surge en España la “iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia” apareciendo los CS-IHAN.

Aunque todas estas medidas están puestas en marcha, diferentes artículos afirman que continúa existiendo un abandono precoz de la LM. Según Miranda M.D y colaboradores tan solo del 7 al 30% de las madres siguen dando LM a los 6 meses de edad del niño (1). J.M Rius y colaboradores aseguran que solo el 20% de los niños lactan a los 6 meses y solo el 4,5% lo hacen al año de edad. Siendo las recomendaciones por parte de los expertos conseguir tasas del 75% de inicio de LM y que entre el 50 y 25% lo hagan entre los 6 y 12 meses de edad aunque sea de forma parcial (43).

Son muchos los artículos que estudian las causas de abandono precoz de la LM y la gran mayoría coinciden en que la falta de información es un factor de riesgo clave en el abandono precoz de la misma (1,19, 20,24). Esa es la razón por la cual todas aquellas actividades de EPS realizadas en el puerperio inmediato son claves para conseguir el éxito en la LM (19,24).

FORTALEZAS DEL PROYECTO:

- Escaso coste tanto de recursos materiales como recursos humanos.
- Facilidad de implicación a la práctica clínica (reproductibilidad).
- Puede utilizarse como una ayuda para las enfermeras de la planta a la hora de informar a los padres o familiares.

DEBILIDADES DEL PROYECTO:

- Solo es útil para aquellas madres que deseen y decidan dar LM.
- El proyecto presenta limitaciones para aquellos participantes con dificultades en la lectura y comprensión del castellano.
- Necesaria una revisión a los 5 años por posibles desactualizaciones de los contenidos, ya que se trata de un tema en auge con mucha investigación.

FUTURAS LINAS DE INVESTIGACIÓN

En España sería recomendable crear un sistema de monitorización y seguimiento de LM, ya que en la actualidad no se cuenta con ninguno y los datos publicados sobre la prevalencia de LM son muy escasos y no están actualizados.

7. CONCLUSIONES

Tras un estudio bibliográfico en profundidad de la evolución y situación actual de la LM y el diseño de un proyecto de EPS sobre el tema, se han llegado a las siguientes conclusiones:

- A partir de la revisión bibliográfica y la elaboración del marco teórico de este TFG se ha diseñado una guía sobre LM para el puerperio inmediato.
- Ofrecer información sobre la LM de forma clara, sencilla y precisa mediante una guía en el puerperio inmediato, conseguirá aumentar y recordar la información más importante y relevante sobre la LM.
- Para las familias disponer de una guía que pueda solventar sus dudas de forma inmediata en cualquier momento del día, disminuirá sus niveles de estrés y ansiedad, ayudando así a reducir las tasas de abandono precoz de la LM.
- La consulta de esta guía por parte de los padres y familiares conseguirá reducir la acciones erróneas que a veces se adoptan, por la presencia de mitos muy arraigados en la sociedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda M.D, Rodríguez V, Navío, C. Beneficios De La Lactancia Materna. Consejos De Una Matrona. Traces. 2013; 5(3): 287–94.
2. Aragon I. Maternidad en la adolescencia y lactancia. Enfermería Docente. 2015; (104):49–54.
3. Lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [consultado 12 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
4. Brahm P, Valdés V. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. Revista Chilena de Pediatría. 2017; 88(1), 7–14.
5. Bueno Campaña M.M, Calvo Rey C, Jimeno Ruiz S, Faustino Sánchez M, Quevedo Teruel S, Martínez Granero M.Á, Casas Flecha I. Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. Pediatría de AP. 2011; 13(50): 213–224.
6. Aguilar Cordero M.J, Sánchez López A.M, Madrid Baños M, Mur Villar Ñ, Exposito Ruíz M, Hermoso Rodríguez E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. Nutrición Hospitalaria. 2014; 31(2): 606–20.
7. Mayans Fernández E, Arribas Rodríguez S (dir), López de Pablo León L.A (dir). Lactancia materna en prematuros. [trabajo final de grado en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2017 [consultado 14 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680675>
8. Maldonado A. J. Nuevas evidencias sobre la nutrición del recién nacido prematuro y la lactancia materna. 2011; 18 (2), 51–60.
9. Bering S.B. Human milk oligosaccharides to prevent gut dysfunction and necrotizing enterocolitis in preterm neonates. Nutrients. 2018; 10(10).
10. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. [Internet]. Aecima. 2017 [consultado 16 Diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.aecima.com/8580/lactancia-materna-metodo-eficaz-la-prevencion-del-cancer-mama/>
11. Ropero S. Infografía: Beneficios de la lactancia materna. [Internet]. 2016 [consultado 20 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://blog.elembarazo.net/infografias/beneficios-de-la-lactancia-materna>
12. García R. B, Hernández M.M, Ricald L. L, Hernández R. G. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Rev Ginecol Obstet Mex. 2014; 82(1): 389–93.
13. Declaración de innocenti [Internet]. Documentos sobre Lactancia Materna. 1990 [consultado 22 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es/doc/>
14. 10 pasos para la lactancia materna eficaz. [Internet]. Unicef.org. [consultado 22 Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>
15. Hernández Aguilar M. T, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de salud IHAN (Iniciativa de

- Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Pediatría de Atención Primaria*. 2009; 11(43): 513–29.
16. OMS | Lactancia materna exclusiva. [Internet]. Who.int. 2019 [consultado 2 Enero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
 17. El código internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. iHan.es. 2019 [consultado 16 Diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/el-codigo-internacional/>
 18. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. [Internet]. Aeped.es. 2016 [consultado 10 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
 19. Cortés Rúa L, Díaz Grávalos G.J. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería clínica*. 2018; 11 (3).
 20. Salar A, Dols N, Poveda M. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia*. 2013: 10(41).
 21. Pasos para ser IHAN - Centros de Salud iHan .ihan.es. 2015 [consultado 23 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-centros-de-salud/>
 22. Martínez Galán P, Martín Gallardo E, macarro Ruíz D, Martínez Martín E, Manrique Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna. *ScienceDirect* 2017; 14 (1), 54-66.
 23. Gancedo García A, Fuente González P, Chudacik M, Fernández Fernández A, Suarez Gil P, Suarez Martínez V. Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Science Direct*. 2018; 51(5):285-93.
 24. Molinero Díaz P, Burgos Rodríguez M, Mejía Ramírez de Arellano M. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Elsevier*. 2015; 25(5):232-38.
 25. Villar V, García A, Moreno M. Desmintiendo mitos de la lactancia materna. *Trances*. 2015; 7(6):923-30.
 26. La OMS y UNICEF publican la guía revisada de implementación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y las Niñas iHan [Internet]. Ihan.es. 2018 [consultado 8 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.ihan.es/la-oms-y-unicef-publican-la-guia-revisada-de-implementacion-de-la-iniciativa-hospital-amigo-de-los-ninos-y-las-ninas/>
 27. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [Internet]. Who.int. 2019 [consultado 7 Febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/
 28. Tudor J. Promoción de la lactancia materna por el personal sanitario [trabajo final de grado en Internet]. [Castellón de la plana]: Universidad Jaime I; (2016) [consultado 8 Febrero 2019]. Disponible: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169514/TFG_2017_Tudor_Lulia_loana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. Lactancia por etapas -AEP- Lactancia Materna [Internet]. AEP. 2016 [consultado 2 Marzo 2019]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/lactancia-por-etapas/>

