

**Andreea Ioana Barbu
Jana Sedano Enales**

**ROL DE ENFERMERÍA EN LA INSTAURACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LA
LACTANCIA MATERNA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Silvia Ferrer Frances

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

El Vendrell

2020

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. RESUMEN | 3 |
| 2. ABSTRACT | 4 |
| 3. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 4. OBJETIVOS | 7 |
| 5. MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 5.1. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA LACTANCIA MATERNA..... | 8 |
| 5.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA MUNDIAL Y EN NUESTRO PAÍS..... | 11 |
| 5.3. CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA..... | 13 |
| 5.4. PATRÓN DE CRECIMIENTO DEL LACTANTE SANO..... | 14 |
| 5.5. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL LACTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA | 15 |
| 5.6. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA..... | 17 |
| 5.6.1. VALORACIÓN PRENATAL..... | 17 |
| 5.6.2. INICIO DE LA LACTANCIA | 17 |
| 5.6.3. VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA..... | 18 |
| 5.6.4. CRITERIOS DE VALORACIÓN PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA | 19 |
| 5.6.5. PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE LA INSTAURACIÓN | 20 |
| 5.7. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA..... | 21 |
| 5.7.1. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA DE 1 A 6 MESES DE EDAD | 21 |
| 5.7.2. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD | 24 |
| 6. METODOLOGÍA | 26 |
| 6.1. DISEÑO METODOLÓGICO | 26 |
| 6.2. INFORMANTES..... | 27 |
| 6.3. LUGAR DE ESTUDIO | 27 |
| 6.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS..... | 27 |
| 7. RESULTADOS..... | 29 |
| 7.1. NIVEL DE INSTAURACIÓN DE LA LM..... | 29 |
| 7.2. NIVEL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA..... | 33 |
| 8. DISCUSIÓN | 40 |
| 9. CONCLUSIONES | 45 |
| 10. ANEXOS | 48 |
| 10.1. ANEXO 1:..... | 48 |
| 10.2. ANEXO 2:..... | 48 |
| 10.3. ANEXO 3:..... | 49 |
| 10.4. ANEXO 4:..... | 51 |
| 10.5. ANEXO 5:..... | 51 |
| 10.6. ANEXO 6:..... | 55 |
| 10.7. ANEXO 7:..... | 56 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA | 68 |

1. RESUMEN

Introducción: Evidencias demuestran que, para el desarrollo y crecimiento correcto del niño, especialmente durante los primeros 6 meses de vida, la lactancia materna proporciona todos los requerimientos nutricionales hasta esa edad, edad en que se introduce la alimentación complementaria. De este modo, es importante una adecuada instauración de la lactancia materna, y posteriormente, un correcto seguimiento de ésta con el objetivo de velar por un buen estado nutricional del bebé.

Objetivo: el objetivo principal del estudio es determinar el rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna

Metodología: Estudio con metodología cualitativa, perspectiva interaccionista, etnográfica, a partir de un estudio interpretativo y desde un punto de vista paradigmático de tipo integrativo/interactivo. La recogida de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, individuales y a conveniencia, a las informantes seleccionadas.

Resultados: se llevaron a cabo tres entrevistas, que posteriormente fueron codificadas y analizadas para la obtención de la discusión y conclusión del trabajo. Las diferentes categorías extraídas a partir de las entrevistas fueron dos: instauración de la lactancia materna, y seguimiento de la lactancia materna. En cada categoría se encontraron subcategorías: educación sanitaria hacia pacientes, formación hacia profesionales, protocolo, vigilancia lactancia, criterios de valoración, condiciones favorables, dolor y grietas, poca autoconfianza, lactancia ineficaz, separación madre/hijo, CPP, extracción manual de calostro, extracción mecánica de calostro, aumento del contacto madre-recién nacido, educación prenatal, controles en consulta, lactancia ineficaz, apoyo y protección de la LM, estado nutricional, complicaciones, posiciones para lactar, soporte emocional, LM y reincorporación laboral, bajo nivel socioeconómico, abandono LM, lactancia difícil, alimentación complementaria, destete, lactancia en tándem, grupo postparto, lactancia artificial.

Conclusión: a partir del objetivo principal propuesto en el inicio de la investigación, además de los objetivos específicos, se ha concluido, por una parte, el rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna, el cual es un rol activo y de implicación, y la importancia que esto tiene para una alimentación óptima para el lactante, así como un desarrollo y crecimiento correcto de éste.

Por otra parte, se ha podido conocer la actuación enfermera hacia los protocolos de lactancia materna establecidos, a través de las entrevistas realizadas.

Por último, ha sido posible hacer énfasis en la importancia que tiene la actuación enfermera en el proceso de lactancia, además hemos conocido los principales problemas que pueden surgir durante la alimentación materna y cómo evitarlos o solucionarlos, evitando así el abandono de la lactancia natural.

Palabras clave: lactancia, lactancia materna, rol de enfermería, desarrollo y crecimiento del lactante

2. ABSTRACT

Introduction: Evidence proves that for the correct development and growth of the child, especially during the infant's first 6 months, breastfeeding provides all the nutritional requirements needed until the sixth month, when complementary feeding is introduced. Thus, it is important to establish breastfeeding properly, and subsequently, to correctly monitor it in order to ensure a good baby's nutritional status.

Objective: The main objective of the study is to determine the nursing role in the establishment and monitoring of breastfeeding.

Methodology: Study with qualitative methodology, interactionist, ethnographic perspective, based on an interpretative study and from an integrative/interactive paradigm point of view. The data collection was carried out through semi-structured, individual and convenience interviews with the selected informants.

Results: Three interviews were carried out, which were subsequently coded and analyzed to obtain the conclusion of the study. There were two different categories drawn from the interviews: establishment of breastfeeding and monitoring of breastfeeding. In each category, were found subcategories: health education for patients, training for professionals, protocol, breastfeeding surveillance, evaluation criteria, favorable conditions, pain and cracks, low self-confidence, ineffective breastfeeding, mother/child separation, CPP, manual colostrum extraction, mechanical colostrum extraction, increased mother-newborn contact, prenatal education, check-ups, ineffective breastfeeding, support and protection of breastfeeding, nutritional status, complications, breastfeeding positions, emotional support, breastfeeding and return to work, low socioeconomic level, breastfeeding abandonment, difficult lactation, complementary feeding, weaning, tandem lactation, postpartum group, artificial lactation.

Conclusion: Based on the main objective proposed at the beginning of the research in along with the specific objectives, on the one hand, we have thrown light upon the role of nursing in the establishment and monitoring of breastfeeding, which is an active and involvement role, and the importance that this has for an optimal diet for the infant, as well as his/her proper development and growth.

On the other hand, it has been possible to discover the nursing performance towards the established breastfeeding protocols, through the interviews which have been carried out. Finally, it has been possible to emphasize the importance of nursing performance in the breastfeeding process. We have also found out the main problems that can arise during breastfeeding and how to avoid or solve them, thus avoiding the abandonment of breastfeeding.

Key words: lactation, breastfeeding, nursing role, infant development and growth

3. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una práctica muy habitual a nuestro alrededor, con numerosos beneficios ya conocidos y una larga historia detrás, pero a pesar de lo extendida que está su práctica en todas las culturas y a través de las generaciones, su tasa de abandono sigue siendo alta, debido en muchas ocasiones a complicaciones evitables que provocan incomodidad y molestias en la madre. La OMS recomienda un amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses de edad. Es por esto, que resulta fundamental una educación, formación y apoyo por parte de los profesionales sanitarios para conseguir una lactancia de calidad, segura y duradera.

Una alimentación óptima es la base para una buena salud y un desarrollo correcto, especialmente durante las primeras etapas de vida, como la comprendida entre el nacimiento y los primeros dos años de ésta. El hecho de no amamantar puede suponer importantes consecuencias negativas sobre la nutrición, desarrollo y salud del niño y su madre.

Tal y como se ha descrito anteriormente, se recomienda que la lactancia materna sea la alimentación exclusiva de un niño desde el momento de su nacimiento, hasta los 6 meses de vida, a partir de los cuales, se iniciará la alimentación con alimentos complementarios adecuados a cada etapa del bebé, hasta los dos años o más (33).

Actualmente en nuestro país no existe ningún sistema oficial y adecuado de control y seguimiento de la lactancia materna. Los datos que se tienen fueron obtenidos a partir de encuestas a personal sanitario de manera puntual. Por lo que, no se puede realizar un seguimiento progresivo en el tiempo, y tampoco cumple las recomendaciones de la OMS/UNICEF. Según la Asociación Española de Pediatría (AEP), en nuestro país son lactados de manera natural el 72% de los bebés hasta las 6 semanas de edad. Esta cifra se ve reducida cuando éstos tienen 3 meses a un 66%, y al 47% a los 6 meses de vida (4).

Según estos datos, la lactancia materna ha aumentado en los últimos años a nivel nacional, no obstante, las cifras se mantienen lejos de las recomendadas por la OMS, debido al abandono de la lactancia materna por causas laborales y sociales, entre otras. Además, los datos incluyen lactancia materna exclusiva y lactancia materna combinada con otros alimentos (lactancia mixta), por lo que, realmente, a los 3 meses de vida, tan sólo un 28'2% de los niños son alimentados exclusivamente con leche materna. Se observa también una reducción de la lactancia materna a los 4 meses de vida, que es cuando la madre debe reincorporarse a su vida laboral, tercera causa del abandono del amamantamiento (16). Estas cifras se han mantenido invariables durante los últimos 15 años (4).

Es por esto, que la UNICEF y la OMS decidieron lanzar la "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia" (IHAN) (39), cuya finalidad consiste en la promoción y protección de la calidad de la asistencia al nacimiento y la lactancia materna, donde el papel de los profesionales sanitarios es fundamental, tanto para expandir buenos conocimientos sobre lactancia materna a los usuarios, como para promover las buenas prácticas de ésta, y el apoyo y seguimiento de la misma, entre otros.

Ciertos estudios (27) han evidenciado la influencia positiva que tiene el papel de los profesionales sanitarios y, entre ellos, la enfermería, en la duración de una lactancia materna exclusiva de calidad. Es por este motivo que, desde la Universidad Rovira y Virgili, nos gustaría enfocar nuestro trabajo en el estudio del rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna, describiendo así las intervenciones

y actividades que realiza el personal sanitario de enfermería orientadas a fomentar y estimular el inicio y continuidad del amamantamiento.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el cumplimiento de los protocolos en enfermería a través de la entrevista a profesionales de la enfermería dedicados al manejo de la instauración y seguimiento de la lactancia materna
- Destacar la importancia de una adecuada atención e intervención enfermera en el proceso de la lactancia para evitar complicaciones y abandonos de la misma.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad y ha sido siempre un acto determinado por factores culturales y socioeconómicos, así como el significado de rol y estética de la mujer.

PREHISTORIA

Etapa que persistió desde el origen de la humanidad hasta la invención de la escritura. No existe documentación sobre cómo en esta época se alimentaba a los recién nacidos, y posteriormente infantes. No obstante, es obvio que la lactancia materna era la alimentación fundamental de estos. Por lo contrario, la humanidad no hubiera existido.

EDAD ANTIGUA

Época que empieza con la invención de la escritura y dura hasta la caída del imperio romano, en el siglo V d.C.

Durante esta etapa, en los países desarrollados en los que la sociedad estaba clasificada por jerarquías, las familias de alto rango social contrataban a mujeres de clase desfavorecida, para alimentar a sus hijos. La figura de las nodrizas era muy importante para la alimentación de los niños, ya que, sus propias madres no querían participar en la lactancia debido a que ésta era una práctica asociada a desgaste físico y envejecimiento prematuro.

Por lo general, el trabajo de una nodriza era considerado honorable. Éstas eran seleccionadas bajo criterios exigentes, y controladas durante el período de lactancia, en aspectos de estilo de vida y costumbres sexuales, entre otros.

Además, había familias que adoptaban en sus hogares a las nodrizas, para que así, pudieran alimentar a sus hijos siempre que fuera necesario. Proporcionándoles a éstas, un ascenso dentro de la sociedad, así como de nivel de vida. Había casos en los que, incluso, abandonaban a sus hijos y familias, para alimentar a los niños de alta clase.

Por otro lado, eran los maridos de las nodrizas, los que recibían la recompensa económica del trabajo de éstas, ya que se creía que eran los mayores afectados en la situación.

Por el contrario, había sociedades en las que era impuro que un niño de alta clase fuera alimentado por una nodriza, ya que ésta se consideraba extraña, y posteriormente, el ascenso del niño era negado si éste no había sido alimentado por su propia madre, la que se consideraba pura.

En Egipto, se encontraron documentos redactados durante el transcurso de este período en la historia, uno de ellos el Papiro de Ebers (uno de los documentos más antiguos que redacta la medicina egipcia), en los que se explica cómo se deben realizar los cuidados de los recién nacidos, así como posturas para lactar, enfermedades producidas a causa de la lactancia, entre otros. No obstante, también describía que la lactancia debía ser proporcionada exclusivamente por la propia madre.

Además, en Egipto, Babilonia y la India, se lactaba hasta los 3 años de vida, acto que venía determinado por la cultura, creencias y conocimientos de la población.

Es importante el papel que adquiere la mujer en esta época, debido a que no sólo desarrolla un medio económico, sino que gracias su figura, la humanidad sobrevive.

EDAD MEDIA

La edad media está comprendida entre el siglo V y el descubrimiento de América en el siglo XV.

La dependencia de una nodriza para la alimentación de los niños empieza a descender, ya que deja de ser una figura esencial en la alimentación de los bebés, pasando a determinar un símbolo de poder para las familias que tenían acceso a ellas. Además, todas aquellas mujeres que estuviesen enfermas o practicasen la religión musulmana o judía, eran excluidas de este cargo.

Se sabía de los beneficios de la lactancia materna, y que ésta era esencial en el correcto desarrollo de los infantes. Por este motivo, se empieza a hacer hincapié en que este acto, debe ser realizado por la propia madre, debido a los bienes mutuos que proporcionaba esta práctica.

En Francia, a partir del siglo XIII, se empieza a alimentar a los niños con leches de otros animales, o incluso con preparados a base de cereales.

EDAD MODERNA

Esta época empieza a partir del descubrimiento de América, en el siglo XV, y perdura hasta la Revolución Francesa en el siglo XVIII.

El descubrimiento de América implica la transmisión de sífilis en la población del nuevo continente, y la importación de la gonorrea en nuestro continente.

En la población americana, debido a razones sociales y culturales, era muy importante la práctica de la lactancia materna. Por este motivo, en la sociedad americana la desnutrición infantil y, en consecuencia, la mortalidad, eran tasas muy bajas, en comparación con nuestro continente. Estos datos eran debidos al buen desarrollo infantil, gracias a la lactancia materna proporcionada por la propia madre.

Debido a las enfermedades de transmisión sexual contraídas en ambos continentes, la práctica de las nodrizas se vio afectada, por miedo a la transmisión de estas enfermedades a los niños lactados.

Por otra parte, se empieza a plantear el vínculo materno filial que se estrecha gracias a la lactancia materna, o durante la alimentación del niño. Esto implicó que la figura de la nodriza siguiera disminuyendo, debido a la estrecha relación que se establecía entre esta y el niño gracias a la lactancia.

Debido a estos sucesos, la lactancia materna empezó a ser una práctica realizada por la propia madre.

No obstante, el sistema de alimentación a cargo de una tercera persona condujo al establecimiento de una ley de protección de las madres nodrizas, así como de garantía de recibir la remuneración de sus actos. Y por otro lado, vela por la protección de los niños implicados en el proceso.

En 1769 en París, pocos años antes de que finalizase la Edad Moderna, se creó el *Bureau des Nourrices*. Oficina de nodrizas, dependiente del gobierno francés, el cual entre los años 1770 y 1776 reunieron casi 15 mil nodrizas. Construyendo así un gran negocio que persistió hasta finales del siglo XIX.

SITUACIÓN ACTUAL

Con la llegada de la industrialización y la incorporación de la mujer al mundo laboral, la lactancia materna se vio afectada, por la sobrecarga de trabajo y tareas de las madres.

A mediados del siglo XIX se buscó un sustituto de la leche materna con tal de poder alimentar a los niños de manera más rápida y cómoda, y también para sustituir a las madres nodrizas. Fue cuando un químico comerciante suizo, Henri Nestlé, lanzó al mercado una combinación de agua, azúcar, harina de maíz y leche de vaca, constituyendo así un sucedáneo de la leche materna.

En una época sin control ni políticas que regularan ni favorecieran la lactancia materna, este tipo de alimentación fue prácticamente sustituido por casi todas las mujeres, siendo su elección, la lactancia artificial, con fórmulas que creían mejores que la leche materna. Además, de ser un acto mejor visto en sociedad.

A causa de la desnutrición, el sobrepeso y la mala nutrición que afectó al correcto desarrollo de los niños, en el siglo XX, y la morbimortalidad que comportó, se inicia un plan para la promoción de la lactancia materna.

En 1979 la OMS-UNICEF elaboró una declaración para la promoción de la lactancia materna. Iniciativa que se estableció a nivel mundial, componente fundamental de la cual, eran los *Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural*.

Además, se creó un código para reglamentar el comercio de la leche de fórmula.

En 1991, la OMS-UNICEF propusieron la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*, que nuestro país aplicó a partir de 1992 (3) (19)

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora posterior al parto
5. Mostrar a las madres como se debe lactar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos
6. No dar a los recién nacidos, más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite
9. No dar a los niños alimentados a pecho, ni tetinas ni chupetes artificiales
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos en su salida del hospital o clínica (32).

5.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA MUNDIAL Y EN NUESTRO PAÍS

INTRODUCCIÓN

La alimentación materna es seguramente la intervención sanitaria que, a base de unos bajos costes económicos, logra mayores beneficios sobre la salud del lactante y posteriormente niño y adulto. Es la razón por la que, dentro de las medidas de promoción de salud mundial, la OMS y la UNICEF acogieron la Estrategia Mundial para la alimentación óptima del lactante y niño pequeño en 2002. Estrategia que recomendaba el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, y la continuación de este tipo de alimentación de manera exclusiva durante los seis primeros meses de vida, siendo complementada a partir de esa edad, con la introducción de los demás alimentos, hasta los dos años de vida. Sin embargo, casi un 85% de las madres, a nivel mundial, no siguen estas recomendaciones, y tan sólo un 35% de los lactantes menores de cuatro meses, son alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) (24).

Para evaluar qué medidas de promoción y apoyo a la lactancia materna (LM) son necesarias para conseguir el cumplimiento de la estrategia anteriormente descrita, es fundamental conocer la prevalencia, duración y características de LM en cada país, sugiriendo la recogida periódica de datos.

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

Es importante el inicio de la LM durante la primera hora de vida, ya que, según estudios, ayuda a establecer la LME y se relaciona con una mayor duración de ésta. Además de influir en la colonización intestinal del neonato por bacterias beneficiosas procedentes de la madre (microbiota y microbioma), ayudándole a tener un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida, así como a luchar contra enfermedades, a digerir mejor los alimentos y a regular su sistema inmunológico.

A pesar de la importancia de esta práctica, y a partir de los datos existentes, se observa que menos de la mitad de los neonatos, a nivel mundial, inician la lactancia materna dentro de la primera hora postparto.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 0-5 MESES

Actualmente, la situación refleja que, se inicia la LM de manera mayoritaria en casi todos los países, no obstante, durante los primeros meses de vida se observa un descenso progresivo.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF muestran que globalmente, solamente un 43% de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida.

En Europa, los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos, con un porcentaje de casi el 100%. A pesar de esta cifra, a los 6 meses de vida, sólo un 20% de los niños eran alimentados con LME. Muy lejos del objetivo de la OMS (50% LME a los 6m).

En aquellos países en los que se dispone de datos evolutivos, se observa que la tasa de LME a los 6 meses, entre 1995 y 2015 se incrementó a nivel global pasando del 24,9% al 43%.

En las zonas de Europa con datos disponibles únicamente hasta el 2008, también hubo un aumento, pero sólo del 19% al 27%.

En España, no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden en gran parte de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Además, el sistema de registro de alimentación infantil incluye tanto a los niños alimentados con lactancia materna exclusiva, como a los que se combina lactancia materna con otros tipos de alimentos, dificultando así saber cuáles son las cifras reales para ambos tipos de alimentación (9). Por otra parte, no son utilizados ni los indicadores, ni la metodología recomendados por la OMS. Cosa que dificulta la comparación con los demás países. Teniendo en cuenta estas limitaciones, la tasa de LM en nuestro país a las 6 semanas, se ha mantenido bastante estable, con cifras globales alrededor del 71%. Mientras, se observa en los últimos 15 años, un aumento progresivo de las cifras de LM a los 3 y 6 meses de vida, de un 66'5% y un 46'9% respectivamente. Por otra parte, el porcentaje de LME a los 6 meses en el año 2012 se situaba en torno al 28'5%, cifras similares a las del resto de Europa, pero lejanas a las recomendaciones de la OMS-UNICEF.

LACTANCIA MATERNA AL AÑO Y 2 AÑOS DE VIDA

A nivel mundial las tasas de LM al año de vida son del 74%, disminuyendo hasta un 46% a los 2 años de vida.

Para todos los intervalos de edad los porcentajes más altos los presentan los países del África Subsahariana y del Sur de Asia, donde casi el 70% de los niños siguen siendo alimentados con LM a los 2 años de vida. A diferencia del Este de Asia, Europa Central y del este, y Latino América-Caribe, donde solamente el 50% de los niños siguen siendo amamantados al año de vida, cifra que se reduce por debajo de un 30% a los 2 años.

UNICEF no dispone de datos de los países con mayores ingresos. Pero según la estimación de un estudio reciente, sólo un 20% continúa con LM al 1 año, habiendo diferencias según países (27% EE. UU. 35% Noruega, 16% Suecia, <1% UK). Además, no se dispone de datos a los 2 años de vida.