30. Características de la leche materna [Internet]. Portal de Salud de la JCYL. 2018 [consultado 3 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil/lactancia-materna/caracteristicas-leche-materna>
31. Viñas Vidal A. La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. *Pediatría Integral*. 2011; 15(4):317-28.
32. Mateo Sota S, Zulueta M.P (dir). El contacto piel con piel. Beneficios y limitaciones [trabajo de adaptación al curso de enfermería en internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2014 [consultado 13 Marzo 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1>
33. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. Aeped. 2012 [Consultado 8 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
34. De Miguel Sesmero J, Álvarez Granda L, Crespo Martínez P, Martín Fernández A, Velasco Sisniega C, Odriozola Feu J et al. Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos [Internet]. *Salud Cantabria*. 2010 [consultado 10 Marzo 2019]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocolo%20contacto%20piel%20con%20piel%20humv.pdf>
35. Alba Lactancia Materna. Posturas y posiciones para amamantar [Entrada en un blog]. *Albalactanciamaterna.org*. 2019 [consultado 16 Marzo 2019]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>
36. Técnicas de Lactancia Materna –AEP- [Internet]. Aeped. 2016 [consultado 16 Marzo 2019]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
37. Lactancia sin dolor. Consejos para la lactancia materna [Entrada a un blog]. 2019 [consultado 13 Marzo 2019]. Disponible: <https://www.lactanciasindolor.com/consejos-para-la-lactancia-materna/>
38. Guía para las madres que amamantan [Internet]. Aeped.es. 2017 [consultado 14 Marzo 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteoba_paciente.pdf
39. Moreno M, Villar V, Poussivert C. Posición correcta para la lactancia materna. Consejos de una matrona. *Trances*. 2014; 6(5):333-38.
40. Fernández Medina M, González Fernández C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global*. 2013; 31:443-51.
41. Falsos mitos – AEP – Lactancia Materna [Internet]. Aeped.es. 2016 [consultado 24 marzo 2019] Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/falsos-mitos/>
42. Mitos y realidades de la lactancia materna [Internet]. Unicef.org. [consultado 24 Marzo 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
43. Rius J.M, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado M.A, López A et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Elselvier*. 2014; 80(1): 6-15.

ANEXOS

ANEXO 1: 10 PASOS DE LA OMS PARA UNA LACTANCIA MATERNA FELIZ (14).

1. Poseer una política sobre lactancia natural escrita y al alcance de todo el personal sanitario.
2. Educar y preparar al personal sanitario para que sea capaz de llevar esa política a la práctica.
3. Instruir a las madres sobre los beneficios de una lactancia natural.
4. Fomentar la lactancia durante la primera media hora tras el parto.
5. Educar a las madres sobre cómo dar de mamar al niño y como mantener la lactancia.
6. No ofrecer al niño ningún alimento ni bebida diferente a la leche materna.
7. Favorecer que madre e hijo estén juntos durante todo el día.
8. Fomentar este tipo de lactancia cada vez que se demande.
9. No ofrecer al recién nacido chupetes, biberones...
10. Promover la importancia de los grupos de apoyo tras la salida del hospital.

ANEXO 2: 7 PASOS EN CENTRO DE SALUD PARA SER IHAN (21).

1. Tener una normativa estricta sobre la lactancia materna y que la conozca todo el personal sanitario del centro.
2. Capacitar al personal para poder llevar a cabo dicha normativa
3. Informar a la mujer embarazada y a su familia sobre el amamantamiento y como ejecutarlo.
4. Ayudar a las madres con el inicio de la lactancia materna y asegurarse que se las atiendan las primeras 72h después del alta.
5. Ofrecer todo el apoyo posible a la madre para tratar de mantener la lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y junto con alimentación complementaria hasta mínimo los 2 años.

6. Facilitar una buena atmósfera de acogida a las madres y a su familia.
7. Promover la colaboración entre los distintos profesionales y la comunidad mediante talleres y grupos de apoyo.

ANEXO 3: NUEVA GUÍA 10 CONSEJOS PARA UNA LM FELIZ, OMS 2018 (26).

1. Cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, para proteger a las madres y a los bebés de las prácticas inapropiadas de comercialización.
2. Todo el personal sanitario del centro debe tener los conocimientos y habilidades para apoyar y proteger la LM.
3. Asesorar sobre los beneficios de la LM a la mujer y familiares.
4. Facilitar el contacto piel con piel tras el nacimiento y animar a las madres para iniciar la LM lo antes posible.
5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la LM haciendo frente a todas las dificultades que se presenten.
6. No ofrecer al RN ningún alimento diferente a la leche materna, salvo prescripción médica.
7. Posibilitar que la madre y el niño permanezcan juntos las 24 horas.
8. Enseñar a detectar los signos que indiquen que el niño tiene hambre.
9. Aconseje a las madres sobre el uso y los riesgos para la LM usar biberones, tetinas y chupetes (no ofrecer hasta que la lactancia esté bien instaurada)
10. Ofrecer asistencia y atención continua sobre la LM tras el alta hospitalaria.

ANEXO 4: CRONOGRAMA.

Tabla 5: Cronograma de trabajo del TFG. Elaboración propia.

	<u>Noviembre</u>	<u>Diciembre</u>	<u>Enero</u>	<u>Febrero</u>	<u>Marzo</u>	<u>Abril</u>	<u>Mayo</u>
Elección del tema							
Búsqueda de información							
Lectura de artículos							
Elaboración introducción, justificación y objetivos							
Elaboración material y métodos							
Diseño del programa							
Creación de la guía							
Maquetación del trabajo							

**ANEXO 5: GUÍA DE LACTANCIA MATERNA PARA EL
PUERPERIO INMEDIATO. ELABORACIÓN PROPIA.**

**¡DALE LO MEJOR, DALE
LACTANCIA MATERNA!**



ÍNDICE

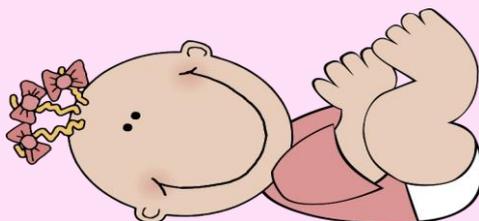
1. Introducción lactancia materna
2. Particularidades sobre la lactancia materna durante las primeras horas de vida
3. Recomendaciones generales para la lactancia materna
4. Técnica correcta de amamantamiento
5. ¿Cómo se que el niño está bien alimentado?
6. ¿Qué beneficios tiene la lactancia materna?
7. Consejos para la madre
8. Problemas que pueden aparecer en las mamas y como solucionarlos
9. Mitos sobre la lactancia



LACTANCIA MATERNA

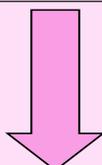
La lactancia materna se considera el alimento ideal para el niño durante los primeros meses de vida, puesto que cubre todas sus necesidades nutricionales.

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y suplementada con la introducción de nuevos alimentos hasta los 2 años de vida.



CALOSTRO

- Es el primer tipo de leche tras el parto
- Se mantiene hasta el 5º día aproximadamente
- Rico en proteínas, vitaminas y elementos defensivos (anticuerpos)
- Su aspecto es amarillento y fluido



LECHE DE TRANSICIÓN (6º-10º días)

LECHE DEFINITIVA O MADURA

PRIMEROS 10 MIN

Rica en proteínas, hidratos de carbono (sabor dulce), vitaminas, minerales y agua.

SIGUIENTES 10 MIN

Aumenta la concentración de grasas y se vuelve más calórica.

**SIEMPRE
VACIAR UN
PECHO ANTES
DE OFRECER
EL OTRO**

LACTANCIA MATERNA DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA

TRAS LAS 2 HORAS DEL PERIODO REACTIVO, CONTINUA UN PERIODO EN EL QUE EL NIÑO DUERME 8-12 HORAS SEGUIDAS.	Aunque la lactancia sea a demanda, durante los primeros días de vida se debe colocar al niño al pecho cada 3 horas, tanto de día como de noche, siendo necesario despertarlo.
ES NORMAL QUE EL NIÑO MIENTRAS TOMA EL PECHO SE AGOTE Y SE QUEDE DORMIDO.	Cuando esto ocurre se le debe estimular mediante caricias en las orejas y en las plantas de los pies, nunca en la cara.
LA LECHE PUEDE TARDAR HORAS EN SUBIR , SOBRE TODO DESPUÉS DE UNA CESARIA.	Cuando ocurra se debe mantener la calma, puesto que es una situación normal. Colocar al niño al pecho para que el reflejo de succión estimule la subida.
PÉRDIDA DE PESO FISIOLÓGICA DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS	Todos los niños pierden peso tras el parto. Se considera normal hasta un 10% de pérdida. Al 5º día de vida se empezará a recuperar.
SE PRODUZCAN VÓMITOS O REGURGITACIONES TRAS LA TOMA	El vómito y las regurgitaciones son normales, los niños tienen el estómago lleno de líquido y secreciones tras el parto. Avisar cuando sean numerosos y de aspecto extraño.