LACTANCIA MATERNA SEGÚN LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Comparando las tasas de LM con los ingresos económicos de cada país, se observa que son mayores las tasas de LM en los países con menores recursos. En cuanto a la prevalencia de la LM dependiendo de las diferentes clases sociales de un país, se percibe que, en los países de menores recursos, las clases sociales que realizan una continuidad mayor de la LM son las más bajas; a diferencia de los países con mayores recursos, en los que las familias de clase socioeconómica más alta, y mejores niveles educativos, son las que más amamantan y durante más tiempo.

Nuestro país no dispone de un sistema efectivo de monitorización de la instauración y seguimiento de la LM. Además, se requiere de más medidas para aumentar las tasas de inicio y duración de la LM. Una de las medidas importantes es incidir en un mayor apoyo y refuerzo positivo por parte del personal sanitario (4).

CÓMO OBTENER ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA

IHAN exige que la alimentación de los neonatos sea con lactancia materna exclusiva, en al menos, el 75% de los casos.

Lejos de esta exigencia y de las recomendaciones de la OMS y UNICEF en cuanto a la alimentación de los niños, la IHAN decide realizar recomendaciones de la realización

del seguimiento de la lactancia materna exclusiva con el objetivo de mejorar la salud de las madres y sus hijos, promoviendo así, una mejor alimentación infantil de acuerdo con las indicaciones de la OMS y UNICEF.

Con el propósito de mejorar el sistema de monitorización y seguimiento de la LME en nuestro país, describe un seguido de sugerencias para aumentar y mejorar el seguimiento de la alimentación de los lactantes.

La metodología de recogida de datos propuesta por la IHAN es la siguiente:

- Para empezar, deberá registrarse si el recién nacido es a término o sano.
- El tipo de alimentación del neonato debe ser registrada en la historia clínica del niño, la madre, o ambos. De igual modo que si se administra algún tipo de suplemento, la causa por la que se administran y el modo de administración (entendiendo por suplemento cualquier líquido administrado diferente a la leche materna, así como agua, leche de fórmula, líquidos rituales...).
- Por otra parte, debe registrarse si la lactancia materna es contraindicada y el motivo de su contraindicación.

De este modo, proporciona modelos de informes para un correcto seguimiento de la alimentación de los lactantes (21).

5.3. CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

A pesar de que las recomendaciones de la OMS acerca de la LM exclusiva inciden en la importancia de que ésta dure por lo menos 6 meses, como ya hemos podido observar, son numerosas las mujeres que no siguen estas recomendaciones.

Son diversas las causas que empujan a las madres al abandono temprano de la LME, pero se pueden establecer unos puntos en común entre todas ellas. Numerosos estudios recientes, evidencian que las principales causas de abandono de la lactancia materna exclusiva se deben, sobre todo, a la incorporación de la mujer al trabajo, seguido de indicaciones médicas debido a bajo peso del lactante o producción insuficiente de leche materna (37).

La baja por maternidad y la incorporación de las mujeres al trabajo, ha sido señalado en varios estudios como uno de los principales motivos para el cese de la LM. Principalmente, debido a la falta de tiempo libre del que las mujeres disponían durante la baja por maternidad, donde disfrutaban de mucha más disponibilidad para realizar tomas a demanda, la dificultad de compaginar horarios, disminución del número de tomas, descenso en la producción de leche y estrés. Ciertos estudios evidencian el impacto positivo en la prolongación de la baja por maternidad y la duración de la LM (36).

Muchas de las mujeres que no se inician en la práctica de la LM, lo hacen por desconocimiento sobre ésta y sus beneficios, tanto para el recién nacido como para ellas mismas, o por falta de información. Estos casos podrían reducirse con una atención sanitaria adecuada hacia las madres.

Un importante factor influyente en la duración de la LM y destacado en la mayoría de los artículos, es la edad de la mujer y su nivel de formación. Estudios confirman que las mujeres jóvenes (<20 años) son más propensas a dejar de amamantar que las mujeres con más edad, al igual que las mujeres con menos nivel de estudios. Un nivel de estudios más elevado ha sido relacionado en varios artículos con una mayor duración de la lactancia materna, estando este también relacionado con un mayor estatus socioeconómico, el cual se considera factor protector ante el abandono de esta práctica.

Se cree que esto es debido al mayor nivel de información del que disponen, y mayor nivel de razonamiento crítico frente a presiones externas (familia, sociedad...) (37) (36) (34) (12).

Otros estudios, obtienen como factor importante frente a la duración de la lactancia, el hecho de tener experiencia previa en la misma. Cuando las mujeres han dado el pecho en una ocasión anterior durante más de tres meses, son más propensas a continuar con la lactancia, y más especialmente cuando la experiencia acerca de ésta ha sido positiva. En cambio, aquellas madres primíparas, son más propensas a abandonarla. Para prevenir esta situación, es fundamental que la mujer disponga de suficientes conocimientos sobre la lactancia. Una correcta técnica, con una postura cómoda para la madre, así como un buen agarre y succión del bebé, son fundamentales para que ésta sea próspera y duradera, ya que se disminuirán considerablemente las complicaciones asociadas a esta práctica. Los problemas en las mamas, tales como el dolor, mastitis, grietas... se asocian con una disminución de la LME en el primer mes post parto (12).

Por otra parte, cabe destacar que, en cuanto al uso de pezoneras, son escasos los estudios que se han encontrado sobre el impacto que puede tener el uso de éstas en la duración de la LM, pero una tesis publicada en el 2017 demuestra que su uso durante los primeros días postparto disminuye la duración de la LM, al igual que el uso del chupete en el puerperio temprano (12).

Otras causas que conducen a las mujeres a abandonar la LME son la vivencia de partos traumáticos, cesáreas, embarazos no planeados, depresión post parto, escasa ayuda en el cuidado del bebé o víctimas de violencia de género. En un estudio realizado en 2013 en la comunidad de Aragón, las mujeres que vivenciaron un parto eutócico o instrumentado tenían más posibilidad de continuar con la LM después del mes post parto que aquellas a las que se les realizó cesárea (7).

Así mismo, un estudio realizado en 2016 en Madrid, donde se indaga acerca de las motivaciones por parte de las mujeres españolas para llevar a cabo una lactancia materna, refieren que los principales motivos para abandonar la LM por la LA, son: la incorporación inmediata de la mujer al trabajo, falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios, separación de su hijo/a (ya sea por circunstancias maternas o del recién nacido), preferencia por la lactancia artificial (LA), no considerar necesaria la LM, y por seguir recomendaciones profesionales, entre otros (7).

5.4. PATRÓN DE CRECIMIENTO DEL LACTANTE SANOS

Según el nuevo patrón de crecimiento infantil, OMS, 2007, basado en niños alimentados con lactancia materna, todos los niños tienen la misma capacidad de crecimiento hasta los 5 años de vida. Dependiendo el crecimiento y desarrollo, hasta esa edad, de la nutrición, el medio ambiente y la atención sanitaria que reciben.

En 1990 se realizó un estudio para evaluar el crecimiento de lactantes sanos alimentados con lactancia materna, representando así el grupo más fisiológico debido al tipo de alimentación.

En realizar el estudio el crecimiento de los lactantes mostraba un crecimiento negativo respecto el patrón de referencia, NCHS/OMS. Los expertos explicaron el suceso de la siguiente manera: inicialmente, los lactantes alimentados a pecho, a partir del segundo mes de vida, necesitaban nutrientes adicionales, ya que el estudio mostraba que la alimentación de estos era insuficiente, a partir de esta edad, para el cumplimiento del patrón de crecimiento del que se disponía (NCHS/OMS).

No obstante, teniendo en cuenta los beneficios que proporciona la lactancia materna, se dedujo que el patrón de crecimiento fisiológico que se sostenía no era coherente.

El estudio presentaba problemas en el patrón de crecimiento de la NCHS/OMS. La limitación más importante fue que el patrón establecido se basaba en lactantes de Estados Unidos alimentados con lactancia artificial y con unas pautas de alimentación de hacía más de 30 años.

Concluyendo que el patrón de crecimiento de referencia era incorrecto, y que por lo tanto podía provocar la toma de decisiones erróneas en el manejo nutricional de los lactantes, la OMS decidió elaborar un nuevo patrón de crecimiento fisiológico. En 1995, la OMS creó un grupo de expertos para la elaboración del nuevo patrón, haciendo que éste fuera estandarizado y, por lo tanto, de referencia para el seguimiento del crecimiento de los lactantes. Se realizó un estudio basado en datos antropométricos, de desarrollo motor y en características socioeconómicas, demográficas, ambientales, además de factores perinatales, morbilidad y prácticas de alimentación.

El estudio recogió datos de lactantes a nivel mundial, con el objetivo de aplicarlo de la misma manera. De este modo, el nuevo patrón de la OMS, publicado en 2007:

- Indica cómo deben crecer los niños y niñas
- Establece la alimentación materna como “norma” biológica y el lactante alimentado con lactancia materna como modelo de crecimiento saludable
- Proporciona un conjunto de indicadores de crecimiento que permiten comparar parámetros como peso, longitud (hasta los 2 años) y talla (mayores de 2 años)
- Aparece por primera vez IMC normalizado para niños hasta los cinco años, particularmente útil para la vigilancia de la obesidad infantil
- Tiene validez mundial y debe aplicarse en todos los países
- Es un instrumento importante para profesionales de la salud

5.5. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL LACTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un retraso del crecimiento durante el primer año del niño puede ser consecuencia de alteraciones renales, gastrointestinales, cardiopatías congénitas, alteraciones respiratorias y hormonales, infecciones de repetición, síndromes de malformación y patología psicosocial (11).

Según evidencias, la prevención primaria y la identificación e intervención precoz de trastornos nutricionales durante los dos primeros años de vida contribuyen al desarrollo sano y productivo del niño (1).

En el ámbito de la atención primaria los profesionales encargados de la valoración nutricional y del desarrollo del niño son pediatría y enfermería. El objetivo principal de la valoración nutricional y el desarrollo es la detección de posibles patologías, además de la recomendación de pautas correctas para la alimentación.

Con tal de realizar una buena valoración del estado nutricional, se realiza una exploración física y antropométrica, que posteriormente es registrada en la historia clínica del niño, con el objetivo de realizar un buen seguimiento.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

El fin de la valoración nutricional en atención primaria es controlar el estado nutricional y en consecuencia el crecimiento del niño sano. Paralelamente se deben identificar posibles desviaciones, como trastornos nutricionales, para poder evaluarlos y orientar el tratamiento, si fuese necesario. Y establecer en todo momento recomendaciones nutricionales para una alimentación adecuada del lactante.

La historia clínica es una herramienta muy útil para el seguimiento del niño, de este modo, recogerá todos los ítems relacionados con la nutrición de éste:

- Evolución de la gestación y el parto, información que será proporcionada por la comadreja
- Peso y talla en nacer, reflejando siempre si eran adecuados en relación con la edad gestacional
- Tipo de lactancia
- Cronología de la alimentación complementaria y tolerancia de ésta
- Sueño y calidad de éste
- Actividad física del niño

Por otro lado, dentro del registro del paciente, se incluirán los antecedentes familiares, importantes para conocer las enfermedades hereditarias y/o crónicas, muertes precoces y, por último, situación nutricional de los padres y desarrollo de estos en su infancia.

También se anotará siempre el desarrollo del niño, incluyendo así la evolución del peso, talla y perímetro craneal, mediante gráficas individuales y percentiles.

Por último, se deberá hacer una valoración de la ingesta, así como las alteraciones del ritmo intestinal, si presenta vómitos, dolor abdominal, rechazo a la ingesta, irritabilidad con relación a las tomas de alimento, la actitud delante de la comida, etc. Se puede realizar un registro de ingestas, el cual nos aporta datos muy valiosos en cuanto a cantidad y calidad de la alimentación del niño. Y de este modo saber si la ingesta es adecuada para la edad y el sexo del niño. Disponemos de tres técnicas para una recogida de datos de ingesta:

- Recuerdo de 24 horas: los padres hacen un recuerdo de los alimentos y cantidad de éstos ingeridos el día anterior a la consulta
- Registro de varios días: consiste en que los padres apunten, durante un período determinado por los profesionales de pediatría y/o enfermería, los alimentos ingeridos y las cantidades
- Cuestionario de frecuencias: es la recogida de los alimentos ingeridos durante un período determinado, organizándolos por grupos de alimentos y mencionando la frecuencia de ingesta de cada uno.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Para la valoración del estado físico del niño, se recogen datos de parámetros de constitución, presencia de alteraciones (distensión abdominal, hipotrofia de nalgas, palidez cutánea y alteración de mucosas o esmalte dental) y desarrollo puberal. Estos parámetros orientarán sobre el estado nutricional del niño (*Ver anexo 2*).

MÉTODO ANTROPOMÉTRICO

Para la valoración de las proporciones y composición corporal, la medida más accesible en consulta de atención primaria, ámbito en qué se realiza periódicamente la valoración del estado general del niño, es el método antropométrico.

Es una técnica de valoración nutricional sistematizada en atención primaria. Las medidas antropométricas, una vez recogidas en cada visita, serán representadas en percentiles y comparadas con las medidas estándar de referencia (patrón establecido por la OMS en 2007). A partir de aquí, el profesional pediatra y/o enfermero tendrá la capacidad de evaluar el estado nutricional del niño.

Dentro de las medidas antropométricas, las más usadas son el peso, la talla o longitud y el perímetro craneal (se mide hasta los tres años).

Por último, para complementar la valoración nutricional del niño y en muchos casos, diagnosticar la desnutrición o obesidad, tenemos el método bioquímico. La medida de

determinadas sustancias en sangre o orina pueden aportar información sobre el estado de algunos nutrientes del organismo (20). (Ver anexo 3).

5.6. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

5.6.1. VALORACIÓN PRENATAL

Para conseguir una lactancia materna exclusiva de calidad, y de una duración óptima en lo que se refiere a las recomendaciones, el personal sanitario debe comenzar a trabajar en ello desde mucho antes del nacimiento.

La valoración de la lactancia se comienza antes del parto. De esta forma, cuando este momento llegue, la mujer ya deberá contar con la suficiente información sobre este procedimiento y seguramente ya tenga una decisión tomada acerca de dar o no el pecho a su recién nacido, así como las posibles complicaciones que pueden ir surgiendo.

Será la matrona de su centro de salud, quien se encargue de aportar toda esta información y trabajar estos aspectos con la mujer. En esta valoración prenatal de la lactancia, es importante que el profesional sanitario conozca la predisposición de la mujer a amamantar, así como su aptitud, actitud, nivel de seguridad y confianza en sí misma, la cantidad de apoyo del que dispone, y es importante que se comiencen a valorar posibles complicaciones, problemas y obstáculos. Es importante conocer también si esa mujer tiene más hijos, si es su primera lactancia o no, cuál es su trabajo y si dispondrá de una forma fácil de conciliar éste con su lactancia.

Durante este periodo, la matrona irá resolviendo todas las dudas que puedan ir surgiendo a cada mujer, incentivándola a elegir una LM exclusiva y haciendo constar a la mujer de las últimas recomendaciones y evidencias en torno a esta práctica, para que sea conocedora de que es la mejor opción, más saludable, práctica y económica para su recién nacido.

5.6.2. INICIO DE LA LACTANCIA

Las últimas evidencias respaldan que un inicio precoz de la lactancia materna es fundamental en la duración y calidad de ésta. Siempre y cuando la parturienta y el recién nacido estén sanos y no haya habido ninguna incidencia, se colocará al recién nacido lo más pronto posible sobre su madre, en contacto piel con piel (CPP) independientemente del tipo de parto que hayan tenido (35).

Desde la estrategia IHAN se establece que será la primera hora post parto donde se iniciará la lactancia, antes incluso de cortar el cordón umbilical, favoreciendo un entorno tranquilo y sin presión para la madre. Durante esta hora, el recién nacido se mantendrá alerta y tendrá un intenso reflejo de succión, por lo que, de esta forma, mediante el contacto piel con piel, el bebé empezará a buscar el pecho de su madre, guiado por sus sentidos, oliéndola y tocándola, para poco a poco comenzar con la lactancia.

Es importante mantener al bebé en CPP hasta la finalización de la primera toma, evitando la separación con su madre. Durante este tiempo, será la matrona quien mantenga una vigilancia del recién nacido (sin interferir en la lactancia) registrando sus signos vitales tales como el color, respiración, tono y frecuencia cardíaca (22).

Se pueden aprovechar estos momentos para realizar las pruebas rutinarias al recién nacido tal como el Apgar, así como la profilaxis ocular y la administración intramuscular de Vitamina K, la cual, al ser un procedimiento doloroso para el bebé, nos podremos beneficiar del efecto analgésico que la lactancia aporta. Es una buena idea esperar unas dos horas después de haber iniciado el contacto piel con piel para realizarlo, según la AEPED (26).

Este contacto inmediato e ininterrumpido es importante para la creación del vínculo materno-filial, además de haber demostrado aumentar la duración de la lactancia

materna exclusiva, así como reducir la molestias en las mamas a las 48-72h post parto, según la Guía de Práctica Clínica sobre LM (17).

El contacto piel con piel precoz, por tanto, demuestra ser una opción válida y recomendable actualmente, así como segura, en cualquier tipo de parto. Además, aporta normalidad a la experiencia de los partos por cesárea y favorece la lactancia en estos casos, donde suele ser menos efectiva. Por otra parte, es una opción económica, ya que no se necesitan recursos para realizarlo, salvo la vigilancia de un profesional sanitario.

Se recomienda, a su vez, que el recién nacido sea colocado desnudo, boca abajo y con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho también desnudo de la madre. Para no perder calor, es necesario utilizar un gorro y una manta.

5.6.3. VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA

Será el personal de enfermería de la planta quien se encargue de la instauración de la lactancia en las primeras horas post parto y antes del alta. Para que ésta sea correcta y se eviten problemas tanto en la parturienta como en el recién nacido, será necesaria una valoración exhaustiva por parte de lo/as enfermero/as, vigilando las lactancias con frecuencia, para detectar posibles errores de posición o agarre, y prevenir complicaciones. El personal se mantendrá en todo momento a disposición de las madres para que manifiesten todas sus dudas y preocupaciones. En caso de que haya alguna complicación, se aportarán las soluciones necesarias en cada caso.

En el protocolo de Lactancia Materna en la Hospitalización del Servicio Madrileño de salud, podemos observar la actuación en la planta de maternidad que hacen en los hospitales de referencia en cuanto a Lactancia, tales como el Hospital 12 de Octubre. En el protocolo se especifican las siguientes actuaciones de enfermería:

- Comprobar que la madre ha sido informada y conoce los beneficios de la lactancia materna
- Preguntar si desea LM o LA
- Valorar si existen contraindicaciones para llevar a cabo la LM
- Prever posibles complicaciones y necesidad de apoyo en la LM
- Favorecer el CPP independientemente del tipo de lactancia elegida por la madre
- Enseñar a la madre cuales son los signos que muestran hambre en el recién nacido (chupeteo de manos, mover la lengua, bostezo, apertura ocular...) antes de que el bebé llore
- Evitar la separación entre la madre y el recién nacido
- Aconsejar sobre mantener un ambiente tranquilo en la habitación, limitando las visitas en la medida de lo posible, lo cual favorecerá la comodidad de la madre para amamantar
- Educar en todo momento sobre lactancia materna, especialmente abordando temas como: la higiene de las mamas, buscar posiciones cómodas, instruir en una buena técnica de amamantamiento.
- Explicar que la lactancia debe ser a demanda, pero garantizando de 8 a 12 tomas diarias
- Animar a la madre y fomentar su autoestima y confianza en sus capacidades
- Evaluar la toma, preferiblemente una vez por turno (a continuación se explican criterios de valoración), corrigiendo posibles errores en el agarre o postura
- Identificar complicaciones y aportar soluciones (estimulación y extracción de leche en caso de toma ineficaz)
- No se administrará suero, agua u otro tipo de suplemento al recién nacido amamantado a no ser de que exista prescripción médica

- No se entregará a las madres tetinas o chupetes, y se explicará que es conveniente no usarlo hasta que la lactancia no esté establecida
- Registro en la historia clínica de todos los datos.

En cuanto a las contraindicaciones absolutas para comenzar la LM, encontramos:

- Infección materna por VIH
- Infección materna por el HTLV-1
- Galactosemia del recién nacido
- Medicaciones que contraindiquen la lactancia
- Consumo de cocaína, heroína y marihuana. No, en cambio, la metadona.

Existen otro tipo de situaciones que exigen una valoración individualizada por parte del médico, como son, por ejemplo: enfermedades infecciosas, enfermedades psiquiátricas, epilepsia, procesos oncológicos... (23).

5.6.4. CRITERIOS DE VALORACIÓN PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA

La base para alcanzar una buena lactancia materna de calidad y duradera, es conseguir una instauración adecuada, con una correcta postura y agarre del bebé, para que sea cómodo para ambos y no se produzcan lesiones ni otros inconvenientes.

Para esto, la guía de Cuidado Postnatal de la National Institute for Clinical Excellence (NICE), establece unos criterios a observar por parte del profesional sanitario para poder valorar la lactancia. Estos serían:

- Indicadores de un correcto agarre y posición:
 - Boca abierta
 - Observar menos areola por debajo de la barbilla que por encima del pezón
 - Barbilla pegada al pecho, labio inferior hacia adentro y nariz sin presionar el pecho
- Que no haya signos de dolor
- Indicadores de una buena alimentación:
 - Se escucha la deglución, pero sin ruidos sonoros tipo “chasquidos”
 - Succión con ritmo y sostenida
 - Extremidades relajadas
 - Boca húmeda
- Indicadores en la mujer:
 - Mama blanda después de la toma
 - Pezón sin comprimir, que no esté “aplastado”
 - Sensación de relajación y sueño

Además de estos puntos, hay algún otro indicador que nos ayudará a conocer si la lactancia está siendo adecuada, por ejemplo, que se utilicen ambos pechos hasta que la lactancia esté correctamente instaurada, objetivar signos de saciedad en el lactante (adormilado, relajado...), que el lactante no se resbale del pecho, observar señales (feeding cues) que indican disposición del lactante a mamar, la correcta realización de deposiciones y micciones. Además, también será un indicador fundamental valorar la pérdida ponderal de peso en el lactante, la cual, durante los primeros tres días debería ser menor al 7%, para, posteriormente, ir ganando peso (unos 20-35 gr al día a partir del quinto día de vida).

La estrategia IHAN recomienda la observación y valoración de una toma completa por un profesional cualificado, para ayudar a corregir y detectar posibles complicaciones. A partir de este momento, se deberán realizar evaluaciones cada vez que sea necesario, y éstas es aconsejable que sean estandarizadas y queden correctamente registradas.

Durante la hospitalización, se vigilará constantemente al recién nacido, y se pesará diariamente, para observar que la pérdida de peso está dentro de los parámetros comentados con anterioridad. En caso de no ser así, se valorará el caso individualmente, identificando las posibles causas. En algunos recién nacidos bastará con aumentar la frecuencia de tomas o mejorar la calidad de éstas, mientras que, en otros, puede que sea necesaria una suplementación, pero esta será siempre por orden médica (17).

5.6.5. PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE LA INSTAURACIÓN

Durante los primeros días post parto pueden aparecer ciertos problemas relacionados con la lactancia. Es importante que el profesional ayude a prevenir estas situaciones y aprenda a identificar los signos y síntomas precoces. Los principales problemas que pueden aparecer en los primeros días son:

Dolor y grietas

El dolor es la complicación más habitual que las madres sienten cuando están iniciando la lactancia. En la mayoría de las veces es ocasionado por una mala técnica o un mal agarre del bebé, lo cual deberá ser prevenido por el profesional en las sucesivas valoraciones de la LM, para evitar complicaciones mayores como las grietas. En estos casos, se recomienda:

- Que la madre haya recibido información prenatal acerca de técnicas de posicionamiento y agarre
- Compresas de agua tibia para aliviar el dolor
- No existe evidencia acerca de la efectividad de los discos protectores, tetinas, aerosoles, apósitos de hidrogel
- Administración de analgesia
- En caso de necesitarlo, realizar extracción manual o sacaleches y utilizar un método sin tetinas para administrárselo al bebé

En caso de grietas:

- Observar los pezones y, en caso de que las grietas se presenten únicamente en uno de ellos, empezar la lactancia siempre por el pecho contrario para que posteriormente amamante del pecho afectado con menor fuerza
- Identificar posibles errores en técnicas y posición y corregir, modificar posturas
- No utilizar cremas ni pomadas específicas, seguir el aseo habitual
- Mantener los pezones secos
- En caso de tener que utilizar pezoneras, que sea durante el menor tiempo posible
- En caso de necesitarlo, realizar extracción manual o sacaleches y utilizar un método sin tetinas para administrárselo al bebé

Ingurgitación mamaria

Cuando la madre produce más leche de la que el recién nacido utiliza, se produce una acumulación en el pecho de la madre, provocando inflamación, aumento de tamaño y dolor. En estas situaciones, lo que se recomienda es:

- Aplicar compresas templadas antes de la lactancia, para favorecer la salida de la leche
- Extracción de leche tras las tomas
- Vaciar el pecho antes de ofrecérselo al lactante

- Si tras la toma la mujer no se sienta aliviada, realizar extracción manual o sacaleches y utilizar un método sin tetinas para administrárselo al bebé
- Aliviar el dolor entre tomas aplicando compresas frías
- Si se mantiene el dolor, administrar analgesia y/o antiinflamatorios. No se aconseja valorar abandonar la lactancia (15).

5.7. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Para un adecuado seguimiento y establecimiento de la lactancia materna es importante que el equipo sanitario multidisciplinar, que atiende tanto a la madre como al bebé, estén coordinados. Además, es imprescindible que el mismo esté bien formado y siga de igual manera los protocolos y objetivos planteados para cada paciente, teniendo así una idea unánime sobre la alimentación de cada niño. De este modo se conseguirá que la madre tenga confianza de que la lactancia materna es la mejor elección para su hijo, y se evitará confusión y riesgo de abandono de la LM (25).

En caso de que la madre decida lactar a su hijo de manera artificial, se deberá indagar siempre en los motivos que ésta tiene para no alimentar al bebé con leche materna, debido a que en muchas ocasiones las causas son el desconocimiento de los beneficios que la lactancia materna aporta, experiencias dificultosas en lactancia materna previas o a causa de consejos equívocos del entorno. En todo caso, si la madre decide seguir con la idea de alimentar a su bebé con sucedáneos de fórmula deberemos respetarlo siempre, proporcionando consejos y recomendaciones basados en evidencia con tal que el crecimiento y desarrollo del niño sea correcto (30).

5.7.1. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA DE 1 A 6 MESES DE EDAD

Dada el alta hospitalaria de madre y su recién nacido, desde el centro de atención primaria se deberá facilitar una primera visita antes del 5º día postparto. Se debe recomendar que la madre venga acompañada por el padre de su hijo o alguna figura familiar de soporte.

En esta primera visita se realizará una anamnesis materna incluyendo datos del período gestacional y postparto, así como antecedentes de la madre. También se deberán tener en cuenta los miedos, preocupaciones, estado de ánimo de la madre, ambiente familiar y si ésta posee un soporte social adecuado para poderse centrar en el buen cuidado de su hijo.

Posteriormente, se realizará una exploración física del neonato, valorando el aspecto y turgencia de la piel y el tono muscular, para poder valorar su estado nutricional.

Para valorar el estado nutricional del bebé será esencial saber el tipo de alimentación de éste. Si los padres han optado por una lactancia artificial todo y saber sobre los beneficios de la lactancia materna, se les proporcionarán consejos y recomendaciones para una alimentación adecuada.

Si, por el contrario, los padres han decidido la lactancia materna para alimentar a su bebé, se realizará una evaluación conjunta de la madre y el lactante para valorar la ingesta, realizando una observación de la toma de leche.

La estrategia IHAN indica que para la realización de una valoración adecuada de la lactancia materna se deben detectar los signos de amamantamiento eficaz, además, según las guías de práctica clínica, observar una toma completa es importante para comprobar y conocer si existe una adecuada alimentación. Además de así poder diagnosticar posibles dificultades. Por lo tanto, la valoración de la toma ha de ser

realizada para comprobar que la transferencia láctea sea correcta, valorando la postura, la succión y el agarre del lactante al pecho.

Se aprovechará la observación para preguntar a la madre sobre el número de tomas y duración de estas, si el bebé queda relajado o no tras la toma y si éste suelta espontáneamente el pecho, además del número de micciones y/o deposiciones al día y las características de estas.

OBSERVACIÓN DE LA TOMA:

Para valorar una postura correcta del lactante al pecho, el lactante deberá estar bien alineado frente al pecho, con la boca bien abierta y el labio inferior revertido, y la barbilla tocando el pecho de la madre. Además, la boca de éste deberá abarcar gran parte del pecho, incluyendo el pezón y parte de la aréola de la madre. Mientras el niño succiona, se tiene que observar las mejillas llenas y oírle deglutir. Las mamadas deberán ser lentas y profundas, con pausas. En terminar, el lactante debe soltar espontáneamente el pecho, quedando así relajado y saciado. La madre debe mostrarse relajada y cómoda sosteniendo al niño manteniendo el contacto de ambos. Además, se observará contacto visual entre la madre y el lactante.

En cuanto a los signos de transferencia eficaz de la leche, se deberá observar humedad alrededor de la boca del niño y como éste progresivamente va relajando los brazos y las piernas. A medida que el niño lacta, el pecho se va ablandando. Además, se observarán signos del reflujo de eyección, saliendo leche del otro pecho y quedando la madre relajada o con sensación de somnolencia. También, puede provocar contracciones uterinas y loquios durante el amamantamiento.

La observación de la toma será registrada en la HC del niño. Durante la observación de la toma se deberán identificar y corregir las posturas incorrectas, y detectar precozmente signos de lactancia ineficaz y educar a los padres para reconocerlos y así poder superar los riesgos para una lactancia eficaz:

- Si se observa una pérdida de peso continuada (deberá ser mayor al 7% respecto al peso en nacer, siendo la pérdida continuada después del 3^{er} día y que no haya empezado a ganar peso a partir del 5^o día)
- Si se observan menos de tres deposiciones al día, una deglución no audible durante las tomas también es signo de lactancia ineficaz

En cada consulta se deberá mostrar interés por la lactancia del bebé, tanto sea artificial como natural. Y se tendrá que dar apoyo continuo a la madre, para que esta confíe en que puede alimentar adecuadamente a su hijo. Además, se le comunicará que en cualquier momento que precise ayuda con la lactancia o presente complicaciones o dificultades, acuda al centro de atención primaria para valorar la situación y solucionarla. De este modo, se evitará el abandono de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES PARA UNA CORRECTA LACTANCIA MATERNA:

Se recomendará a los padres lo siguiente:

- La lactancia deberá ser a demanda, el lactante acabará estableciendo sus horarios, realizando unas 8-12 tomas de leche cada día, durante al menos las 6 primeras semanas.
- Siempre se deberá vaciar primero un pecho antes de pasar al segundo. No obstante, si la lactancia está siendo correcta, el niño se soltará espontáneamente en acabar un pecho para pasar al otro

- No deben tener la idea de que la leche que la madre produce es insuficiente, a cuanta más succión más producción de leche, por lo tanto, deben evitar administrar al niño, hasta la edad de 6 meses, nada más que la leche materna, ya que la introducción de sucedáneos de leche o suplementos contribuye a la disminución de la producción de leche materna y consecuentemente al abandono de ésta. Además, si es necesario se debe recomendar la estimulación del pecho y la extracción de leche en caso de leche insuficiente o en exceso y succión ineficaz del lactante
- Para facilitar las tomas nocturnas aconsejar dormir en la misma habitación que el bebé o incluso que éste duerma en la cama de los padres, siempre de forma segura.
- Para el cuidado mamario se deberá realizar la higiene habitual, siendo la ducha diaria suficiente, y secando bien posteriormente. Se deberán evitar jabones o productos que puedan dañar la zona mamaria
- Se deberá avisar a los padres sobre los brotes de crecimiento (se debe a un aumento del número de tomas que necesita el bebé) para ofrecer soluciones: amamantar frecuentemente y a demanda, incluso durante la noche. Explicar, que esto sucederá cada 4-6 semanas durante los 6 primeros meses, y es menos frecuente durante el segundo trimestre. La frecuencia de las tomas normalmente disminuye con la edad del niño, no obstante, se debe informar a los padres que no siempre es así.

El personal sanitario deberá dar información adecuada, actualizada y de acuerdo con la evidencia sobre la importancia de mantener la LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, explicándoles que es la forma de alimentación ideal para satisfacer las necesidades del lactante, aportándole así múltiples beneficios, en conjunto, un crecimiento y desarrollo adecuado. Deberán saber que la LM, es recomendada por la OMS hasta los 2 años del bebé. No obstante, ésta puede alargarse hasta que madre y niño lo deseen.

Además, se les dará la posibilidad de acudir a las sesiones de promoción de educación grupal que existen en la mayoría de los centros de atención primaria, para así tener la oportunidad de poner en común con otras madres y familias, conocimientos y dudas, con el objetivo de reforzar la confianza de cada madre y recibiendo apoyo emocional.

MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA REINCORPORACIÓN LABORAL

Una de las causas del abandono de la lactancia materna es la reincorporación a la vida laboral de la madre. El personal sanitario deberá saber y asegurarse que los padres del bebé tienen conocimientos sobre la legislación que rige la protección maternal, salud y seguridad en el trabajo, relacionada con las madres lactantes. Según se indica en el Boletín Oficial del Estado la baja maternal tendrá una duración de 16 semanas ininterrumpidas (29).

De este modo, para empezar, la enfermera deberá conocer las circunstancias personales socioeconómicas y si la familia tiene la idea que continuar con la LM en reincorporarse a la vida laboral. En caso de querer seguir con la LM, se proporcionará a la familia información sobre técnicas de extracción, conservación y almacenaje de la leche, además de ayudas prácticas y apoyo para continuar con el amamantamiento.

5.7.2. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD

A la edad de aproximadamente 6 meses, el lactante necesita de la introducción de alimentos complementarios a la leche materna para un crecimiento y desarrollo correcto. No obstante, el objetivo no será el de sustituir la lactancia, sino de complementarla. La lactancia deberá seguir siendo a demanda, si el bebé recibe 4-5 tomas de leche al día será innecesario la administración de suplementos lácteos.

De este modo, la enfermera deberá informar a las familias sobre como introducir correctamente los alimentos complementarios, se aconsejarán en primer lugar los alimentos ricos en hierro. La introducción de cada alimento deberá realizarse de manera gradual, en pequeñas cantidades siendo aumentadas a medida que el niño se acostumbra al sabor. Además, se recomendará introducir los alimentos de uno en uno, para así en caso de intolerancia y/o alergia, detectar qué alimento lo ha causado.

Se informará a la madre que la introducción gradual, pero en pequeñas cantidades, de gluten mientras se sigue con la lactancia natural, puede reducir el riesgo de padecer en un futuro celiacía.

Se explicará a las familias como preparar correctamente las papillas de cereales con la ayuda de leche materna, agua, caldo o zumo.

Por tanto, la introducción de alimentos complementarios deberá ser progresiva, introduciendo los alimentos de la siguiente manera a medida que el bebé lo asimile y acepte, y se adapte a cada nuevo alimento (14). (*Ver anexo 4*).

En cuanto a la cantidad de alimento complementario a dar, se debe tener en cuenta que la lactancia materna sigue siendo el alimento principal del bebé y que no debe ser sustituida por los alimentos. De esa manera, las cantidades al principio deberán ser pequeñas, y se deberán aumentar a medida que el niño crezca y según su demanda.

Además, la consistencia en qué se ofrecen los alimentos es importante. Según evidencias está recomendado aumentar progresivamente la consistencia de la alimentación complementaria, consiguiendo texturas grumosas y semisólidas lo antes posible. A la edad de 12 meses, el bebé ya podrá consumir el mismo tipo de alimentos que su familia, teniendo siempre especial cuidado con todos aquellos alimentos o tamaños con riesgo a atragantamiento.

LACTANCIA PROLONGADA Y/O EN TÁNDEM

En muchas ocasiones, la lactancia materna se prolonga por encima de los dos años del niño, e incluso, a veces, se inicia la lactancia en tándem, lactancia conjunta del niño mayor y su hermano pequeño.

Por parte de los profesionales se debe mantener una actitud de respeto delante de la decisión materna sobre el momento de destete, esto dependerá de cada caso.

Además, si se desea realizar lactancia en tándem, o la madre está en período gestacional, se le deberá explicar lo siguiente:

- La lactancia en tándem también tiene beneficios para la madre, el recién nacido y el hermano mayor, disminuyendo así la posible pérdida de peso del recién nacido. Además, no le priva de los beneficios del calostro, ya que la leche sigue siendo adaptada a él.
- Por otro lado, permite que el hijo mayor siga disfrutando de los beneficios de la lactancia

- Por último, la lactancia en tándem ayuda a una mejor adaptación entre hermanos

Si, por el contrario, la madre decide empezar con el destete del bebé a partir de los 2 años, o en el caso de tener un segundo hijo no realizar una lactancia en tándem, se le deberá aconsejar cómo realizar un destete correcto, haciéndose así de forma progresiva eliminando una toma de leche cada 3-4 días.

El equipo multidisciplinar que atiende a la madre y a su hijo deberá estar bien formado, para que de este modo puedan hacer soporte, ayudar y recomendar correctamente durante el seguimiento de la lactancia del bebé.

Además, se deberá realizar siempre una escucha activa de la madre en consulta, dándole confianza en qué puede alimentar a su hijo y cubrir sus necesidades.

Por último, los profesionales deberán conocer y saber interpretar correctamente el patrón de crecimiento de los niños, para así valorar si la alimentación de éstos es adecuada o no. A los padres, se les deberá informar sobre el ritmo de crecimiento y desarrollo de sus hijos, explicándoles que entre el 4^o-6^o mes de vida, se produce un aumento del crecimiento en los niños alimentados con leche de fórmula, y que no deberán comparar con otros niños el crecimiento de su bebé (10) (13) (18) (28).

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Para llevar a cabo la resolución de los objetivos planteados en este trabajo, y, describir de primera mano cuál es la actuación de la enfermería en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna, se decidió hacer uso de la metodología cualitativa. De esta forma, se pudo conocer la experiencia de las enfermeras entrevistadas en una planta de obstetricia y un centro de atención primaria, y conocer y comprender las técnicas y el proceso utilizados para promover y velar por una lactancia materna de calidad y duradera. Para ello, se realizó la investigación desde una perspectiva interaccionista etnográfica, a partir de un tipo de estudio interpretativo y desde un punto de vista paradigmático de tipo integrativo/interactivo.

Para la recogida de datos se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada, a conveniencia, posterior a la firma de un consentimiento informado por parte de las informantes, dónde se explicaba explícitamente el estudio. (Ver anexos 5 y 7).

La metodología cualitativa nos proporciona una interpretación global del fenómeno propuesto a estudiar, dándonos así la oportunidad de analizar la complejidad de éste. Este tipo de metodología está caracterizado por tener el foco en significados, percepciones, vivencias y prácticas, teniendo así un diseño flexible, abierto y circular. La recogida de información se realiza de manera intensiva a partir de técnicas como entrevistas, observación y análisis documental. Además, el análisis es inductivo, con la oportunidad de generar teorías. Por último, el investigador o investigadora se reconoce como parte del proceso.

En enfermería, está caracterizado por la observación de las respuestas humanas con el objetivo de mejorar el cuidado proporcionado (5).

Por otra parte, el enfoque interaccionista etnográfico se resume a la comprensión del fenómeno estudiado a través de las actividades y/o roles que adoptan los sujetos participantes en nuestra investigación. Además, la etnografía es una perspectiva naturalista, en que el investigador se sitúa en el lugar del investigado (2).

El tipo de estudio escogido para el desarrollo del presente trabajo fue interpretativo, el cual permite conocer las perspectivas e interacciones del grupo estudiado y cómo incide en su manera de actuar. En nuestro caso, la actuación enfermera en la instauración y seguimiento de la lactancia materna.

El paradigma a partir del cual ha sido realizado nuestro trabajo es el integrativo/interactivo (1950-1989), basándonos en el modelo del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando, el cual explica la importancia de la relación terapéutica entre enfermera-paciente con el propósito de cubrir las necesidades de éste. Además de tener en cuenta percepciones, emociones y perspectivas psicosomáticas de la persona.

Para nuestro estudio ha sido importante contemplar este paradigma, debido a que la relación recíproca que se establece entre la enfermera, con rol de instauración o seguimiento de la lactancia materna, y la madre y/o familia del lactante, es esencial para la construcción de unas bases firmes en la alimentación del niño, y en el posterior correcto desarrollo y crecimiento de éste (8).

6.2. INFORMANTES

Los criterios de inclusión para la elección de las informantes fueron: buscar enfermeras que se dediquen actualmente al asesoramiento en lactancia materna mediante consultas ambulatorias por parte de las madres o en planta. Que realicen valoraciones de estas y ejerzan educación sanitaria al respecto.

Dado que nuestro objetivo era comprender desde el inicio la lactancia materna, hasta su final, escogimos una enfermera con la figura de “coordinadora de lactancia materna” (informante 1) encargada de valorar tomas en una planta de obstetricia, con consulta propia para pacientes extrahospitalarias que se están iniciando en LM, así como una matrona (informante 3) y una enfermera pediátrica (informante 2) encargadas del seguimiento de estas en un Centro de Atención Primaria.

Se excluyó a todo tipo de personal que no cumpliese los requisitos propuestos.

6.3. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en dos espacios diferentes: el rol de enfermería encargado de velar por una correcta instauración de la lactancia materna, en una planta de maternidad, fue estudiado desde la comunidad de Cantabria, mientras que el rol de enfermería encargado en la realización del seguimiento y continuidad de la lactancia materna fue estudiado desde la comunidad de Catalunya.

Esto se debe a que cada investigadora se encontraba en una comunidad diferente durante el tiempo de realización del trabajo de fin de grado. No obstante, el trabajo, por ambas partes, fue realizado en tiempos iguales.

6.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Con tal de informarnos acerca del motivo de nuestro trabajo y de las últimas evidencias y recomendaciones en Lactancia Materna y, además, para la realización del marco teórico, primero se realizó una búsqueda bibliográfica en la literatura que nos orientó acerca de actualizaciones en este ámbito y nos ayudó a enfocar nuestro trabajo en los puntos que más nos interesaban.

De este modo se hizo una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en bases de datos como Redalyc, PubMed, Google Académico, ScienceDirect y Dialnet. Se revisaron artículos pertenecientes a revistas como Cochrane, Elsevier y Cuidatge, además de libros proporcionados por la biblioteca del CRAI de nuestro campus y del campus de la Universidad de Barcelona. Por último, se consultaron fuentes científicas y documentación de interés a nivel nacional e internacional, tales como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEP), IHAN, albalactanciamaterna.org y Unicef.

La búsqueda fue limitada a artículos comprendidos entre los años 2009-2019, artículos publicados en los últimos diez años con la intención de obtener información actualizada. Escritos en lengua catalana, castellana e inglés. No obstante, de manera excepcional se han revisado artículos más antiguos del criterio de inclusión seleccionado, ya que trataban de modelos y metodologías que, durante el período de realización de nuestro estudio, nos ayudaron a completarlo.