RECOMENDACIONES LACTANCIA MATERNA

ESTAR SEGUROS DE QUERER LACTANCIA MATERNA

INICIAR LA LACTANCIA DURANTE LA 1ª HORA TRAS EL PARTO. Los niños tienen un periodo de reactividad de 2 horas tras el parto y debe aprovecharse para comenzar con la lactancia materna



REALIZAR CONTACTO PIEL CON PIEL O METODO MADRE CANGURO. Colocar al niño desnudo en el abdomen desnudo de la madre y ayudarle a reptar hasta encontrar el pecho y agarrarse a él.

OFRECER EL PECHO A DEMANDA. Tanto de día como de noche.



EL LLANTO, SIGNO DE HAMBRE TARDÍO. Los niños realizan otros signos de hambre antes de que se produzca el llanto, a los que se deben prestar atención: moverse, sacar la lengua, llevarse la mano a la boca... Si el niño está llorando será necesario calmarle antes de ponerle al pecho.

SOLO DAR LACTANCIA MATERNA. No deben ofrecerse otros preparados de leches, ni líquidos ni tampoco agua.



NO UNTAR EL PEZÓN CON NINGUNA SUSTANCIA DULCE

SIEMPRE VACIAR UN PECHO ANTES DE OFRECER EL OTRO. Esto se debe a la composición variable de la leche durante la toma, siendo más calórica al final de la misma.



NO UTILIZAR TETINAS, BIBERONES NI CHUPETES. Al menos hasta que esté bien instaurada la lactancia materna (4-6 semanas)

LOS NIÑOS NO SOLO SE AGARRAN AL PECHO PARA COMER. También lo hacen en busca de tranquilidad, calor y cariño



TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO

POSTURA: Forma en la que se debe colocar la madre para dar el pecho.

- Debe ser cómoda
- La espalda recta y apoyada

POSICIÓN: Es la forma que debe adoptar el niño al mamar.

- Cabeza y tronco alineados
- Perpendicular al pecho
- La nariz y el pezón enfrentados

POSICIÓN CRIANZA BIOLÓGICA:

La madre debe tumbarse boca arriba (con un ángulo entre 15 y 65°) y el niño boca abajo en contacto piel con piel con la madre. La madre puede ayudar al niño a encontrar el pecho ofreciéndole un límite con los brazos. Esta posición permite al niño realizar los reflejos primarios de gateo y búsqueda del pecho.



RECOMENDADA PARA LOS PRIMEROS DÍAS CUANDO EL AGARRE ES COMPLICADO Y PARA FOMENTAR EL VÍNCULO MADRE- HIJO.

POSICIÓN DE CUNA:

La madre se colocará con la espalda bien apoyada en el respaldo y los pies en el suelo, coloca al bebe con el cuerpo pegado al suyo, sujetándolo por la espalda y acostando la cabeza sobre su antebrazo, evitando que caiga sobre la zona del codo, porque dificultaría el agarre, cuando el niño abra la boca se le acerca lentamente hacia el pecho.



RECOMENDADA PARA LAS PRIMERAS TOMAS Y EN LAS TOMAS NOCTURNAS, POR SU FACILIDAD Y COMODIDAD.

POSICIÓN ACOSTADA:

La madre debe tumbarse de lado sobre una superficie lisa (cama, sofá) con la espalda recta, el niño también tumbado de lado, en contacto con la madre.

Es recomendable que la madre apoye su cabeza sobre una almohada y la cabeza del niño se apoye sobre el antebrazo de la madre.

POSICIÓN INVERTIDA O BALÓN DE RUGBY:

El niño se va a colocar debajo de la axila de la madre con el tronco y las piernas dirigidas hacia atrás (rodeando la cintura de la madre) y la nariz situada a la altura del pezón. Se debe sujetar la cabeza del niño por la zona de la nuca.

SE RECOMIENDA: EN CASO DE GEMELOS, PREMATUROS Y OBSTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS.



POSICIÓN DE CABALLITO:

Es necesario sentar al niño sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el pecho materno.

En ocasiones puede necesitarse sujetar el pecho con una mano por debajo y a la vez sujetar la barbilla del niño.

SE RECOMIENDA: GRIETAS EN LOS PEZONES, LABIO LEPORINO, FISURA PALATINA, PREMATUROS, HIPOTONÍA, MANDÍBULA PEQUEÑA.

CORRECTO ENGANCHE DEL PEZÓN

1. ELEGIR LA MEJOR POSICIÓN Y POSTURA

2. CUANDO EL NIÑO ABRA LA BOCA, ACERCARLE AL PECHO

UN ENGANCHE ERRONEO PRODUCIRA DOLOR, GRIETAS, INGURGITACIONES E INCLUSO MASTITIS. ¡DAR EL PECHO NO DUELE!



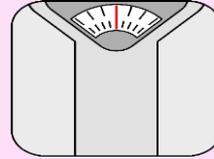
NUNCA AL REVES

TENER EN CUENTA:

- El niño no solo debe enganchar el pezón, sino la areola entera. La parte inferior más cubierta que la superior.
- La nariz y el mentón del niño deben estar en contacto o muy próximos al pecho.
- El labio inferior debe estar rotado hacia fuera
- La lengua debe situarse debajo de la areola mamaria
- Observar el movimiento de la mandíbula y las orejas del niño mientras succiona.
- No deben haber ruidos a la succión
- El pezón debe salir de la boca con forma alargada, nunca deformado

¿CÓMO SABER SI EL NIÑO ESTÁ BIEN ALIMENTADO?

GANA PESO: 30 g/día hasta los 6 meses y 15 g/día hasta los 12 meses, unos 120-150 g a la semana. Tener en cuenta la pérdida fisiológica de los primeros días.



ORINA Y HACE DEPOSICIONES: Unas 4-5 al día. Un signo de alerta son las deposiciones meconiales después del 4º día de vida.

DUERME MÁS DE 3 HORAS SEGUIDAS



SE MUESTRA TRANQUILO Y FELIZ: Sospechar de hambre cuando el niño se encuentra irritado, intranquilo...

¿QUÉ BENEFICIOS TIENE LA LACTANCIA MATERNA?



PARA EL NIÑO

- Alimentación óptima
- ↓ El riesgo de muerte súbita del lactante
- Fortalece su sistema inmunitario
- ↓ riesgo de aparición de alergias
- Protege de la aparición de futuras enfermedades crónicas como diabetes, obesidad, Crohn...
- ↑ El vínculo materno y el apego

En los niños prematuros: ↓ la probabilidad de retinopatía del prematuro, ↑ el desarrollo neurológico, protección cardiovascular, ↑ digestibilidad y protege de enfermedades graves como la enteritis necrotizante.

PARA LA MADRE

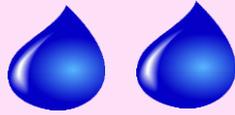
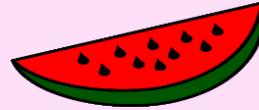
- ↓ El riesgo de sufrir cáncer de mama y ovario
- ↓ El riesgo de sufrir depresión postparto
- Ayuda a la involución uterina
- Protección enfermedades cardiacas y osteoporosis
- Método anticonceptivo (MELA)



CONSEJOS PARA LA MADRE

DIETA VARIADA Y EQUILIBRADA:

Se recomienda una ingesta diaria adicional de unas 300 kcal al día.

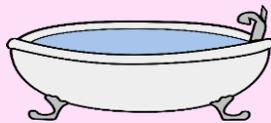


BEBER ABUNDANTES

LÍQUIDOS: Agua, leche ,
zumos...

LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SANO:

Evitar el estrés, el sedentarismo, hacer ejercicio (debe ser de baja intensidad)



HIGIENE: Mediante una ducha diaria, no hacen falta medidas higiénicas especiales antes de las tomas.

NO SE DEBE: Fumar delante del niño o antes de la toma, ni ingerir bebidas alcohólicas o estimulantes.



PROBLEMAS QUE PUEDEN APARECER EN LAS MAMAS Y COMO SOLUCIONARLOS

DOLOR EN EL PEZÓN:

Al inicio es normal una sensación de dolor, ya que durante el embarazo aumenta la sensibilidad.

El dolor aparece al principio por la presión negativa que ejerce la succión en los conductos que todavía no tienen leche. Este dolor disminuirá progresivamente hasta desaparecer.



Cuando el dolor perdura o se vuelve más intenso suele estar asociado a un mal agarre del niño al lactar, se debe informar a un experto, para corregir errores.

GRIETAS EN LOS PEZONES:

Aparecen durante los primeros días porque la posición y el acoplamiento entre boca y pezón no es el adecuado.