De este modo se hizo una revisión exhaustiva de la bibliografía obtenida, concluyendo el marco teórico de nuestro trabajo, y posteriormente completándolo con los resultados de las entrevistas, y la discusión de éstos.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: lactancia, lactancia materna/breastfeeding, enfermería/nursing, rol de enfermería, abandono, papel de enfermería, desarrollo y crecimiento del lactante. El operador booleano usado fue

“AND”. Se escogieron textos completos y se excluyeron aquellos a los que sólo se podía acceder mediante pago.

La recerca tuvo una durada de 5 meses.

Para la recogida de datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas, individuales y a conveniencia a las informantes seleccionadas. Este tipo de entrevistas permitió seleccionar las participantes que mejor han podido explicar el fenómeno estudiado, sin necesitar una muestra de informantes grande para llegar a la saturación de información, sino que el tipo de selección de informantes proporcionaba una información de calidad, rica y completa. El guion (*ver anexo 6*) fue preparado, a partir de la bibliografía consultada, antes de la entrevista para determinar aquellos puntos que queríamos conseguir, pero, mediante una escucha activa por parte de las entrevistadoras, se fueron añadiendo preguntas nuevas para completar la información y añadir feedback a la entrevista. Antes de la realización de las entrevistas, se ofrecieron a las enfermeras entrevistadas los consentimientos informados correspondientes, para así dejar constancia de su permiso para el uso de los datos recogidos, además de proporcionar información sobre el estudio. (*Ver anexo 5*).

En Cantabria se realizaron las entrevistas a enfermeras encargadas de la instauración de la lactancia y en Cataluña, del seguimiento.

La entrevista se ha centrado en conocer de primera mano la actuación de las enfermeras para instaurar y promover la lactancia materna en la planta de obstetricia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Hospital con acreditación IHAN) en Cantabria, y la actuación y técnicas utilizadas para el seguimiento y mantenimiento de esta lactancia por parte de las enfermeras del Centro de Atención Primaria de Cunit/Cubelles en Cataluña.

La entrevista a la enfermera coordinadora de Lactancia Materna en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, finalmente fue realizada de forma online, a través de correo electrónico, debido a la situación excepcional de estado de alarma a causa de COVID-19, que hizo imposible realizar la entrevista de forma presencial.

La recogida de información a través de las entrevistas tuvo una duración de 3 semanas, en el tiempo posterior a cada entrevista y antes de la siguiente, se transcribieron y analizaron los datos de interés para la investigación presente.

El análisis de datos fue realizado según el modelo de Taylor y Bogdan (1987), modelo que se basa en la recogida de datos (38), la descripción de éstos, y una posterior codificación a partir de una leyenda de símbolos para la transcripción. Acabando con la extracción y verificación de las conclusiones. El análisis de los datos obtenidos a partir de las entrevistas fue revisado por ambas investigadoras y puesto en común para una posterior discusión y resultados del trabajo, con el soporte del marco teórico.

A medida que el trabajo iba siendo realizado, se iba haciendo un cronograma, para así especificar el tiempo de cada etapa del estudio. (*Ver anexo 1*).

7. RESULTADOS

A partir de las entrevistas realizadas, y posteriormente codificadas, se han obtenido los siguientes resultados a nivel de instauración y a nivel de seguimiento de la lactancia materna. Finalmente han sido analizadas con el objetivo de discutir las junto a la información del marco teórico.

7.1. NIVEL DE INSTAURACIÓN DE LA LM

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Educación sanitaria hacia pacientes | <i>“Asesoramiento a Madres con RN ingresados en la Unidad de Neonatología.” – (Informante 1)</i> | |
| | <i>“Asesoramiento a Madres ingresadas en la UCI Materno-Infantil tras el parto y realización de Protocolo específico.” – (Informante 1)</i> | |
| | <i>“Asesoramiento en lactancia a mujeres con embarazo de riesgo que requieran ingreso hospitalario o consultas externas.” - (Informante 1)</i> | |
| | <i>“Esta información la deben de recibir en primaria en su educación maternal, realiza por su matrona en su centro de salud. Toda embarazada debe de recibir información sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto.” - (Informante 1)</i> | |
| | <i>“El personal de enfermería en la planta de maternidad ayuda a esas mujeres en el inicio de la lactancia: favoreciendo el CPP, enseñando a las madres a reconocer las señales tempranas de los niños cuando tienen hambre, diferentes posturas para amamantar, explicar la importancia de garantizar 8-12 tomas durante las 24 horas.” - (Informante 1)</i> | |
| | <i>“Siempre utilizando técnicas de consejería, empatizando y entender por qué esa madre ha tomado esa decisión” - (Informante 1)</i> | |
| | <i>“Cuando son separados, las matronas en el postparto comienzan a enseñar a esas madres la extracción/estimulación manual” - (Informante 1)</i> | |
| Formación profesional | hacia profesionales | <i>“Liderazgo y Gestión de cuidados de lactancia entre profesionales.” - (Informante 1)</i> |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p><i>“Participación y apoyo en la elaboración de normas, protocolos y manuales de procedimientos” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Participación y coordinación en los 7 GRUPOS DE MEJORA de la IHAN con participación activa y asistencia a todas sus reuniones.” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Diseño y participación en actividades formativas en lactancia para capacitar a los diferentes profesionales que estén implicados en esta materia. En forma de cursos, sesiones, asesoramiento personal nueva incorporación” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Formación y en ese proceso estamos, formando a más de 400 trabajadores del área materno infantil, realizando cursos de 17 horas teóricas y 3h practicas obligatorios.”</i></p> <p><i>“En mi opinión los estudiantes de enfermería reciben poca formación en lactancia materna...” - (Informante 1)</i></p> |
| Protocolo | <p><i>“El HUMV ya dispone de un protocolo de CPP en un porcentaje reducido de cesáreas, sin riesgo...y poco a poco confiamos que se amplíen esos criterios y todos los niños que nazcan por cesárea puedan realizar CPP con su madre e iniciar esa toma en las primeras horas” - (Informante 1)</i></p> |
| Vigilancia lactancia | <p><i>“Valoración y apoyo de lactancias que presenten dificultades durante su estancia en planta de maternidad.” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Detección de lactancias de riesgo y coordinación con los diferentes profesionales implicados...” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Como mínimo una vez por turno se valoran y registran” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Miro a la madre-la toma-el niño” - (Informante 1)</i></p> |
| Criterios de valoración | <p><i>“Indicadores de buen agarre y posicionamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>boca abierta.</i> ○ <i>menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.</i> ○ <i>la barbilla del lactante toca el pecho, el labio inferior está enrollado hacia abajo, y la nariz libre.</i> ○ <i>no hay dolor.</i> <p><i>Indicadores de alimentación correcta en los lactantes:</i></p> |

| | |
|------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>deglución audible y visible.</i> ○ <i>succión rítmica sostenida.</i> ○ <i>brazos y manos relajados.</i> ○ <i>boca húmeda.</i> ○ <i>Patrón de excretas adecuados</i> ○ <i>Lactante satisfecho tras la toma</i> <p><i>Indicadores de lactancia materna adecuada en mujeres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>ablandamiento de mama.</i> ○ <i>pezón al final de la toma sin deformar</i> ○ <i>la mujer se siente relajada</i> <p>- (Informante 1)</p> |
| Condiciones favorables | <p><i>“...para mí el entorno adecuado pasa por la intimidad que necesitan esas madres para establecer la lactancia, favoreciendo el CPP y así poder detectar las señales tempranas de hambre del RN” - (Informante 1)</i></p> |
| Dolor y grietas | <p><i>“Dolor, grietas en el pezón” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Dolor y grietas en la madre” - (Informante 1)</i></p> |
| Poca autoconfianza | <p><i>“...la poca confianza en su capacidad de amamantamiento que las mujeres nos transmiten con frases como: “no tengo leche”, “mi leche no le alimenta”. - (Informante 1)</i></p> |
| Lactancia ineficaz | <p><i>“Seguimiento Post-Alta si fuera preciso, de madres con dificultades con la lactancia materna en la Clínica de Lactancia del HUMV “- (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Niño ingresado que mama de forma ineficaz...” - (Informante 1)</i></p> |
| Separación madre/hijo | <p><i>“...RN ingresados en la Unidad de Neonatología” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“...Madres ingresadas en la UCI Materno-Infantil tras el parto y realización de Protocolo específico.” - (Informante 1)</i></p> |
| | <p><i>“Madre en UCI o tras cesárea que no puede ir neo...” - (Informante 1)</i></p> |

| | |
|--|---|
| CPP | <i>“El personal de enfermería en la planta de maternidad ayuda a esas mujeres en el inicio de la lactancia: favoreciendo el CPP...” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“...y todos los niños que nazcan por cesárea puedan realizar CPP con su madre e iniciar esa toma en las primeras horas” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“El HUMV ya dispone de un protocolo de CPP...” - (Informante 1)</i> |
| Extracción manual de calostro | <i>“Como primera opción siempre se les sugiere una extracción manual...” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“...lo mismo pero tras las tomas extracción manual” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“que comience cuanto antes con la extracción manual...” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“Cuando son separados, las matronas en el postparto comienzan a enseñar a esas madres la extracción/estimulación manual” - (Informante 1)</i> |
| Extracción mecánica de calostro | <i>“...pero muchas madres prefieren una extracción mecánica” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“...lo mismo pero tras las tomas extracción manual o mecánica.” - (Informante 1)</i> |
| | <i>“que comience cuanto antes con la extracción manual/mecánica y realice.” - (Informante 1)</i> |
| Aumento del contacto madre – recién nacido | <i>“Niño ingresado que puede mamar explicando a la madre la importancia de que intente estar el mayor tiempo posible con él y bajar a todas las tomas que pueda” - (Informante 1)</i> |

7.2. NIVEL SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

| | |
|-----------------------|---|
| Educación prenatal | <p>“En primer lloc, el curs de preparació al part, els expliquem en què consisteix la lactància...” - (Informante 3)</p> <p>“El primer moment en que comencem a parlar sobre el tema de la lactància, és per aquest temps, tot i que hi ha alguna noia que prèviament ja et pregunta dient ‘ei jo vull donar el pit però m’han explicat que potser serà costós, que serà difícil...’ i llavors doncs ja comencem a parlar-ne abans. Però cap a les 25, 28 setmanes de gestació és quan estan més receptives també, ja que abans, tenen més preocupació per l'embaràs i la lactància els queda més lluny.” - (Informante 3)</p> <p>“La prenatal, és una sessió... entre 1 i 3 sessions, també depèn una miqueta del grup. Realment són entre 1 i 3 sessions, però de vegades hem de córrer i fer-ne una de sola perquè pel que sigui hi ha poques setmanes, o hi ha vacances entre mig... Però aquestes 3 sessions és explicar els mites de la lactància, que sàpiguen que realment són mites i no altra cosa, la fisiologia de la lactància materna i els possibles problemes que es poden trobar a la lactància.” - (Informante 3)</p> <p>“Grupals, si. En el curs de preparació al naixement.” - (Informante 3)</p> <p>“...però insistim en què la sessió del part i la sessió de la lactància, que no se la perdi el pare, perquè la sessió del part dius ‘mira perquè estigui informat’, però a la de la lactància és bàsic, perquè si ella no disposa del suport del pare, aquella lactància fracassarà.” - (Informante 3)</p> <p>“Però d'això es tracta, no? D'anar-los explicant que ara la principal feina que tenen és el nen, i només el nen les 24 hores. I que tot lo demás recaigui sobre el pare de la criatura, les iaies, les amigues, qui sigui, però que tothom s'arromangui per tal que ella pugui estar única i exclusivament pel bebè.” - (Informante 3)</p> <p>“Per això és tan bo que la mare faci unes sessions durant l'embaràs perquè sàpiga dels motius.” “...i el que podem resoldre a través de les classes de preparació al part.” - (Informante 3)</p> |
| Controles en consulta | <p>“La primera en principi junt amb la col·laboració de l'hospital si és un nen que té problemes doncs es fa entre el 2n, 4rt, 5è dia. Aquesta és la primera visita.” - (Informante 2)</p> <p>“Llavors es faria la primera, que hem dit aquesta, entre 4, 5 dies, en funció de la patologia del nen o de com estigui el nen. Després se li cita quan el nen té 15 dies per fer la revisió conjunta junt amb el pediatra, a la setmana es torna...” “...i ja se li cita en la edat de revisió del nen sa quan té 1 mes.” – (Informante 2)</p> |
| Lactància ineficaz | <p>“...el protocol, ara estem abordant un sobre la lactància materna ineficaç, sobretot eh, llavors aquest s'inclourà dintre de res. Tant</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <i>breu com es dissenyi des del, lo que és des del MEAP, des del nostre programa informàtic tu puguis accedir... perquè és ineficaç la lactància materna, si han hagut problemes, si la mare doncs no està capacitada, si necessita més recolzament...” - (Informante 2)</i> |
| Apoyo y protección de la LM | <p><i>“Bueno sobretot donant aah.. els beneficis de la lactància materna, totes les contraindicacions, doncs intentes camuf... vull dir explicar més les coses positives, no? Des de part de la mare que millora doncs el càncer de, de... de mama, se li diu a la mare que disminueix la mort súbdita , de que hi ha una millor relació entre la mare i el nen, de que evidentment no té res a veure cap lactància artificial amb la lactància materna...” - (Informante 2)</i></p> <p><i>“Llavors, normalment la OMS recomana que són fins als 2 anys, però hi ha moltes mares que volen continuar i nosaltres el que fem és reforçar-les, si elles volen no hi ha cap mena de problema en què ho puguin fer fins on elles vulguin arribar i on el nen vulgui arribar. Nosaltres el que no fem és dir ‘s’ha acabat aquí, dos anys i se acabo’ no. Li donem la importància de l’alimentació complementària, en el sentit de que de vegades necessiten proteïnes, es necessiten aliments amb unes dosis més altes en contingut proteic, a mesura que un va creixent no és només la lactància materna i llavors doncs aahh... s’intenta explicar això però, vull dir, ajudant en tot moment que la mare si vol continuar fins als 4, fins als 6 anys, fins on vulgui, se li respecta i se li fa el reforç que se li ha de fer.” - (Informante 2)</i></p> <p><i>“Si volen seguir, venen, venen i demanen ajuda, i llavors en aquests casos normalment se solventa.” - (Informante 3)</i></p> <p><i>“Si la dona vol, se soluciona, perquè et ve a buscar on estiguis, i et demana que l’ajudis, perquè ella vol solucionar aquesta situació.” - (Informante 3)</i></p> <p><i>“Però sempre, sempre, donem opció que la mare qualsevol dubte que pugui tenir de lactància o el que sigui, doncs es comuniqui amb nosaltres, es posi en contacte, demani hora o el que sigui eh.” - (Informante 2)</i></p> |
| Estado nutricional | <p><i>“...allà infermera el que fa és controlar el pes...” - (Informante 2)</i></p> <p><i>“Llavors aquí bueno per valoració de l’estat nutricional evidentment fas ús de lo que és el pes, la talla, que tingui un bon creixement ponderal... després no només mires això, mires també l’estat general del nen, no? Que no estigui deshidratat, que faci les deposicions correctament, que faci les miccions correcte, que no tingui plors desconsolats, no? I que faci sobretot un bon creixement ponderal en funció de l’edat del nen, no?” - (Informante 2)</i></p> |
| Complicaciones | <i>“Llavors les complicacions més freqüents són les típiques: angoixa, la mare no, no és conscient de la quantitat durant la lactància de llet que li està donant en cada ‘toma’.” - (Informante 2)</i> |

| | |
|------------------------|---|
| | <p><i>“Després una altra complicació molt freqüent és el tema del nen en què de vegades les posicions no són les correctes i fan moltes clivelles, eh?” – (Informante 2)</i></p> |
| | <p><i>“Moltes vegades estan cohibides, perquè han de donar públicament doncs el...el pit.” – (Informante 2)</i></p> |
| | <p><i>“...el risc que pot haver, no? Sobretot en el tema de l’ennuegament per la quantitat de trossos més grans que se’ls hi faci.” – (Informante 2)</i></p> |
| | <p><i>“Perquè moltes vegades les noies estan tant aclaparades i cansades que si no veuen que ell es dedica a totes les altres coses per poder deixar-la a ella tranquil·la amb el bebè i elles creuen que s’han de fer càrrec de la casa, de la roba, de tot...” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“Llavors si hi hagués algun problema de lactància, per telèfon, ja intento resoldre’l el problema que hi hagi. (...) Si detecto que hi ha un problema important, doncs els dic que vinguin, joestic aquí per poder venir, tant a la consulta aquesta...” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“El dolor, el dolor del mugró. El dolor del mugró és el que posa més en risc la lactància perquè la mare es desmoralitza perquè hi ha nens que mamen de manera molt rigorosa i fan mal, i aquesta és la que més. Després hi ha una altra situació on la dona creu que té poca llet. (...) Llavors aquests dos motius són els que perillen més la lactància.” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“El del dolor és inevitable, si li toca un nen que fa mal, doncs farà mal, i ja s’anirà adaptant ella, no? Però l’altre, que la família li col·loqui un biberó per fer-li veure que, que el nen se’l pren i això vol dir que té poca llet, aquest és el que complica ...” – (Informante 3)</i></p> |
| Posiciones para lactar | <p><i>“(...) els ensenyem sobretot les posicions correctes, quina posició pot canviar... o sigui, canviant de posició milloraria lo que és la lactància, no?” – (Informante 2)</i></p> |
| | <p><i>“(...) encara que el frenell estigui bé o ja li hagin tallat i segueixi fent mal, doncs en aquestes visites de suport a la lactància anem recol·locant la boqueta del bebè perquè deixi de fer mal a la mare, (...) i els canvis de posició...” - (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“(...) si la postura si cal, o la postura del bebè en diferents posicions perquè la boqueta del bebè es vagi adaptant al mugró sense fer el mal o el problema que hagi ocasionat.” – (Informante 3)</i></p> |
| Soporte emocional | <p><i>“I després, suport emocional, molt de suport emocional no només per elles sinó pel seu entorn. (...) Llavors és un consol, una ajuda i un reforç a tothom, a ella i a l’acompanyant. En el cas del marit quan ve, se’ls explica també a ells que necessiten aquest espai per donar un bon... una bona lactància.” – (Informante 2)</i></p> |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p><i>“Nosaltres el que fem és tornar amb reforç positiu, i respectant evidentment, el criteri de la mare. I qualsevol dubte que se li generi mentre ho està fent doncs se li explica, no? I se li dóna el consell necessari.” – (Informante 2)</i></p> <p><i>“Normalment se’ls pregunta el perquè d’aquesta decisió, determinació de no voler fer lactància materna i llavors doncs ens expliquen i el que ens expliquen doncs ens assembla bé. (...) El que no fem mai és obligar, ni insistir en coses que ells no hi creuen. El que es fa és tenir gran respecte i explicar els avantatges i dir-los que ens tenen allà sempre per qualsevol dubte que puguin arribar a generar en qualsevol tema, sobretot en la lactància.” – (Informante 2)</i></p> <p><i>“Bueno en tot cas s’ha de respectar, i es pot preguntar perquè, perquè no volen i llavors cadascú t’expressarà els seus motius.” – (Informante 3)</i></p> <p><i>“I si, també va molt bé que ells puguin confiar en tu, i com són parelles que les he tingut molts cops aquí des del principi de l’embaràs, està molt bé. Perquè si vas a una persona que no coneixes de res, a explicar-li un problema i t’explica segons què, potser és... potser arribes a casa i dius ‘bff, doncs no sé, saps si provar-ho?’ Però, no sé, jo crec que aquí es resolen moltes lactàncies d’aquestes que venen per estrès, no? O per falta de paciència. I la infermera de pediatria doncs, com el bebè també anirà a la infermera de pediatria pues ella també, clar, ella també... aahh... donarà la seva visió, el seu parer, i si més o menys és similar el que li he dit jo i lo que li han dit les infermeres de pediatria, ja està! Llavors si que ja no hi ha dubte! Confien en el professional.” – (Informante 3)</i></p> |
| LM y reincorporación laboral | <p><i>“Bueno, d’entrada se’ls hi... bueno, se’ls hi dóna informació de... de que aquesta llet se la pot doncs, extraure prèviament i se la pot congelar... bueno... hi ha moltíssimes opcions, abans que retirar-la, no? (...). Llavors això ja ho anem parlant poc a poc i donem opcions perquè aquesta llet es pugui anar traient abans i que així la pugui donar qualsevol altre membre de la família. I un cop la mare s’incorpori a casa, després de la seva jornada laboral, doncs evidentment, pot mantenir la lactància materna, junt amb l’alimentació complementària.” – (Informante 2)</i></p> |
| Bajo nivel socioeconómico | <p><i>“No, no, no crec. Perquè, la família que ha donat el pit als seus fills, independentment del seu nivell socioeconòmic vol que les seves filles donin el pit als seus nets, i això influeix, això si que és important. (...) Però això és indistint al nivell econòmic o social i a nivell econòmic evidentment surt més barat, la lactància materna que no pas un biberó. Un biberó necessita moltes coses, i els diners que val la llet. És molt més, és gratuïta la lactància materna. Llavors la gent que va justa de diners, clar, no es decanta per un biberó, perquè sap que la llet la té gratuïta.” – (Informante 3)</i></p> |
| Abandono LM | <p><i>“Ara, en els casos en què ella no vol, que dona el fill perquè toca, perquè la família li ha recomanat o perquè s’ha vist influenciada</i></p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <i>perquè la societat d'avui en dia els hi diem que donin el pit, que és el millor pels nens. Però si elles ho fan contra... contra la seva voluntat, qualsevol excusa és bona per deixar la lactància, llavors ja no venen a buscar-te, elles ja segueixen fent el que volen.” – (Informante 3)</i> |
| Lactància difícil | <i>“(...) els problemes que pugui tenir la mare amb la lactància materna.” – (Informante 2)</i> |
| | <i>“D’entrada, si és una cosa que puc resoldre aquí jo a la consulta, ho resolc aquí, i com tinc la sort de tenir dues consultes, doncs puc estar fent, mentre ells es queden allà (assenyalant l’altre consulta) donant el pit i jo vaig fent, vaig entrant i sortint. Moltes vegades amb això ja n’hi ha suficient. (...) I si després hi ha problemes més pediàtrics com el frenell, llavors si, evidentment l’he de derivar cap al pediatra perquè li arreglin. Però moltes vegades és només donar informació i tranquil·litat, i que estiguin sols la parella i anar corregint (...)” – (Informante 3)</i> |
| Alimentació complementària | <i>“Llavors el nen en principi comença als sis mesos la lactà... ai, l’alimentació complementària. (...) Llavors facilitar-ho, i dir primer que la lactància materna és la primera, i després es van introduint els aliments en funció de com el nen vagi tolerant-los, doncs estan els que segons l’edat que tinguin (...) Doncs si has d’iniciar la verdura i la fruita, evidentment pots donar en tot moment la lactància materna, eh. Es complementa i se’ls hi explica que no sigui cap manera traumàtica i angoixant per la mare.” – (Informante 2)</i> |
| Destete | <i>“Llavors, normalment la OMS recomana que són fins als 2 anys, però hi ha moltes mares que volen continuar i nosaltres el que fem és reforçar-les, si elles volen no hi ha cap mena de problema en què ho puguin fer fins on elles vulguin arribar i on el nen vulgui arribar. Nosaltres el que no fem és dir ‘s’ha acabat aquí, dos anys i se acaba’ no. Li donem la importància de l’alimentació complementària, en el sentit de que de vegades necessiten proteïnes, es necessiten aliments amb unes dosis més altes en contingut proteic, a mesura que un va creixent no és només la lactància materna i llavors doncs aahh... s’intenta explicar això però, vull dir, ajudant en tot moment que la mare si vol continuar fins als 4, fins als 6 anys, fins on vulgui, se li respecta i se li fa el reforç que se li ha de fer.” – (Informante 2)</i> |
| | <i>“(...)i deixen la lactància quan elles consideren, quan el nadó veuen que està preparat tant tingui 2 anys, com si en té 5.” – (Informante 2)</i> |
| Lactància en tàndem | <i>“(...) si vol fer un tàndem, se li explica que no hi ha cap mena d’inconvenient en què la mare ho faci. No per això tindrà més llet, tot el contrari, hi haurà més augment de la prolactina, tindrà més llet ella, perquè clar seran dos que aniran estimulant, i això no és cap inconvenient ni per ella, ni pels nens, ni per ningú, si ella ho decideix i és feliç, endavant.” – (Informante 2)</i> |

| | |
|----------------------|--|
| Grup de postparto | <p><i>“Si, si i tant! Tots els dimarts en el CAP de Cunit, fem tallers, fem unes classes de post-part on hi ha tallers, on es parla de lactància materna... és poder lo més primordial, no?” – (Informante 2)</i></p> |
| | <p><i>“(…)com al grup de postpart que tenim els dimarts. Llavors ja saben que cada dimarts, jo estic disponible per totes les mares que vinguin amb problemes de lactància.” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“(…)doncs el recolzament setmanal del grup postpart.” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“El grup de postpart dura un any. Totes les mares i pares i nens, fins que tenen un any poden venir.”</i> <i>“Ahh... si... ho comparteixen, tot i que quan ve una mare amb problemes, lo que busca és la opinió del professional, saps? Però com que els professionals som els que som i ja ens coneixen, jo si trobo algú del grup que ha passat exactament el mateix que li ha passat a la noia que m'està preguntant, doncs la poso, la convido a que parli a nivell particular amb aquella noia que ho està passant malament en aquell moment. Perquè això també va molt bé, que una persona que ha passat, fa 4 dies, que acaba de passar el mateix que tu i ho ha resolt, et dóna una tranquil·litat, saps? I hi ha vegades que si, que tenim temps, que normalment no hi ha temps, perquè totes tenen algun dubte, alguna cosa que comentar, però si estem en calma, que no hi ha massa preguntes, si que cada vegada que hi ha gent nova, doncs procuro que fer això, doncs una presentació i que cadascú expliqui una miqueta com ha anat el principi de la lactància perquè es posi... perquè la que marxa, marxi no només amb una experiència de una noia que li ha anat malament i ho ha recuperat, sinó que marxi amb... amb unes quantes.” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“És una horeta i mitja, que podem estar amb elles, de forma més distesa, on poden anar també els pares, els avis que vulguin acompanyar a les mares. I llavors allà doncs, individualment o de forma col·lectiva evidentment també, s'està més per les mares, que de vegades a la consulta no es pot fer i doncs és un rato o estona que tenim per estar per elles.” – (Informante 2)</i></p> |
| Lactància artificial | <p><i>“Llavors a partir d'aquí, no tanquem l'opció de que puguin venir mares que estiguin interessades i que no estan donant la lactància materna.” – (Informante 2)</i></p> <p><i>“Buena doncs, sobretot amb respecte.” – (Informante 2)</i></p> <p><i>“A vegades en alguns, els dubtes, hi ha molts pares que tenen dubtes i els hi oferim la possibilitat de fer doncs una mixta, i en molts casos fan una mixta i acaben retirant la lactància artificial. En altres doncs, bueno, fan una mixta, estan uns mesos i després continuen amb lactància artificial.” – (Informante 2)</i></p> <p><i>“(…)donant-li un biberó de llet de fórmula.” – (Informante 3)</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>“Hi ha noies que consideren que donar el pit és com antiquat no? Que és més fàcil, més còmode, poden compartir-ho amb la parella... Però després, quan els dius que la llet materna té una composició que no la pots igualar a la llet de fórmula, llavors s’ho plantegen. Però si, té a veure la comoditat del biberó, té a veure ptes la incomoditat de donar el pit en públic en segons quines noies, i té a veure també a vegades la feina. Hi ha gent que de vegades són autònomes o treballen sense cap tipus de contracte i necessiten anar a treballar de seguida. Llavors veuen que no poden compaginar els horaris de la seva feina amb la lactància.” – (Informante 3)</i></p> |
| | <p><i>“Ara, les famílies que han donat biberons als seus fills, com que no han conegut lo que és a nivell afectiu la lactància materna, com que els hi és igual, no? Ja esta bé...” – (Informante 3)</i></p> |

8. DISCUSIÓN

Como hemos podido observar a lo largo del trabajo, para una lactancia adecuada es imprescindible comenzar a prestarle atención y comenzar la formación en ella desde antes del parto. De esta formación prenatal será encargada la matrona de su centro de salud. Así lo corrobora la enfermera coordinadora de lactancia materna entrevistada: *“Esta información la deben de recibir en primaria en su educación maternal, realiza por su matrona en su centro de salud. Toda embarazada debe de recibir información sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto”* (informante 1). Esto resulta fundamental para ir resolviendo las primeras dudas que puedan aparecer, y disipar aquellos temores y mitos en torno a la experiencia de la lactancia.

En la literatura consultada destaca como un paso fundamental, la implementación del CPP desde el primer momento del nacimiento del recién nacido. Este debería comenzar dentro de la primera hora post parto, y no finalizar hasta que la primera toma haya concluido, según la estrategia IHAN para la lactancia materna (22). Según hemos podido observar en la entrevista a la enfermera coordinadora de lactancia materna, esto ya se realiza en el HUMV: *“El personal de enfermería en la planta de maternidad ayuda a esas mujeres en el inicio de la lactancia: favoreciendo el CPP, enseñando a las madres a reconocer las señales tempranas de los niños cuando tienen hambre, diferentes posturas para amamantar, explicar la importancia de garantizar 8-12 tomas durante las 24 horas”*. *“El HUMV ya dispone de un protocolo de CPP en un porcentaje reducido de cesáreas, sin riesgo...y poco a poco confiamos que se amplíen esos criterios y todos los niños que nazcan por cesárea puedan realizar CPP con su madre e iniciar esa toma en las primeras horas”* (informante 1). Estas primeras horas postparto resultan cruciales para el establecimiento del vínculo maternofilial. Asimismo, también comenta la importancia de garantizar al recién nacido de 8 a 12 tomas diarias, como pudimos comprobar en el protocolo del Hospital 12 de Octubre. (23)

Las últimas recomendaciones extraídas de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (17), establecen unos criterios de valoración para la lactancia a modo de “check list”, para comprobar que ésta está siendo adecuada. Estas recomendaciones son puestas en práctica por parte de la enfermera entrevistada:

“Miro a la madre-la toma-el niño:

- *Indicadores de buen agarre y posicionamiento:*
 - *boca abierta.*
 - *menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.*
 - *la barbilla del lactante toca el pecho, el labio inferior está enrollado hacia abajo, y la nariz libre.*
 - *no hay dolor.*
- *Indicadores de alimentación correcta en los lactantes:*
 - *deglución audible y visible.*
 - *succión rítmica sostenida.*
 - *brazos y manos relajados.*
 - *boca húmeda.*
 - *Patrón de excretas adecuados*
 - *Lactante satisfecho tras la toma*
- *Indicadores de lactancia materna adecuada en mujeres:*
 - *ablandamiento de mama.*
 - *pezón al final de la toma sin deformar*
 - *la mujer se siente relajada”* (informante 1).

Por tanto, confirmamos la importancia de llevar a cabo una observación detallada de la toma, sin perder de vista al recién nacido y a su madre, teniendo en cuenta los indicadores establecidos.

Además, en la Guía de Práctica Clínica para la lactancia materna dedican un importante apartado a la extracción de calostro. Esta es una práctica muy útil y recomendada, y aún desconocida teniendo en cuenta sus beneficios, cuando una lactancia resulta ineficaz y se pretende evitar complicaciones tales como la mastitis, o también en ocasiones donde la madre y el recién nacido han sido separados (17). En la entrevista realizada a la primera informante, observamos que este tema es tratado en varias ocasiones, comprobando así que este método es frecuentemente utilizado en el HUMV: *“Como primera opción siempre se les sugiere una extracción manual, optimiza la extracción de calostro, pero muchas madres prefieren una extracción mecánica.”* *“Cuando son separados, las matronas en el postparto comienzan a enseñar a esas madres la extracción/estimulación manual”* (informante 1).

En referencia a la primera informante entrevistada, podemos apreciar que en el HUMV aún no se han implementado por completo los 10 pasos recomendados por la IHAN para la promoción de la lactancia materna (22), aunque están en camino: *“Todos aun no, estamos en el camino. El HUMV está dentro de la iniciativa IHAN, en la Fase 2D....nos queda camino por recorrer”* (informante 1).

En última instancia, cabe destacar que en cuanto a las complicaciones más comunes durante la instauración de la lactancia materna y en los primeros días del seguimiento de ésta, de acuerdo con la literatura consultada son el dolor y las grietas en el pecho de la madre, debido a una mala postura del bebé al pecho, siendo ineficaz la succión de éste (15). Las enfermeras entrevistadas coinciden en ello, explicando la informante 1 cuando es preguntada por las complicaciones más comunes: *“Dolor, grietas en el pezón”*. Además, la informante 3: *“Després una altra complicació molt freqüent és el tema del nen en què de vegades les posicions no són les correctes i fan moltes clivelles, eh? (...) El dolor, el dolor del mugró. El dolor del mugró és el que posa més en risc la lactància perquè la mare es desmoralitza perquè hi ha nens que mamen de manera molt rigorosa i fan mal, i aquesta és la que més”*.

En cuanto al seguimiento de la lactancia materna, se inicia una vez la madre y su hijo son dados de alta de la unidad hospitalaria. El Centro de Atención Primaria deberá ponerse en contacto, mediante una llamada telefónica, con la familia para la realización de una primera visita de control, esta visita acostumbra a ser entre el segundo y quinto día de vida del bebé (10) (13) (18). En esta llamada se aprovechará para preguntar a la madre sobre la alimentación de su hijo, y se intentará solucionar cualquier problema. Según explica la informante 3 entrevistada *“Un cop ja ha nascut el bebè, la noia arriba a casa amb el seu bebè, i el mateix dia acostumem a trucar des d'aquí a casa seva, perquè l'hospital ens avisa de les altes que han hagut. Llavors com jo ho veig, ja les truco, i en aquest moment ja em diuen si tenen problemes de lactància o no.”*

Paralelamente, la informante 2 entrevistada, de acuerdo con la informante 3, explica: *“La primera en principi junt amb la col·laboració de l'hospital si és un nen que té problemes doncs es fa entre el 2n, 4rt, 5è dia. Aquesta és la primera visita. Llavors, allà infermera el que fa és controlar el pes i els problemes que pugui tenir la mare amb la lactància materna.”*

De este modo, ambas, en ser notificadas sobre el alta hospitalaria de madre e hijo, contactan con la madre para realizar la primera consulta y empezar a hacer un correcto seguimiento de la lactancia materna.

Ya en consulta, es cuando se realiza una anamnesis completa sobre el estado de la madre y del neonato, tanto en el período gestacional, como postparto. Además, realiza una valoración física del neonato, con el fin de conocer su estado nutricional (10) (13) (18) (20). Según la enfermera entrevistada, una vez en consulta: *“Llavors aquí bueno per valoració de l'estat nutricional evidentment fas ús de lo que és el pes, la talla, que tingui un bon creixement ponderal... després no només mires això, mires també l'estat general del nen, no? Que no estigui deshidratat, que faci les deposicions correctament, que faci les miccions correcte, que no tingui plors desconsolats, no? I que faci sobretot un bon creixement ponderal en funció de l'edat del nen, no?”*

De este modo, de acuerdo con el marco teórico, desde la primera consulta, se intentan identificar signos de alarma en cuanto al estado nutricional del bebé, para resolverlos lo más rápido posible.

Un incorrecto estado nutricional del neonato es debido a una alimentación incorrecta (20). Por este motivo, siempre, en las primeras consultas, se deberá realizar, por parte de enfermería, una observación de la toma de leche (13). Según la IHAN, para la realización de una valoración adecuada de la lactancia materna, se deberá tener en cuenta una transferencia láctea correcta y se valorará la postura, el agarre del lactante al pecho y la succión de éste. Durante la observación y valoración, el profesional deberá ir corrigiendo la postura de la madre y lactante para así conseguir una lactancia eficaz (18). Según comenta la informante 3 entrevistada: *“(...) mentre ells es queden allà (assenyalant l'altre consulta) donant el pit i jo vaig fent, vaig entrant i sortint. Moltes vegades amb això ja n'hi ha suficient(...). Però moltes vegades és només donar informació i tranquil·litat, i que estiguin sols la parella i anar corregint: si la postura si cal, o la postura del bebè en diferents posicions perquè la boqueta del bebè es vagi adaptant al mugró sense fer el mal o el problema que hagi ocasionat.*

Explicando así, la importancia del soporte, por parte del profesional, en la alimentación del niño. Además, de hacer hincapié en la importancia de que la familia esté bien informada acerca de la diversidad de posturas existentes para lactar, así como, de proporcionar un refuerzo positivo constante para animar a seguir con este tipo de alimentación.

Las causas principales del abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida del lactante son dos. Por una parte, en muchas ocasiones se crea la falsa creencia por parte de las familias, de que la leche que producen es insuficiente para su bebé. Sustituyendo la leche materna por sucedáneos artificiales. Deben saber que, a cuanta más succión por parte del bebé al pecho, más producción de leche. Los profesionales, deben explicar a las madres que su leche siempre es suficiente para el bebé. No obstante, siempre pueden recurrir a la estimulación manual y/o mecánica del pecho en caso de succión ineficaz del lactante. De acuerdo con la bibliografía (13) (28), la informante 2 entrevistada comenta: *“Llavors primer els hi preocupa perquè com que visualment no ho veuen, doncs s'angoixen molt amb això, i llavors clar, tenen de referència que si van creixent vol dir que tenen més... que tenen llet, no en aquest cas?”* De acuerdo con ella, la informante 3 explica: *“Després hi ha una altra situació on la dona creu que té poca llet, i la família li reafirma, li reafirma donant-li un biberó de llet de fórmula, i clar, el nen se'l pren tot i és quan li diuen 'veus com amb la teva llet no n'hi havia prou.”*

Reafirmando de este modo que una de las preocupaciones de las madres y una de la principal causa de abandono de la lactancia materna es la falsa creencia de producción insuficiente de leche. Además de ser influida por la opinión de su entorno, por ello es importante que la madre siempre que sea posible acuda a consulta acompañada, para que así la educación de la lactancia materna sea para ambos y así tener soporte.

Por otra parte, la segunda causa de abandono de la lactancia materna es la reincorporación laboral y la falta de información proporcionada a las familias sobre cómo

seguir con este tipo de alimentación pese a que la madre se ausenta en casa durante su jornada laboral. Para empezar, el personal sanitario deberá asegurarse que las familias del bebé tienen conocimientos sobre la legislación que rige la protección maternal, salud y seguridad en el trabajo relacionada con las madres lactantes. La enfermera proporcionará la información adecuada de cómo extraer y almacenar la leche materna, para que así, quien cuide del bebé pueda seguir alimentándolo de manera natural (29) (10). La informante 2 entrevistada de acuerdo con las evidencias, comenta: *"(...) bueno, se'ls hi dóna informació de... de que aquesta llet se la pot doncs, extraure prèviament i se la pot congelar... bueno... hi ha moltíssimes opcions, abans que retirar-la, no? Llavors això ja ho anem parlant poc a poc i donem opcions perquè aquesta llet es pugui anar traient abans i que així la pugui donar qualsevol altre membre de la família. I un cop la mare s'incorpori a casa, després de la seva jornada laboral, doncs evidentment, pot mantenir la lactància materna, junt amb l'alimentació complementària."*

Según la Asociación Española de Pediatría (14), a la edad de 6 meses del bebé, aproximadamente, se inicia la introducción de alimentos complementarios a la lactancia. A medida que se va acercando esa edad, los profesionales empiezan a explicar la manera correcta de introducir nuevos alimentos: se aconseja hacer de manera gradual (ver anexo 4) y en cantidades pequeñas, siendo aumentadas a medida que el niño se acostumbra al sabor. Además, los alimentos deberán introducirse uno a uno para así detectar rápidamente casos de intolerancia y/o alergia. De acuerdo con la bibliografía consultada, la informante 2 entrevistada explica: *"Llavors, se'ls hi explica tota la introducció, com fer-ho, de quina manera, doncs paulatinament, el risc que pot haver, no? Sobretot en el tema de l'ennuegament per la quantitat de trossos més grans que se'ls hi faci. I en cap moment se'ls hi diu doncs que deixin la lactància materna. Llavors facilitar-ho, i dir primer que la lactància materna és la primera, i després es van introduint els aliments en funció de com el nen vagi tolerant-los, doncs estan els que segons l'edat que tinguin, i llavors doncs evidentment qualsevol dubte que tinguin se'ls hi va oferint, no? Doncs si has d'iniciar la verdura i la fruita, evidentment pots donar en tot moment la lactància materna, eh. Es complementa i se'ls hi explica que no sigui cap manera traumàtica i angoixant per la mare."* Sin olvidar, que la lactancia debe ser el alimento principal del bebé, la introducción de los alimentos complementarios no deberá sustituir la leche materna, al menos hasta la edad de 1 año, edad en que el bebé ya podrá consumir el mismo tipo de alimentos que su familia. Teniendo siempre cuidado con el riesgo de atragantamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (9), la lactancia materna es recomendada al menos hasta los 2 años. No obstante, esto no implica que pueda ser prolongada hasta que la madre y niño lo deseen. E incluso, realizar una lactancia en tándem. La informante 2 entrevistada de acuerdo con la lactancia prolongada y/o en tándem, explica: *"Llavors, normalment la OMS recomana que són fins als 2 anys, però hi ha moltes mares que volen continuar i nosaltres el que fem és reforçar-les, si elles volen no hi ha cap mena de problema en què ho puguin fer fins on elles vulguin arribar i on el nen vulgui arribar. (...) Si vol fer un tándem, se li explica que no hi ha cap mena d'inconvenient en què la mare ho faci. No per això tindrà més llet, tot el contrari, hi haurà més augment de la prolactina, tindrà més llet ella, perquè clar seran dos que aniran estimulant, i això no és cap inconvenient ni per ella, ni pels nens, ni per ningú, si ella ho decideix i és feliç, endavant."*

Ambos niños disfrutarán de los beneficios que brinda la lactancia materna. En caso de que la madre decida abandonar la lactancia materna a partir de los 2 años del niño, se aconseja realizar un destete progresivo (10) (13).

Existen Centros de Atención Primaria en que disponen de grupos de apoyo postparto, y se les ofrece la posibilidad a las madres de formar parte de éste, y poder compartir con otras madres su experiencia. En el Centro de Atención Primaria de Cunit/Cubelles,

centro al cual pertenecen las enfermeras entrevistadas (informantes 2 y 3) se realiza una sesión semanal de grupo postparto, al cual acuden la enfermera de pediatría (informante 2), el pediatra y la comadrona (informante 3). Sobre este grupo la informante 2 explica: *Tots els dimarts en el CAP de Cunit, fem tallers, fem unes classes de postpart on hi ha tallers, on es parla de lactància materna... és poder lo més primordial, no?* Además, la informante 3 comenta: *(...) És una horeta i mitja, que podem estar amb elles, de forma més distesa, on poden anar també els pares, els avis que vulguin acompanyar a les mares. I llavors allà doncs, individualment o de forma col·lectiva evidentment també, s'està més per les mares, que de vegades a la consulta no es pot fer i doncs és un rato o estona que tenim per estar per elles.*

En el caso del Centro de Atención Primaria de Cunit/Cubelles, el grupo postparto es un recurso importante al que tienen acceso todas las familias, tanto si alimentan de manera natural, como si lo hacen artificialmente. Son sesiones en que las madres pueden poner en común sus dudas, además de ser un gran soporte emocional en situaciones de posibles complicaciones.

El personal sanitario influye en la incidencia de la lactancia materna. Por este motivo, deberá siempre dar información adecuada, actualizada y de acuerdo con la evidencia sobre la importancia de mantener este modo de alimentación de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé (27). Dando soporte siempre en todas las decisiones que las familias quieran tomar en relación con el cuidado de su hijo. No obstante, deberán redirigir y corregir siempre falsas creencias, para así velar por un crecimiento y desarrollo correcto del niño (31). De acuerdo con el marco teórico, la informante 2 entrevistada, explica: *"I després, suport emocional, molt de suport emocional no només per elles sinó pel seu entorn. (...) Llavors és un consol, una ajuda i un reforç a tothom, a ella i a l'acompanyant. (...) Nosaltres el que fem és tornar amb reforç positiu, i respectant evidentment, el criteri de la mare. I qualsevol dubte que se li generi mentre ho està fent doncs se li explica, no? I se li dóna el consell necessari."*

Por último, el equipo que atiende a la madre, familia y bebé, debe estar de acuerdo en los consejos y educación proporcionada para la alimentación del niño (25) (27). De este modo, se evitarán posibles confusiones sobre la lactancia materna, evitando también el riesgo de abandono de ésta. De acuerdo con esto, la informante 3 entrevistada nos explica: *"I la infermera de pediatria doncs, com el bebè també anirà a la infermera de pediatria pues ella també, clar, ella també... aahh... donarà la seva visió, el seu parer, i si més o menys és similar el que li he dit jo i lo que li han dit les infermeres de pediatria, ja està! Llavors si que ja no hi ha dubte! Confien en el professional."* Afirmando así la importancia de que los diferentes profesionales proporcionen la misma información, estableciendo de este modo una relación de confianza con las familias, relación terapéutica, velando por una lactancia materna eficaz.

No obstante, de acuerdo con la literatura consultada, siempre que la familia desee alimentar a su bebé con lactancia artificial deberá ser respetado, intentando siempre conocer los motivos de esta decisión (13) (18). Según la informante 2: *"Bueno doncs, sobretot amb respecte. Normalment se'ls pregunta el perquè d'aquesta decisió, determinació de no voler fer lactància materna i llavors doncs ens expliquen i el que ens expliquen doncs ens assembla bé. (...) El que no fem mai és obligar, ni insistir en coses que ells no hi creuen. El que es fa és tenir gran respecte i explicar els avantatges i dir-los que ens tenen allà sempre per qualsevol dubte que puguin arribar a generar en qualsevol tema, sobretot en la lactància."* Del mismo modo, la informante 3 comenta: *"Bueno en tot cas s'ha de respectar, i es pot preguntar perquè, perquè no volen i llavors cadascú t'expressarà els seus motius."*

9. CONCLUSIONES

Durante la realización de este trabajo, hemos podido evidenciar, en base a la literatura consultada y la información otorgada por las enfermeras entrevistadas, el papel fundamental que tiene la enfermería en la instauración de una lactancia materna de calidad, así como en aumentar su duración, gracias a un seguimiento íntimo de ésta, consiguiendo así acercarnos cada vez más a las recomendaciones establecidas por la OMS.

A nivel de hospitalización, el rol de la enfermera coordinadora de lactancia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en cuanto a la instauración de la lactancia materna, se puede clasificar en dos grupos.

Por una parte, asistencialmente, se encarga de valorar y apoyar todas las lactancias durante el ingreso hospitalario de madre e hijo, especialmente las lactancias dificultosas, detectándolas como lactancias de riesgo. Este servicio asistencial no sólo se da en la unidad de maternidad, sino que la coordinadora se encarga de asesorar a todas las madres, que se encuentran en período de lactancia, ingresadas en cualquier servicio del hospital, ingresando así con sus hijos. Por último, realiza un seguimiento post-alta, en caso de ser preciso, en madres con dificultades para la lactancia.

Por otra parte, tiene la responsabilidad de gestionar y liderar los cuidados de lactancia en los profesionales, así como, participar en la elaboración de normas, protocolos y manuales de procedimientos basados en evidencia científica, en lactancia materna y crianza. A nivel de gestión, también coordina los 7 Grupos de Mejora de la IHAN con una participación y asistencia a todas sus reuniones, esto incluye: las dos plantas de maternidad del hospital, la unidad de neonatología, el área de partos y bloque quirúrgico-obstétrico, la unidad de urgencias de pediatría y UCEP, la planta de pediatría, las consultas externas de pediatría y ginecología-obstetricia y por último la UCI-C materno-infantil. Además, se ocupa del diseño y participación en actividades formativas en lactancia para capacitar a los diferentes profesionales que estén implicados en esta materia.

Por último, trabaja en el campo de la investigación realizando y participando en diversos estudios relacionados con la lactancia que permiten una mejora de la práctica asistencial, y cumple con una actualización continua de las recomendaciones en lactancia consultando a través de bases de datos nacionales e internacionales, guías de práctica, jornadas y cursos.

Seguidamente, el rol que ejerce la enfermera en planta de obstetricia del HUMV empieza en el momento inmediato al posparto, favoreciendo el contacto piel con piel, tanto en partos naturales como en cesáreas, e incluso cuando madre o hijo requieren de hospitalización en una unidad diferente, sin limitar las visitas a la madre. Enseñan a las madres a reconocer las señales tempranas de hambre en el lactante, así como posturas de amamantamiento, indicando las principales recomendaciones de la lactancia.

Así pues, aplicaran la normativa y/o protocolo de lactancia específica de la planta, esto incluye: vigilar las lactancias mínimo una vez por turno, y registrarlas en el sistema informático; valorar la toma, teniendo en cuenta los criterios de un buen agarre, posición, alimentación correcta y bienestar materno y del neonato; favorecerán la intimidad de la mujer en la habitación del hospital y una toma de decisiones adecuada y libertad de decisión; por último, prevendrán complicaciones derivadas de la lactancia fomentando la autoconfianza y seguridad de las madres, y solucionando posibles dificultades.

Por otra parte, para un seguimiento correcto de la lactancia materna en atención primaria, intervienen la enfermera de pediatría y la comadrona (del equipo enfermero). Para empezar, la enfermera de pediatría se encarga de establecer un plan de visitas para el neonato. La primera visita se realiza entre el segundo y el quinto día del alta

hospitalaria. En ésta se realiza una valoración exhaustiva del estado del niño y de la madre, haciendo énfasis en la lactancia y valorándola para velar por una buena nutrición del lactante. La segunda visita se realiza a los 15 días de vida del bebé, en ésta se realiza una visita conjunta con el pediatra. La tercera visita se realiza al cabo de una semana de la segunda, para seguir controlando el peso del niño y valorando y corrigiendo la lactancia. La cuarta visita se realiza al mes de vida, siendo las próximas visitas cada mes.

Para velar por un seguimiento correcto de la lactancia materna, la enfermera de pediatría se encarga de realizar una educación sanitaria constante a la familia del bebé, con un refuerzo positivo, la resolución de dudas y la búsqueda y solución a todos los problemas que puedan suceder. Por otra parte, en cada visita realiza una valoración del estado nutricional del lactante, en función del peso, talla, crecimiento ponderal y estado físico del niño. Enseñando en las primeras visitas nuevas técnicas de amamantamiento a las madres, y explicando que hay muchas posturas correctas, deberán escoger las más cómodas, tanto para ellas como para el bebé.

Cuando llega el momento de la reincorporación laboral, la enfermera de pediatría ayudará a la madre a conciliar la lactancia con la vida laboral, explicando las distintas formas de extracción de lactancia y la conservación correcta de esta leche.

A la edad de 6 meses del lactante, asesorará en la introducción de la alimentación complementaria, haciendo hincapié en que la lactancia seguirá siendo la principal fuente de energía del bebé hasta la edad de 1 año.

La lactancia será reforzada y apoyada por la enfermera de pediatría hasta que la madre, el bebé o ambos lo decidan, ayudando en el destete siempre que sea necesario. Por otra parte, se animará a las madres que deseen hacer una lactancia en tándem.

Por último, la enfermera animará a todas aquellas madres y familias que quieran asistir al grupo posparto para compartir sus experiencias y dudas con otras madres.

Junto a la enfermera de pediatría en atención primaria, trabaja la comadrona. El papel de ella es fundamental para el inicio de la lactancia materna, pues se encarga de realizar una educación prenatal preparando al parto. En estas sesiones se explican todos los aspectos importantes de la lactancia, así como los problemas, complicaciones y dificultades que pueden acontecer durante la misma. De este modo, las futuras madres estarán preparadas una vez inicien la lactancia.

Normalmente las consultas de lactancia empiezan en torno a la semana 25 de gestación, ya que es cuando la mujer empieza a plantearse el tipo de alimentación de su futuro hijo.

Educar también a la pareja, familiar o acompañante de la embarazada es un punto importante para que la lactancia sea eficiente en un futuro, de este modo la madre tendrá un apoyo.

Una vez la madre es dada de alta hospitalaria, en el momento postparto, la comadrona se pone en contacto inmediatamente para conocer si existen complicaciones o si necesita la resolución de alguna duda. La comadrona realiza atención en consulta para corregir errores en lactancia y evitar posibles complicaciones, enseñando siempre nuevas técnicas de amamantamiento, así como posturas diferentes.

La enfermera de pediatría y la comadrona están en constante contacto, y de acuerdo en todos los procesos, decisiones e ideas, para así apoyar a la madre proporcionando confianza en sus decisiones unánimes.

Como conclusión, hemos podido observar la importancia de una vigilancia constante en la planta de obstetricia (mínimo una vez por turno), así como su posterior registro en el sistema informático. De esta forma, se insistirá en llevar a cabo numerosas tomas a lo largo del día, de 8 a 12, las cuales también deberán quedar registradas. Estas tomas deberán ser valoradas por el profesional, de una forma holística y teniendo en cuenta tanto a la toma, como a la madre lactante y al recién nacido. Se corregirán posturas, agarres y malos hábitos. Se fomentará el contacto madre-recién nacido, especialmente

mediante el contacto piel con piel. En caso de dificultades en la madre o separación de ambos, se animará a realizar la estimulación y extracción mecánica de calostro, enseñando también sus técnicas de conservación.

En el Centro de Atención Primaria, se llevará a cabo el seguimiento de la lactancia y el registro de ésta en el sistema informático. Se realizará constante educación sanitaria y refuerzo positivo a las madres, valorando de nuevo que las tomas se hagan de una forma correcta y evitando complicaciones ya comentadas. Se valorará el estado nutricional del lactante, mediante observación física y registro de peso y talla. Por último, se animará a mantener la lactancia hasta que la madre decida, ofreciendo siempre apoyo y disponibilidad.

Por lo tanto, se ha conocido el cumplimiento de los protocolos, guías de práctica clínica y manuales vigentes de enfermería en lactancia materna, a través de las entrevistas realizadas a los profesionales dedicados al manejo de la instauración y seguimiento de la lactancia materna.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1:

| | 2019 | | 2020 | | | | |
|----------------------------------|------|-----|------|------|-----|-----|-----|
| | NOV | DIC | ENE | FEBR | MAR | ABR | JUN |
| Rev. Bibliográfica | | | | | | | |
| Justificación | | | | | | | |
| Objetivos | | | | | | | |
| Introducción | | | | | | | |
| Marco teórico | | | | | | | |
| Metodología | | | | | | | |
| Entrevistas | | | | | | | |
| Transcripción de las entrevistas | | | | | | | |
| Análisis de los resultados | | | | | | | |
| Discusión | | | | | | | |
| Conclusiones | | | | | | | |
| Presentación TFG | | | | | | | |
| Defensa TFG | | | | | | | |

Tabla 1: Plan de trabajo. Elaboración propia.

10.2. ANEXO 2:

| | Signos | Alteración |
|--------------------------|---|---|
| Piel | Desnutrición: hiperqueratosis, equimosis | Hierro, zinc, vitamina B ₁ , ácido ascórbico |
| | Obesidad: acantosis <i>nigricans</i> , estrías | Metabolismo hidrocarbonado, cortisol |
| Cabello y uñas | Pelo ralo, despigmentado y frágil, uñas distróficas ("en cuchara") | Hierro, zinc, vitamina B ₁ , vitamina K, vitamina A, niacina |
| Labios, encías y dientes | Queilitis, estomatitis, gingivitis Alteración del esmalte dentario | Vitaminas del grupo B, ácido ascórbico Calcio, flúor |
| Ojos | Sequedad, queratomalacia, fotofobia, hiperemia, retinitis pigmentosa | Zinc, vitamina A, riboflavina, vitamina E |
| Esqueleto | Ensanchamiento epifisario, craneotabes, deformidad torácica "en quilla" | Calcio, vitamina D |
| | Hepatomegalia, hígado graso | Metabolismo lipídico |
| | Hipogonadismo | Zinc |
| | Neuropatía | Vitamina B ₁ , vitamina B ₁₂ |
| | Arritmias | Potasio, calcio, fósforo |

Tabla 1: Signos clínicos sugestivos de trastornos nutricionales (20).

10.3. ANEXO 3:



Tabla 2: Peso en percentiles para la edad (0 – 2 años) en niñas (31).



Tabla 3: Longitud en percentiles para la edad (0 – 2 años) en niñas (31).

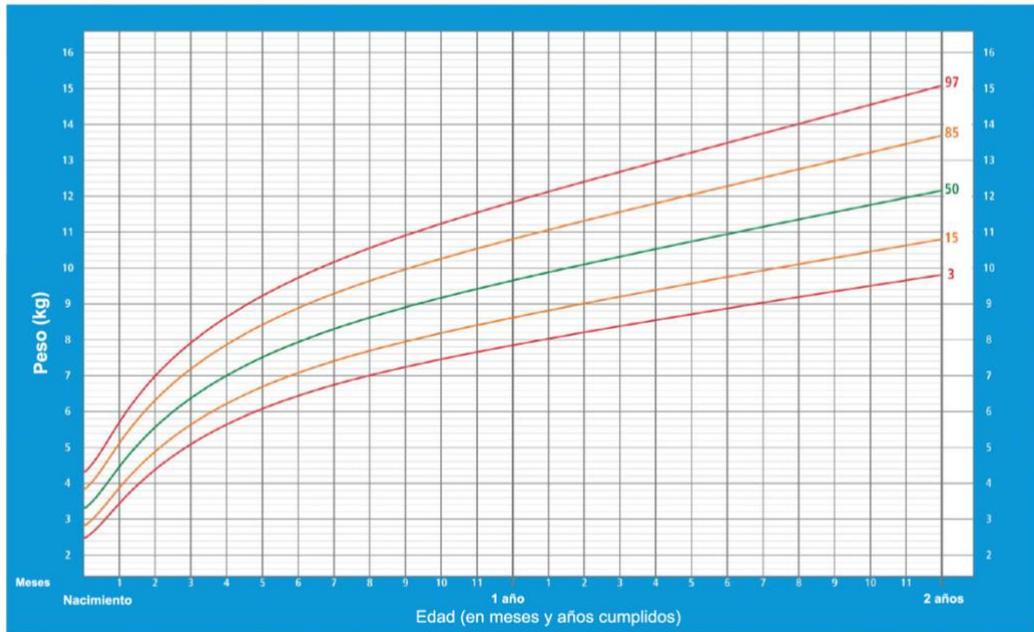


Tabla 4: Peso en percentiles para la edad (0 – 2 años) en niños (31).

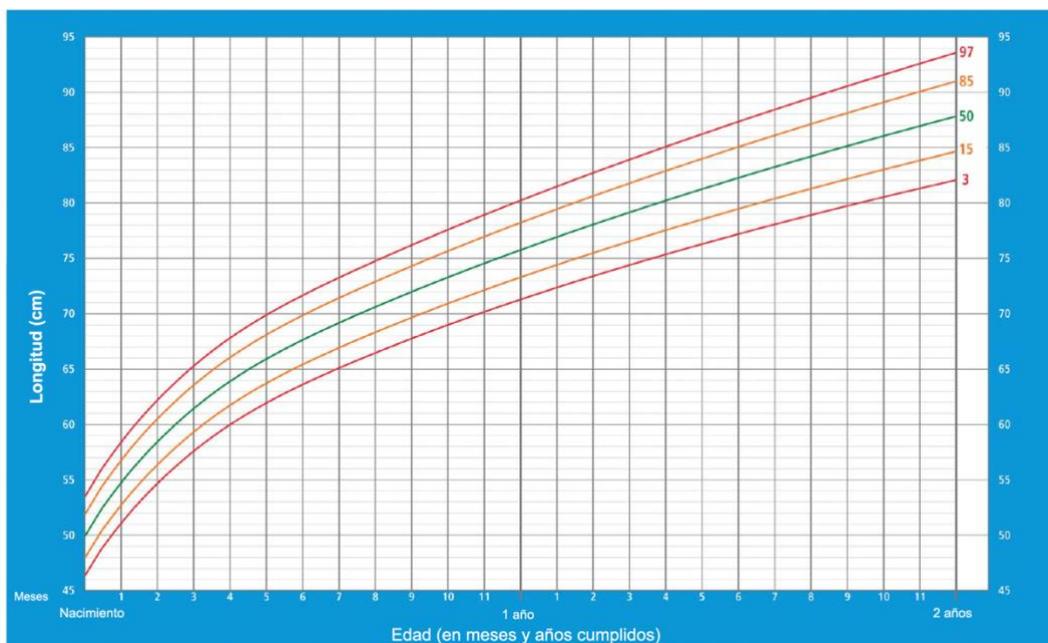


Tabla 5: Longitud en percentiles para la edad (0 – 2 años) en niños (31).

10.4. ANEXO 4:

| Alimento | 0-6 meses | 6-12 meses | 12-24 meses | >2 años |
|---|--|------------|-------------|-----------------------------|
| Leche materna | | | | |
| Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM) | | | | |
| Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva | | | | |
| Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses) | | | | |
| Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc.) | | | | Por encima de los 3 años |
| Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería) | Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses) | | | |

Tabla 6: Introducción de la alimentación complementaria (14).

10.5. ANEXO 5:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimadas/os enfermeras/os,

Somos dos estudiantes de 4º curso de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de la Sede de Coma-Ruga. Actualmente, estamos realizando el trabajo de fin de grado relacionado con el rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna.

Decidimos realizar el trabajo sobre esta temática debido a que, según evidencia, la alimentación de los niños al largo de la historia ha sido determinada por factores sociales, culturales y económicos, sin tener en cuenta, en muchas ocasiones, la importancia del amamantamiento materno y la amplia variedad de beneficios que ésta proporciona.

Siendo la instauración y seguimiento de la alimentación del niño una competencia de enfermería, el objetivo principal de nuestro proyecto es determinar el rol de enfermería en la instauración y seguimiento de la lactancia materna.

En conjunto con la tutora de la Universidad, decidimos que el mejor método para realizar este trabajo podía ser a través de la metodología cualitativa, con una previa revisión bibliográfica. Realizando así, entrevistas a profesionales de enfermería relacionados con la lactancia, hasta la saturación de los datos, para así obtener unos resultados objetivos.

Vuestra colaboración consistiría en participar en una entrevista para observar el protocolo que seguís para la consolidación/continuidad de la lactancia materna. Si finalmente estáis dispuestas a colaborar, podéis firmar la hoja de consentimiento informado con tal de realizar la entrevista.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos de la persona entrevistada

Nombre: *MÓNICA MILA*

Apellidos:

DNI/NIE:

Datos de carácter personal

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (hacia delante, RGPD), UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril del 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que hace al trato de datos personales y a la libre circulación de estos datos, os comunicamos que vuestros datos serán incorporados, sin identificación y manteniendo el anonimato, en el documento del trabajo de fin de grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de las estudiantes Andreea Ioana Barbu, con NIE X8608752 J y Jana Sedano Enales con DNI 72353402 W. Se debe informar que estos datos no serán cedidos a terceros sin un consentimiento concreto y explícito.

Sí, autorizo al cese de datos personales para que se pueda tratar la información relativa al trabajo de fin de grado.

No, no autorizo el cese de datos personales, y por tanto, no doy permiso.

Lugar: *CUNIT*

Fecha: *9/3/2020*



Firma de la persona interesada

En caso de que desee consultar alguna duda o comentar sobre este proyecto, o bien si quiere revocar la participación puede contactar a través de los correos electrónicos siguientes: andreea22_1998@hotmail.com y janasedano@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos de la persona entrevistada

Nombre: *Isabel Ràfols Soler*
Apellidos:
DNI/NIE: *35.024694 H*

Datos de carácter personal

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (hacia delante, RGPD), UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril del 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que hace al trato de datos personales y a la libre circulación de estos datos, os comunicamos que vuestros datos serán incorporados, sin identificación y manteniendo el anonimato, en el documento del trabajo de fin de grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de las estudiantes Andreea Ioana Barbu, con NIE X8608752 J y Jana Sedano Enales con DNI 72353402 W. Se debe informar que estos datos no serán cedidos a terceros sin un consentimiento concreto y explícito.

Sí, autorizo al cese de datos personales para que se pueda tratar la información relativa al trabajo de fin de grado.

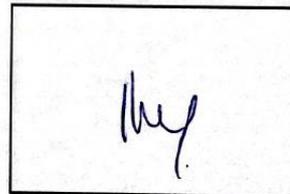
No, no autorizo el cese de datos personales, y por tanto, no doy permiso.

Lugar:

Cunit

Fecha:

9/3/2020



Firma de la persona interesada

En caso de que desee consultar alguna duda o comentar sobre este proyecto, o bien si quiere revocar la participación puede contactar a través de los correos electrónicos siguientes: andreea22_1998@hotmail.com y janasedano@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos de la persona entrevistada

Nombre: Carolina
Apellidos: Lechoia Muñoz
DNI/NIE: 72049436 - G

Datos de carácter personal

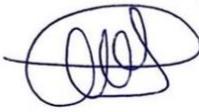
De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (hacia delante, RGPD), UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril del 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que hace al trato de datos personales y a la libre circulación de estos datos, os comunicamos que vuestros datos serán incorporados, sin identificación y manteniendo el anonimato, en el documento del trabajo de fin de grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de las estudiantes Andreea Ioana Barbu, con NIE X8608752J y Jana Sedano Enales con DNI 72353402W. Se debe informar que estos datos no serán cedidos a terceros sin un consentimiento concreto y explícito.

Sí, autorizo al cese de datos personales para que se pueda tratar la información relativa al trabajo de fin de grado.

No, no autorizo el cese de datos personales, y por tanto, no doy permiso.

Lugar: Santander

Fecha: 28.04.20



Firma de la persona interesada

En caso de que desee consultar alguna duda o comentar sobre este proyecto, o bien si quiere revocar la participación puede contactar a través de los correos electrónicos siguientes: andreea22_1998@hotmail.com y janasedano@gmail.com

10.6. ANEXO 6:

GUIÓN ENTREVISTA COORDINADORA DE LACTANCIA EN HOSPITALIZACIÓN

1. ¿Cuál es tu papel, en rasgos generales, como enfermera coordinadora de lactancia materna? ¿Es una figura habitual en el resto de los hospitales?
2. Una de las bases para una lactancia materna eficaz es que las madres dispongan de los conocimientos necesarios y suficiente información sobre ésta. ¿En qué consiste el asesoramiento que se ofrece a las madres cuando llegan a la planta de obstetricia? ¿Qué es lo más importante que deben conocer en las primeras horas?
3. ¿Disponéis de algún plan de cuidados específico para la instauración de la lactancia materna en la planta?
4. ¿En qué te fijas para verificar que una lactancia materna está siendo satisfactoria?
5. ¿De qué manera favoreces un entorno adecuado para la lactancia materna en la habitación del hospital?
6. ¿Cuál es tu actuación frente a una mujer que te manifiesta que se está planteando abandonar la lactancia materna en los primeros días post parto?
7. ¿Cuáles son los motivos más comunes para este abandono temprano?
8. ¿Cuáles son las complicaciones relacionadas con la lactancia más habituales que sueles observar durante el ingreso postparto?
9. Cuando las tomas no están siendo efectivas, ¿qué método/s seguís para la extracción de calostro?
10. ¿Cómo favorecéis la instauración de la lactancia materna en una madre que ha sido separada de su recién nacido con el ingreso de éste en la planta neonatal? ¿Y con una madre que requiere ingreso hospitalario después del parto en otra unidad?
11. Conociendo la importancia de las primeras horas post parto en el éxito de la lactancia materna, ¿cómo favorecéis la instauración de ésta en los nacidos por cesárea?
12. ¿Se siguen en planta los 10 pasos establecidos en la estrategia IHAN para una lactancia materna eficaz?
13. En general, ¿crees que se está haciendo todo lo posible por promover e incentivar la lactancia materna? ¿Qué cambios realizarías tú como profesional para favorecer la instauración de la lactancia en la planta?
14. Si hay alguna cuestión más que te gustaría destacar y no se haya tratado, escríbelo aquí:

GUIÓN ENTREVISTA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Quina és la primera visita que es fa d'infermeria per al control de la lactància materna al centre?
2. Amb quina freqüència se cita al nounat per les primeres visites per tal de fer un bon control de l'alimentació?
3. Al vostre centre teniu algun tipus de protocol estandarditzat en atenció primària per a un correcte seguiment de la lactància materna? Quin és? O si no el teniu, com es realitza aquest seguiment?
4. Quines són les estratègies que feu servir per recolzar i protegir la lactància materna?
5. Per una bona valoració de l'estat nutricional del nen quins mètodes es fan servir a la vostra consulta? I en quant a possibles complicacions que poden sorgir durant la lactància, quines són les més freqüents i com s'aborden?

6. Quan el nadó arriba a l'edat de 6 mesos, que és l'etapa en què es comença la introducció d'aliments complementaris, quina és la recomanació per combinar-ho amb la lactància materna?
7. Un cop el nadó assimila de manera correcta l'alimentació complementària, fins a quina edat es recomana la lactància materna?
8. Si la mare té pensat tenir més fills quina recomanació hi ha per la lactància en tàndem?
9. Quan les mares han de reincorporar-se a la vida laboral, quina és la recomanació per seguir amb la lactància materna evitant l'abandonament d'aquesta?
10. Vosaltres teniu un grup de mares post-part en el que es parla de tots els aspectes durant aquest període post-part, la lactància és un tema que elles posen en comú?
11. Per últim, en el cas en què els pares decideixin no alletar els seus fills, com s'aborda aquesta situació?

GUION ENTREVISTA COMADRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Com a llevadora d'atenció primària, quines són les activitats que es realitzen per la promoció de la lactància materna? Dins d'aquestes activitats, es realitza una educació prenatal enfocada a la lactància materna, en què consisteix?
2. Quines són les activitats que una llevadora realitza en atenció primària per fer un bon seguiment de la lactància materna, almenys fins als 2 anys, edat recomanada per la OMS?
3. Durant el primer mes de vida del nounat, es presta atenció dirigida a afavorir processos d'adaptació i detectar situacions de risc. Quines són les situacions més comuns de posta en risc de la lactància materna? Com s'aborden?
4. Com s'aborda una situació en què la família decideix no iniciar la lactància materna i es decanta per l'alimentació artificial? I en situacions en què ha hagut un inici de l'alletament, però es decideix abandonar?
5. Si en consulta acut una família a la que li està sent difícil la lactància materna, afrontes la situació sola o amb l'ajuda d'altres professionals que atenen al nadó?
6. Al vostre centre d'atenció primària, es realitza una sessió cada dimarts pel matí, dedicada a l'etapa post-part, en què acuden els nadons i les seves famílies. En aquestes sessions, es posa en comú l'experiència de lactar, així com els seus dubtes i dificultats, de cadascuna de les mares?

10.7. ANEXO 7:

ENTREVISTA: Papel de la enfermera en la instauración de la Lactancia Materna. Figura de la enfermera coordinadora de LM en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

¿Cuál es tu papel, en rasgos generales, como Enfermera coordinadora de Lactancia Materna? ¿Es una figura habitual en el resto de Hospitales?

Mis funciones en el HUMV son:

- Liderazgo y Gestión de cuidados de lactancia entre profesionales.
- Participación y apoyo en la elaboración de normas, protocolos y manuales de procedimientos basados en la evidencia científica, en lactancia materna y crianza respetuosa.

- Valoración y apoyo de lactancias que presenten dificultades durante su estancia en planta de maternidad.
- Detección de lactancias de riesgo y coordinación con los diferentes profesionales implicados y las acciones a realizar, eliminando la duplicidad de servicios prestados y la variabilidad de las prácticas.
- Seguimiento Post-Alta si fuera preciso, de madres con dificultades con la lactancia materna en la Clínica de Lactancia del HUMV
- Enlace entre unidades asistenciales. Canal de comunicación, asesoría y consulta de los diferentes servicios y profesionales que intervienen en el cuidado madre-hijo.
- Asesoramiento a madres ingresadas en cualquier Servicio del Hospital que sigan amamantando y que ingresan acompañadas de sus hijos (Hospital de Semana, rayos, UARH, HDM, HDQ, Planta de Hospitalización Pediátrica o en la Unidad de Corta Estancia de Urgencias de Pediatría y/o acuden a la Unidad de Urgencias de Pediatría o Consultas Externas de Especialidades Pediátricas).
- Asesoramiento a Madres con RN ingresados en la Unidad de Neonatología
- Asesoramiento a Madres ingresadas en la UCI Materno-Infantil tras el parto y realización de Protocolo específico.
- Asesoramiento en lactancia a mujeres con embarazo de riesgo que requieran ingreso hospitalario o consultas externas.
- Participación y coordinación en los 7 GRUPOS DE MEJORA de la IHAN con participación activa y asistencia a todas sus reuniones.
 - Planta de Maternidad TD4 y TC4
 - Unidad de Neonatología
 - Área de Partos y Bloque Quirúrgico-Obstétrico
 - Unidad de Urgencias de Pediatría y UCEP
 - Planta de Pediatría
 - Consultas Externas de Pediatría y Ginecología-Obstetricia
 - UCI-C Materno-Infantil
- Diseño y participación en actividades formativas en lactancia para capacitar a los diferentes profesionales que estén implicados en esta materia. En forma de cursos, sesiones, asesoramiento personal nueva incorporación
- Investigación:
 - Realización y participación en diversos estudios relacionados con la lactancia que permiten mejorar la práctica asistencial
 - Actualización continua de las recomendaciones en lactancia consultando a través de bases de datos nacionales e internacionales, guías de práctica, jornadas, cursos y jornadas
- Monitorizar resultados.

¿Es una figura habitual en el resto de Hospitales?

Que yo conozca, en el Hospital 12 de octubre y en Osakidetza disponen de esta figura

Una de las bases para una LM eficaz es que las madres dispongan de los conocimientos necesarios y suficiente información sobre ésta, ¿En qué consiste el asesoramiento que se ofrece a las madres cuando llegan a la planta de Obstetricia? ¿Qué es lo más importante que deben conocer en las primeras horas?

“Una de las bases para una LM eficaz es que las madres dispongan de los conocimientos necesarios y suficiente información sobre ésta”.

Esta información la deben de recibir en primaria en su educación maternal, realiza por su matrona en su centro de salud. Toda embarazada debe de recibir información sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto.

El personal de enfermería en la planta de maternidad ayuda a esas mujeres en el inicio de la lactancia: favoreciendo el CPP, enseñando a las madres a reconocer las señales tempranas de los niños cuando tienen hambre, diferentes posturas para amamantar, explicar la importancia de garantizar 8-12 tomas durante las 24 horas....

¿Disponéis de algún plan de cuidados específico para la instauración de la LM en la planta?

Disponemos de una normativa de lactancia específica de lactancia en nuestra unidad donde se contempla un protocolo de actuación.

Pero si te refieres a un plan de cuidados(taxonomía enfermera) propiamente dicho no le tenemos aún...porque el niño no figura como ingresado en la planta

¿Con qué frecuencia se vigilan las lactancias en planta?

Como mínimo una vez por turno se valoran y registran

¿En qué te fijas tú para verificar que una LM está siendo satisfactoria?

Miro a la madre-la toma-el niño

- Indicadores de buen agarre y posicionamiento:
 - boca abierta.
 - menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
 - la barbilla del lactante toca el pecho, el labio inferior está enrollado hacia abajo, y la nariz libre.
 - no hay dolor.
- Indicadores de alimentación correcta en los lactantes:
 - deglución audible y visible.
 - succión rítmica sostenida.
 - brazos y manos relajados.
 - boca húmeda.
 - Patrón de excretas adecuados
 - Lactante satisfecho tras la toma
- Indicadores de lactancia materna adecuada en mujeres:

- ablandamiento de mama.
- pezón al final de la toma sin deformar
- la mujer se siente relajada

¿De qué manera favoreces un entorno adecuado para la LM en la habitación del hospital?

No entiendo bien esta pregunta, ...para mí el entorno adecuado pasa por la intimidad que necesitan esas madres para establecer la lactancia, favoreciendo el CPP y así poder detectar las señales tempranas de hambre del RN...pero yo esto se lo explico a las madres y son ellas las que deciden .Yo nunca echo a nadie de las habitaciones

¿Cuál es tu actuación frente a una mujer que te manifiesta que se está planteando abandonar la LM en los primeros días post parto?

Siempre utilizando técnicas de consejería, empatizando y entender por qué esa madre ha tomado esa decisión. Una vez que nos ponemos en su lugar es mucho más fácil ayudarlas a que no tomen una decisión inadecuada.

¿Cuáles son los motivos más comunes para este abandono temprano?

Dolor, grietas en el pezón y la poca confianza en su capacidad de amamantamiento que las mujeres nos transmiten con frases como: "no tengo leche", "mi leche no le alimenta"...

¿Cuáles son las complicaciones relacionadas con la lactancia más habituales que sueles observar durante el ingreso post parto?

Dolor y grietas en la madre

Cuando las tomas no están siendo efectivas, ¿qué método/s seguís para la extracción de calostro?

Como primera opción siempre se les sugiere una extracción manual, optimiza la extracción de calostro, pero muchas madres prefieren una extracción mecánica

¿Cómo favorecéis la instauración de la LM en una madre que ha sido separada de su recién nacido con el ingreso de éste en la planta neonatal? ¿Y con una madre que requiere ingreso hospitalario después del parto en otra unidad?

- Niño ingresado que puede mamar explicando a la madre la importancia de que intente estar el mayor tiempo posible con él y bajar a todas las tomas que pueda.
- Niño ingresado que mama de forma ineficaz (prematuro, bajo peso..): lo mismo pero tras las tomas extracción manual o mecánica.
- Madre en UCI o tras cesárea que no puede ir neo: que comience cuanto antes con la extracción manual/mecánica y realice.

Conociendo la importancia de las primeras horas post parto en el éxito de la LM, ¿cómo favorecéis la instauración de ésta en los nacidos por cesárea?

El HUMV ya dispone de un protocolo de CPP en un porcentaje reducido de cesáreas, sin riesgo...y poco a poco confiamos que se amplíen esos criterios y todos los niños que nazcan por cesárea puedan realizar CPP con su madre e iniciar esa toma en las primeras horas

Cuando son separados, las matronas en el postparto comienzan a enseñar a esas madres la extracción/estimulación manual

¿Se siguen en planta los 10 pasos establecidos en la estrategia IHAN para una LM eficaz?

Todos aun no, estamos en el camino. El HUMV está dentro de la iniciativa IHAN, en la Fase 2D....nos queda camino por recorrer...

En general, ¿Crees que se está haciendo todo lo posible por promover e incentivar la LM? ¿Qué cambios realizarías tú como profesional para favorecer la instauración de la lactancia en la planta?

El HUMV está realizando un gran esfuerzo por cambiar sus prácticas y cuenta con el apoyo de la dirección. Es un hospital grande, de tercer nivel con unos 3000 partos al año y los cambios no son fáciles. Pero, en mi opinión todo pasa por la formación y en ese proceso estamos, formando a más de 400 trabajadores del área materno infantil, realizando cursos de 17 horas teóricas y 3h practicas obligatorios.

Si hay alguna cuestión más que te gustaría destacar y no se haya tratado, escríbelo aquí:

En mi opinión los estudiantes de enfermería reciben poca formación en lactancia materna, debería ser una formación transversal durante toda la carrera. Que comenzase con su anatomía, fisiología, bioquímica en primero y continuara en cada curso

¡Muchísimas gracias por tu colaboración!

ENTREVISTA ENFERMERA DEL CAP

Andreea: Quina és la primera visita que es fa d'infermeria per al control de la lactància materna al centre?

Infermera: La primera en principi junt amb la col·laboració de l'hospital si és un nen que té problemes doncs es fa entre el 2n, 4rt, 5è dia. Aquesta és la primera visita. Llavors, allà infermera el que fa és controlar el pes i els problemes que pugui tenir la mare amb la lactància materna. Bé?

Andreea: Si, si! Aleshores, amb quina freqüència se cita al nounat per les primeres visites per tal de fer un bon control de l'alimentació?

Infermera: Llavors es faria la primera, que hem dit aquesta, entre 4, 5 dies, en funció de la patologia del nen o de com estigui el nen. Després se li cita quan el nen té 15 dies per fer la revisió conjunta junt amb el pediatra, a la setmana es torna a comprovar una altra vegada el control del pes, i ja se li cita en la edat de revisió del nen sa quan té 1 mes. Però sempre, sempre, donem opció que la mare qualsevol dubte que pugui tenir de lactància o el que sigui, doncs es comuniqui amb nosaltres, es posi en contacte, demani hora o el que sigui eh.

Andreea: Mmm vale. I al vostre centre teniu algun tipus de protocol estandarditzat en atenció primària per a un correcte seguiment de la lactància materna? Quin és? O si no el teniu, com es realitza aquest seguiment?

Infermera: Llavors, aahh, en principi el protocol, ara estem abordant un sobre la lactància materna ineficaç, sobretot eh, llavors aquest s'inclourà dintre de res. Tant breu com es dissenyi des del, lo que és des del MEAP, des del nostre programa informàtic tu puguis accedir... perquè és ineficaç la lactància materna, si han hagut problemes, si la mare doncs no està capacitada, si necessita més recolzament... això seria un, i després bueno fas una miqueta la criança de cada un, és a dir, com que ara no el tenim doncs tot això ho fas verbalment, no? I doncs ho expliques en el MEAP si fas un reforç positiu, si ha tingut problemes, en què es basen aquests problemes... però el protocol s'està ja elaborant ja.

Andreea: I quines són les estratègies que feu servir per recolzar i protegir la lactància materna?

Infermera: Bueno sobretot donant aaah.. els beneficis de la lactància materna, totes les contraindicacions, doncs intentes camuf... vull dir explicar més les coses positives, no? Des de part de la mare que millora doncs el càncer de, de... de mama, se li diu a la mare que disminueix la mort súbdita, de que hi ha una millor relació entre la mare i el nen, de que evidentment no té res a veure cap lactància artificial amb la lactància materna... però en cap moment ho abarques en funció de que hagi de fer-ho si o si la mare, la lactància materna. Sempre respectes la decisió de la mare.

Andreea: Amm... Aleshores per una bona valoració de l'estat nutricional del nen quins mètodes es fan servir a la vostra consulta? I en quant a possibles complicacions que poden sorgir durant el.. el... la lactància, quines són les més freqüents i com s'aborden?

Infermera: Llavors aquí bueno per valoració de l'estat nutricional evidentment fas ús de lo que és el pes, la talla, que tingui un bon creixement ponderal... després no només mires això, mires també l'estat general del nen, no? Que no estigui deshidratat, que faci les deposicions correctament, que faci les miccions correcte, que no tingui plors desconsolats, no? I que faci sobretot un bon creixement ponderal en funció de l'edat del nen, no?

Llavors les complicacions més freqüents són les típiques: angoixa, la mare no, no és conscient de la quantitat durant la lactància de llet que li està donant en cada 'toma'. Llavors primer els hi preocupa perquè com que visualment no ho veuen, doncs s'angoixen molt amb això, i llavors clar, tenen de referència que si van creixent vol dir que tenen més... que tenen llet, no en aquest cas?

Després una altra complicació molt freqüent és el tema del nen en què de vegades les posicions no són les correctes i fan moltes clivelles, eh? Fan moltes ferides a la zona del mugró i llavors els ensenyem sobretot les posicions correctes, quina posició pot canviar... o sigui, canviant de posició milloraria lo que és la lactància, no? Estem molt a sobre d'elles, amb això, no?

I després, suport emocional, molt de suport emocional no només per elles sinó pel seu entorn. Moltes vegades estan cohibides, perquè han de donar públicament doncs el...el pit. A vegades no se senten a gust amb les visites que arriben a tenir a casa, llavors vénen molta gent de fora i a elles els angoixa exposar la lactància davant dels demés. Llavors és un consol, una ajuda i un reforç a tothom, a ella i a l'acompanyant. En el cas del marit quan ve, se'ls explica també a ells que necessiten aquest espai per donar un bon... una bona lactància.

Andreea: Aleshores eh... quan el nadó arriba a l'edat de 6 mesos, que és l'etapa en què es comença la introducció d'aliments complementaris, quina és la recomanació per combinar-ho amb la lactància materna?

Infermera: Llavors el nen en principi comença als sis mesos la lactà... ai, l'alimentació complementària. Llavors, se'ls hi explica tota la introducció, com fer-ho, de quina manera, doncs paulatinament, el risc que pot haver, no? Sobretot en el tema de l'ennuegament per la quantitat de trossos més grans que se'ls hi faci. I en cap moment se'ls hi diu doncs que deixin la lactància materna. Llavors facilitar-ho, i dir primer que la lactància materna és la primera, i després es van introduint els aliments en funció de com el nen vagi tolerant-los, doncs estan els que segons l'edat que tinguin, i llavors doncs evidentment qualsevol dubte que tinguin se'ls hi va oferint, no? Doncs si has d'iniciar la verdura i la fruita, evidentment pots donar en tot moment la lactància materna, eh.

Es complementa i se'ls hi explica que no sigui cap manera traumàtica i angoixant per la mare.

Andreea: Vale. I un cop el nadó assimila de manera correcta l'alimentació complementària, fins a quina edat es recomana la lactància materna?

Infermera: Llavors, normalment la OMS recomana que són fins als 2 anys, però hi ha moltes mares que volen continuar i nosaltres el que fem és reforçar-les, si elles volen no hi ha cap mena de problema en què ho puguin fer fins on elles vulguin arribar i on el nen vulgui arribar. Nosaltres el que no fem és dir 's'ha acabat aquí, dos anys i se acaba' no. Li donem la importància de l'alimentació complementària, en el sentit de que de vegades necessiten proteïnes, es necessiten aliments amb unes dosis més altes en contingut proteic, a mesura que un va creixent no és només la lactància materna i llavors doncs aahh... s'intenta explicar això però, vull dir, ajudant en tot moment que la mare si vol continuar fins als 4, fins als 6 anys, fins on vulgui, se li respecta i se li fa el reforç que se li ha de fer.

Andreea: I, avia'm... I si la mare té pensat tenir més fills quina recomanació hi ha per la lactància en tàndem?

Infermera: Bueno cap problema, si vol fer un tàndem, se li explica que no hi ha cap mena d'inconvenient en què la mare ho faci. No per això tindrà més llet, tot el contrari, hi haurà més augment de la prolactina, tindrà més llet ella, perquè clar seran dos que aniran estimulant, i això no és cap inconvenient ni per ella, ni pels nens, ni per ningú, si ella ho decideix i és feliç, endavant. No, no hi ha cap mena d'incongruència entre una cosa i l'altra. Nosaltres el que fem és tornar amb reforç positiu, i respectant evidentment, el criteri de la mare. I qualsevol dubte que se li generi mentre ho està fent doncs se li explica, no? I se li dona el consell necessari.

Andreea: Vale. I doncs quan les mares han de reincorporar-se a la vida laboral, quina és la recomanació per seguir amb la lactància materna evitant l'abandonament d'aquesta?

Infermera: Bueno, d'entrada se'ls hi... bueno, se'ls hi dona informació de... de que aquesta llet se la pot doncs, extraure prèviament i se la pot congelar... bueno... hi ha moltíssimes opcions, abans que retirar-la, no? Aquesta angoixa se li fa de... normalment la tenen des de els 4-5 mesos, perquè és quan després es reincorporen a la feina. Llavors això ja ho anem parlant poc a poc i donem opcions perquè aquesta llet es pugui anar traient abans i que així la pugui donar qualsevol altre membre de la família. I un cop la mare s'incorpori a casa, després de la seva jornada laboral, doncs evidentment, pot mantenir la lactància materna, junt amb l'alimentació complementària. Llavors en el

cas en què no hi hagi tant increment de la llet, no se la pugui extraure manualment ni amb el tirallets elèctric, doncs llavors es pot complementar, si no hi és ella, se li fa una artificial i quan ella arribi doncs continuï amb la lactància materna, eh. De cara a la nit, de cara a quan estigui amb el nen i ja està, però s'intenta que de cap de les maneres ho deixi, hi ha moltes altres opcions.

Andreea: Vale. I, vosaltres teniu un grup de mares post-part en el que es parla de tots els aspectes durant aquest període post-part, la lactància és un tema que elles posen en comú?

Infermera: Si, si i tant! Tots els dimarts en el CAP de Cunit, fem tallers, fem unes classes de post-part on hi ha tallers, on es parla de lactància materna... és poder lo més primordial, no? El... el... la unió, les mares que estan alletant que tinguin dubtes sobre la lactància materna, tant jo com a infermera, com l'ASIR que és la llevadora, ens posem en contacte amb elles, els hi expliquem dubtes que puguin tenir. Llavors a partir d'aquí, no tanquem l'opció de que puguin venir mares que estiguin interessades i que no estan donant la lactància materna. Llavors entre això i els dubtes que puguin tenir altres mares en quant... en quant a l'alimentació complementària, entre voler saber temes sobre vacunes, sobre ennuegaments, sobre RCP, sobre exposicions solars, ferides, control del nen sa, qualsevol patologia... Tot això doncs, se li explica a part. Però el tema primordial sobretot, és el tema de la lactància materna.

És una horeta i mitja, que podem estar amb elles, de forma més distesa, on poden anar també els pares, els avis que vulguin acompanyar a les mares. I llavors allà doncs, individualment o de forma col·lectiva evidentment també, s'està més per les mares, que de vegades a la consulta no es pot fer i doncs és un rato o estona que tenim per estar per elles.

Andreea: I per últim, en el cas en què els pares decideixin no alletar els seus fills, com s'aborda aquesta situació?

Infermera: Bueno doncs, sobretot amb respecte. Normalment se'ls pregunta el perquè d'aquesta decisió, determinació de no voler fer lactància materna i llavors doncs ens expliquen i el que ens expliquen doncs ens assembla bé. A vegades en alguns, els dubtes, hi ha molts pares que tenen dubtes i els hi oferim la possibilitat de fer doncs una mixta, i en molts casos fan una mixta i acaben retirant la lactància artificial. En altres doncs, bueno, fan una mixta, estan uns mesos i després continuen amb lactància artificial.

El que no fem mai és obligar, ni insistir en coses que ells no hi creuen. El que es fa és tenir gran respecte i explicar els avantatges i dir-los que ens tenen allà sempre per qualsevol dubte que puguin arribar a generar en qualsevol tema, sobretot en la lactància.

Andreea: D'acord, doncs ja estaria, moltíssimes gràcies!

Infermera: Vale, de res, a vosaltres!

ENTREVISTA COMADRONA DEL CAP

Andreea: Bueno, com a llevadora en atenció primària, quines són les activitats que es realitzen per la promoció de la lactància materna?

Llevadora: En primer lloc, el curs de preparació al part, els expliquem en què consisteix la lactància i tots els problemes que es poden trobar, perquè així ja saben que no és una cosa fàcil per totes les dones. I a més a més ja saben quins són els principals

problemes que poden sorgir durant la lactància, i ja tenen recursos, encara que no tinguin el bebè en braços, i qui vol, ja comença a informar-se també pel seu compte. El primer moment en que comencem a parlar sobre el tema de la lactància, és per aquest temps, tot i que hi ha alguna noia que prèviament ja et pregunta dient 'ei jo vull donar el pit però m'han explicat que potser serà costós, que serà difícil...' i llavors doncs ja comencem a parlar-ne abans. Però cap a les 25, 28 setmanes de gestació és quan estan més receptives també, ja que abans, tenen més preocupació per l'embaràs i la lactància els queda més lluny.

Andreea: Aleshores dins d'aquestes activitats, pel que em comentes, es realitza una educació prenatal enfocada a la lactància, en què consisteix aquesta educació?

Llevadora: La prenatal, és una sessió... entre 1 i 3 sessions, també depèn una miqueta del grup. Realment són entre 1 i 3 sessions, però de vegades hem de córrer i fer-ne una de sola perquè pel que sigui hi ha poques setmanes, o hi ha vacances entre mig... Però aquestes 3 sessions és explicar els mites de la lactància, que sàpiguen que realment són mites i no altra cosa, la fisiologia de la lactància materna i els possibles problemes que es poden trobar a la lactància.

Andreea: Vale. Aleshores aquestes sessions em dius que són en grup o ...

Llevadora: Grupals, si. En el curs de preparació al naixement.

Andreea: I hi assisteixen també els pares, o tant sols les mares?

Llevadora: Haurien d'assistir tots els pares! Però la veritat que no hi assisteixen tots. Tant sols els que poden, els que volen, i també hi ha noies que no hi ha parella, segons les circumstàncies... però insistim en què la sessió del part i la sessió de la lactància, que no se la perdi el pare, perquè la sessió del part dius 'mira perquè estigui informat', però a la de la lactància és bàsic, perquè si ella no disposa del suport del pare, aquella lactància fracassarà. Perquè moltes vegades les noies estan tant agobiades i cansades que si no veuen que ell es dedica a totes les altres coses per poder deixar-la a ella tranquil·la amb el bebè i elles creuen que s'han de fer càrrec de la casa, de la roba, de tot... Al final el més fàcil és que es quedi el pare amb el nen, amb un 'bibe' i elles fer-ho tot. Però d'això es tracta, no? D'anar-los explicant que ara la principal feina que tenen és el nen, i només el nen les 24 hores. I que tot lo demás recaigui sobre el pare de la criatura, les iaies, les amigues, qui sigui, però que tothom s'arromanguí per tal que ella pugui estar única i exclusivament pel bebè.

Andreea: Vale. I, aleshores quines són les activitats, que una llevadora realitza a l'atenció primària, per fer un bon seguiment de la lactància materna? Almenys fins als 2 anys del nadó, no? Que és l'edat en què la OMS recomana mínimament la lactància.

Llevadora: un cop ja ha nascut el bebè, la noia arriba a casa amb el seu bebè, i el mateix dia acostumem a trucar des d'aquí a casa seva, perquè l'hospital ens avisa de les altes que han hagut. Llavors com jo ho veig, ja les truco, i en aquest moment ja em diuen si tenen problemes de lactància o no. Llavors si hi hagués algun problema de lactància, per telèfon, ja intento resoldre'l el problema que hi hagi. Això estem parlant del tercer dia de vida del nen, eh. Si detecto que hi ha un problema important, doncs els dic que vinguin, joestic aquí per poder venir, tant a la consulta aquesta, com al grup de postpart que tenim els dimarts. Llavors ja saben que cada dimarts, joestic disponible per totes les mares que vinguin amb problemes de lactància.

Andreea: Vale. Aleshores, bueno, durant el primer mes de vida del nounat, es presta atenció dirigida a afavorir processos d'adaptació i detectar situacions de risc, no? Quines

són les situacions més comuns de posada en risc de la lactància materna i com les abordeu?

Llevadora: El dolor, el dolor del mugró. El dolor del mugró és el que posa més en risc la lactància perquè la mare es desmoralitza perquè hi ha nens que mamen de manera molt rigorosa i fan mal, i aquesta és la que més. Després hi ha una altra situació on la dona creu que té poca llet, i la família li reafirma, li reafirma donant-li un biberó de llet de fórmula, i clar, el nen se'l pren tot i és quan li diuen 'veus com amb la teva llet no n'hi havia prou'. El nen se'l prendrà igualment, tant si té gana com si no. Llavors aquests dos motius són els que perillen més la lactància. Per això és tan bo que la mare faci unes sessions durant l'embaràs perquè sàpiga dels motius. El del dolor és inevitable, si li toca un nen que fa mal, doncs farà mal, i ja s'anirà adaptant ella, no? Però l'altre, que la família li col·loqui un biberó per fer-li veure que, que el nen se'l pren i això vol dir que té poca llet, aquest és el que complica i el que podem resoldre a través de les classes de preparació al part.

Andreea: I el problema dels mugrons, hi ha solució... o és això, l'adaptació i prou?

Llevadora: Si, avui en dia és més fàcil que anys enrere, perquè els pediatres, no sé si te'n recordes, els hi miraven el frenell, i llavors en les mateixes consultes de pediatria o si cal s'envia a un pediatra fora del centre a tallar-li si cal. I això allibera a moltes mares a passar molt de temps amb dolor, al tallar-li el frenell ja agafen el mugró més fàcilment i ja no fa mal. I per altra banda, encara que el frenell estigui bé o ja li hagin tallat i segueixi fent mal, doncs en aquestes visites de suport a la lactància anem recol·locant la boqueta del bebè perquè deixi de fer mal a la mare, i les cremes i els canvis de posició, en unes quantes coses doncs les anem ajudant a que són uns dies i un cop... la tendència és a curar-les, el mateix organisme ho curarà sol, amb paciència.

Andreea: I, com s'aborda una situació en què la família decideix no iniciar la lactància, i es decanta per l'alimentació artificial?

Llevadora: Bueno en tot cas s'ha de respectar, i es pot preguntar perquè, perquè no volen i llavors cadascú t'expressarà els seus motius. Hi ha noies que consideren que donar el pit és com antiquat no? Que és més fàcil, més còmode, poden compartir-ho amb la parella... Però després, quan els dius que la llet materna té una composició que no la pots igualar a la llet de fórmula, llavors s'ho plantegen. Però si, té a veure la comoditat del biberó, té a veure ptes la incomoditat de donar el pit en públic en segons quines noies, i té a veure també a vegades la feina. Hi ha gent que de vegades són autònomes o treballen sense cap tipus de contracte i necessiten anar a treballar de seguida. Llavors veuen que no poden compaginar els horaris de la seva feina amb la lactància.

Andreea: Creus que un baix nivell d'estudis de la família influeix a donar biberó? Perquè al final és el coneixement que tenen de la lactància materna envers l'artificial

Llevadora: No, no, no crec. Perquè, la família que ha donat el pit als seus fills, independentment del seu nivell socioeconòmic vol que les seves filles donin el pit als seus nens, i això influeix, això sí que és important. Ara, les famílies que han donat biberons als seus fills, com que no han conegut lo que és a nivell afectiu la lactància materna, com que els hi és igual, no? Ja està bé... Però això és indistint al nivell econòmic o social i a nivell econòmic evidentment surt més barat, la lactància materna que no pas un biberó. Un biberó necessita moltes coses, i els diners que val la llet. És molt més, és gratuïta la lactància materna. Llavors la gent que va justa de diners, clar, no es decanta per un biberó, perquè sap que la llet la té gratuïta.

Andreea: i en situacions en què ha hagut un inici de l'al·letament però després decideixen abandonar, què feu?

Llevadora: Si volen seguir, venen, venen i demanen ajuda, i llavors en aquests casos normalment se solventa. Perquè elles volen. Elles o la família, però generalment és la dona. Si la dona vol, se soluciona, perquè et ve a buscar on estiguis, i et demana que l'ajudis, perquè ella vol solucionar aquesta situació. Ara, en els casos en què ella no vol, que dona el fill perquè toca, perquè la família li ha recomanat o perquè s'ha vist influenciada perquè la societat d'avui en dia els hi diem que donin el pit, que és el millor pels nens. Però si elles ho fan contra... contra la seva voluntat, qualsevol excusa és bona per deixar la lactància, llavors ja no venen a buscar-te, elles ja segueixen fent el que volen.

Andreea: Vale. Si en consulta ha hagut una família a la que li està sent dificultosa la lactància afrontes la situació tu sola, o amb més professionals? Et poses en contacte amb professionals que també atenen al bebè?

Llevadora: D'entrada, si és una cosa que puc resoldre aquí jo a la consulta, ho resolc aquí, i com tinc la sort de tenir dues consultes, doncs puc estar fent, mentre ells es queden allà (assenyalant l'altre consulta) donant el pit i jo vaig fent, vaig entrant i sortint. Moltes vegades amb això ja n'hi ha suficient, i després, doncs el recolzament setmanal del grup postpart. I si després hi ha problemes més pediàtrics com el frenell, llavors si, evidentment l'he de derivar cap al pediatra perquè li arreglin. Però moltes vegades és només donar informació i tranquil·litat, i que estiguin sols la parella i anar corregint: si la postura si cal, o la postura del bebè en diferents posicions perquè la boqueta del bebè es vagi adaptant al mugró sense fer el mal o el problema que hagi ocasionat. I si, també va molt bé que ells puguin confiar en tu, i com són parelles que les he tingut molts cops aquí des del principi de l'embaràs, està molt bé. Perquè si vas a una persona que no coneixes de res, a explicar-li un problema i t'explica segons què, potser és... potser arribes a casa i dius 'bff, doncs no sé, saps si provar-ho?' Però, no sé, jo crec que aquí es resolen moltes lactàncies d'aquestes que venen per estrès, no? O per falta de paciència. I la infermera de pediatria doncs, com el bebè també anirà a la infermera de pediatria pues ella també, clar, ella també... aahh... donarà la seva visió, el seu parer, i si més o menys és similar el que li he dit jo i lo que li han dit les infermeres de pediatria, ja està! Llavors si que ja no hi ha dubte! Confien en el professional.

Andreea: Fins a quina edat del nadó segueixes fent aquest seguiment de la lactància? És indefinit o ...

Llevadora: El grup de postpart dura un any. Totes les mares i pares i nens, fins que tenen un any poden venir i després ja, si el nen està lactant encara amb un any, ja no necessiten les mares assessorament, perquè ja és una lactància de més a més, perquè el nen ja menja de tot i és una lactància per anar a dormir... és una lactància afectiva, no és nutricional. I llavors ja no les segueixo, però elles no ho necessiten tampoc i deixen la lactància quan elles consideren, quan el nadó veuen que està preparat tant tingui 2 anys, com si en té 5.

Andreea: I aquí a consulta fins a quina edat venen amb el bebè? Fins als 28 dies, el primer mes, o... ?

Llevadora: Primer hi ha una visita postpart a la setmana, que és aquesta que quan truco, ja quedem per la primera visita a la setmana, i després hi ha una altra visita als 40 dies del postpart, del seguiment no només de la lactància, eh? De tot el procés i ja per pactar un mètode anticonceptiu per després.

Andreea: Vale. I per últim, en el vostre centre, tal i com hem parlat, es realitza una sessió cada dimarts al matí dedicada a l'etapa postpart, en què acudeixen els nadons, les mares i de vegades els pares o algun familiar. En aquestes sessions es posa en comú l'experiència de lactar, així com els seus dubtes i dificultats de cadascuna de les mares? Ho comparteixen entre elles?

Llevadora: Aahh... si... ho comparteixen, tot i que quan ve una mare amb problemes, lo que busca és la opinió del professional, saps? Però com que els professionals som els que som i ja ens coneixen, jo si trobo algú del grup que ha passat exactament el mateix que li ha passat a la noia que m'està preguntant, doncs la poso, la convido a que parli a nivell particular amb aquella noia que ho està passant malament en aquell moment. Perquè això també va molt bé, que una persona que ha passat, fa 4 dies, que acaba de passar el mateix que tu i ho ha resolt, et dóna una tranquil·litat, saps? I hi ha vegades que si, que tenim temps, que normalment no hi ha temps, perquè totes tenen algun dubte, alguna cosa que comentar, però si estem en calma, que no hi ha massa preguntes, si que cada vegada que hi ha gent nova, doncs procuro que fer això, doncs una presentació i que cadascú expliqui una miqueta com ha anat el principi de la lactància perquè es posi... perquè la que marxa, marxi no només amb una experiència de una noia que li ha anat malament i ho ha recuperat, sinó que marxi amb... amb unes quantes.

Andreea: Molt bé, doncs ja estaria! Moltíssimes gràcies!

Llevadora: De res! A tu!

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera-Sánchez LF, Ospina-Díaz JM. Intervenciones de enfermería para prevenir trastornos nutricionales en niños de 0 a 2 años. 2019;
2. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 2014;224.
3. Brines Solanes J. Historia de la lactancia. 1st ed. Valencia: Albatros; 2014
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Aeped.es [Internet]. 2016;1–9. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
5. Company Morales M, Rubio Jimenez MF, Fontalba Navas A, Gil Aguilar V. Introducción a la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa para Enfermería. 2017.
6. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa M, Álvarez Sauras M, Lasarte Velillas J, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. 2013. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403313001288>
7. Díaz Gómez M, Ares S, Espiga I. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna [Internet]. [Scielo.isciii.es](http://scielo.isciii.es). 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40016.pdf>
8. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana Enfermería. 2016;32(4):126–36.
9. EFE. La lactancia materna crece en España pero lejos de la recomendación de la OMS [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 13]. Disponible en: <https://www.efc.com/efe/espana/sociedad/la-lactancia-materna-crece-en-espana-pero-lejos-de-recomendacion-oms/10004-3344434>
10. García Roldán A. Abordaje integral de la lactancia materna desde atención primaria. 2014;
11. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut. 2008;
12. Gil Urquiza M. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria [Internet]. Repositorio.unican.es. 2017.

Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/12112>

13. Gombau Giménez L. Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. 2015; Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view>
14. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. Asoc Española Pediatr. 2018;23.
15. González Cruz D. Análisis de la intervención enfermera en el proceso de instauración de la lactancia materna [Internet]. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA). 2017. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15243/TD_GONZALEZ_CRUZ_Isabel_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=n
16. González García Isahiris, Hoyoos Mesa A, Torres Cancino II, González García Isbet, Romeo Almanza D, de León Fernández MC. Abandono de lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Rev Médica Electrónica. 2015;32(2):0.
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna [Internet]. [Redets.mschs.gob.es](http://redets.mschs.gob.es). 2017. Disponible en: https://redets.mschs.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf
18. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. 2011. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/guia-de-actuacion-en-el-nacimiento-y-la-lactancia-materna-para-profesionales-sanitarios>
19. Hernández Gamboa E. Genealogía histórica de la lactancia materna. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2008;(15):6. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria>
20. Herrero Álvarez M, Moráis López AB, Pérez Macarrilla JD. Valoración nutricional en Atención Primaria, ¿es posible? Pediatr Aten Primaria. 2011;13(50):255–69.
21. IHAN. Cómo obtener estadísticas de lactancia. 2016;1–15.
22. IHAN. Pasos para ser IHAN – Hospitales [Internet]. ihan.es. 2020. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>
23. Ilustre colegio de enfermería de Madrid. Protocolo Lactancia Materna en la Hospitalización [Internet]. Codem.es. 2020. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/5631cd84-41cb-45b2-866b-5c0c11011239/a2d01c42-30b5-42e4-a042-928bc78f1dfb/a2d01c42-30b5-42e4-a042-928bc78f1dfb.pdf>

24. Mínguez Sánchez MJ, Rodríguez Saiz MB. Prevalencia de la lactancia materna en España. Rev Enfermería CyL [Internet]. 2019;11:12–5. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/226/195>
25. Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibáñez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. Med Natur. 2009;3(2):77–85.
26. Martín Morales J. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
27. MC. García Casanova, N. Parellada Esquius, M Pi Juan, E. Ruiz Mariscal. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? [Internet]. Elsevier.es. 2005. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactancia-materna-puede-el-personal-13073415>
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017. Disponible en: https://redets.mscbs.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf
29. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Boletín Of del Estado. 2009;(69, 21 de marzo):27936–81.
30. Nieto García JI, González C. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Rioja Salud [Internet]. 2010;1–72. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
31. OMS | Patrones de crecimiento infantil [Internet]. Who.int. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
32. OMS-UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. 1989. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41246/9243561308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. WHO. 2017;
34. Ortega García JA, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Giménez V, Quesada López JJ, Hernández Ramón F, et al. Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. An Pediatr (Barc) 2008. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S169540330870>

[1796?via%3Dihub](#)

35. Otał-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13(1): 3-8. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/art-original-otal-13-1.pdf>
36. Ramiro González M, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina M, Cortés Rico O, Terol Claramonte M et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>
37. Sánchez M, Saiz M. Prevalencia de lactancia materna en España [Internet]. *Revistaenfermeriacyl.com.* 2019. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/226>
38. Taylor S., Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* 1987. p. 301.
39. UNICEF, World Health Organization. *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative.* [Internet]. *Who.int.* 2018. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>