Se recomienda: Corregir el acoplamiento, aplicar unas gotas de leche en la areola y pezones y dejar secar. También se puede aplicar cremas hidratantes.

MASTITIS:

Es la inflamación de las mamas acompañada en ocasiones por un cuadro de infección que suele aparecer durante la lactancia. 

Los síntomas característicos son: Enrojecimiento, calor y dolor en la zona (generalmente afectan a un pecho), malestar general y fiebre.

Se recomienda: Ir al médico para empezar tratamiento antibiótico y antiinflamatorio adecuado y compatible con la lactancia. No suspender la lactancia incluso aumentar la frecuencia de las tomas. Extraerse la leche. Aplicarse compresas húmedas y calientes en la zona antes de dar el pecho. Descanso y reposo.

CONGESTIÓN MAMARIA:

Se relaciona con el cambio de leche del calostro hacia la leche de transición o leche madura, su aparición es más frecuente entre el tercer y sexto día tras el parto.

Los síntomas más comunes son: Aumento del tamaño mamario bilateral, dolor, calor y endurecimiento de las mamas. 

Se aconseja: Continuar con la lactancia e incluso aumentar la frecuencia de las tomas, extracción de leche, aplicar frío entre las tomas (compresas frías, hielo local...) y aplicar calor antes de la toma para facilitar la salida de la leche, cuando el dolor es intenso tomar algún analgésico compatible con la lactancia.

MITOS MÁS FRECUENTES

"Dar lactancia materna deforma los pechos"	Es la edad la que deforma el pecho, no la lactancia.
"No debes comer determinados alimentos porque cambian el sabor de la leche y al bebe no le gusta"	Es bueno que el niño se acostumbre a los cambios de sabor, por eso la alimentación de la madre debe ser libre. Evitando el consumo de alcohol o estimulantes
"Hay que dar de mamar cada 3 horas y durante 10 minutos de cada pecho"	La lactancia es a demanda, cuando el niño quiera el tiempo que quiera. Los primeros días si será cada 3 horas. El pecho no se cambia hasta que no se vacíe.
"Si le pones al pecho cada vez que lo pide, lo malcrías"	El niño no solo se agarra al pecho para comer, también lo hace en busca de cariño y calor.
"Lo normal es que al dar LM los pechos duelan"	No, la lactancia no debe producir dolor, esto indicaría un mal enganche del pezón.
"Si tienes el pecho pequeño, no tendrás suficiente leche"	No se relaciona el tamaño del pecho con la cantidad, pero si la succión. Cuanto más succione más leche.
"No todas las mujeres producen leche de buena calidad"	La leche materna es el alimento ideal para todos los niños, y todas tienen propiedades buenas.
"El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho"	El color amarillento y aspecto líquido del calostro se debe a sus propiedades nutricionales. Es rico en grasas.
"Hay que beber leche, beber agua hace que la leche se vuelva más líquida y peor."	Se deben beber abundantes líquidos, leche, agua, zumos...

CUESTIONARIO SATISFACIÓN

Para la evaluación de la guía es necesaria su colaboración.
Rellene el siguiente cuestionario de forma voluntaria y anónima y entréguelo a las enfermeras de la planta 4º- Norte del HCUV antes del alta.

EDAD: N° EMBARAZOS PREVIOS: NIVEL DE ESTUDIOS:

Tras la lectura de la guía ¿ Han incrementado sus conocimientos sobre la lactancia materna?

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

¿ Ha resuelto la guía todas aquellas dudas que la lactancia materna le presentaba?

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Tras la lectura de la guía, ¿Se han reducido sus miedos e inseguridades frente a la lactancia materna y alimentación del niño?

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

¿Los contenidos que ofrece la guía son lo suficientemente claros y se entienden con facilidad?

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

¿ Cree que la guía tiene un diseño vistoso que invite a su lectura?

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Comentarios y sugerencias:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PROTOTIPO: GUÍA RÁPIDA DE LACTANCIA MATERNA
PARA EL PUERPERIO INMEDIATO
ELABORADA POR CRISTINA GAITÁN PADILLA

LAS IMÁGENES QUE APARECEN EN EL PROTOTIPO NO
TIENEN DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Valladolid

GRADO EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID