

Raquel Gómez García

**EL ABANDONO PRECOZ DE LA  
LACTANCIA MATERNA, SUS  
CAUSAS Y CONSECUENCIAS EN  
NUESTRA SOCIEDAD.  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

---

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

Dirigido por la Sra. María África Fortes del Valle

**Grado de Enfermería**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2015

---

## ÍNDICE:

---

0. Motivación: .....	2
1. Introducción: .....	3
2. Marco Teórico: .....	6
2.1. Composición de la leche materna: .....	7
2.2. Fisiología de la LM: .....	7
2.3. Beneficios de la LM para el recién nacido y la madre: .....	9
2.4. Protección, promoción y apoyo a la LM: .....	10
2.5. Factores de protección de la LM: .....	14
2.6. Factores no protectores de la LM: .....	15
2.7. Visitas recomendadas a las gestantes en nuestro país: .....	17
2.8. Escalas de valoración de la LM: .....	19
3. Objetivos: .....	19
4. Método: .....	20
4.1 Diseño, metodología y justificación: .....	20
4.2. Análisis de datos: .....	21
5. Resultados: .....	21
5.1. Causas del abandono precoz de la LM en nuestra sociedad: .....	22
Disminución de leche (real o percibida): .....	22
La incorporación de la mujer al mundo laboral: .....	23
Dolor sentido durante el amamantamiento y problemas con el agarre al pezón: .....	24
Expectativas previas de la mujer respecto a la lm: .....	25
El entorno familiar y social: .....	26
El tipo de parto: .....	35
5.2. Consecuencias del abandono de la lactancia materna: .....	36
6. Discusión: .....	38
6.1. Conclusiones: .....	40
7. Bibliografía: .....	42
8. Artículo: .....	45
9. Agradecimientos: .....	53
10. Anexos: .....	54

---

## 0. MOTIVACIÓN:

---

### - DEL TIPO Y CONTENIDO DEL TRABAJO:

El siguiente trabajo es una revisión bibliográfica de las causas y consecuencias que derivan del abandono precoz de la lactancia materna en España. Siempre me ha parecido interesante todo lo relacionado con la maternidad y primera infancia, por lo que intenté buscar un tema que relacionara esos dos grandes grupos y pensé que había pocas cosas más importante que la alimentación de los recién nacidos. He intentado realizar una valoración global y multifactorial para poder comprender que no hay una sola causa o una sola consecuencia para el abandono de la lactancia materna, sino que todo influye en esta etapa tan importante tanto para la madre como para el bebé. Ha sido un tema interesante para mí desde el primer momento, he aprendido y clarificado dudas personales que tenía al respecto e incluso he podido ayudar a otras mujeres de mi entorno en el comienzo y mantenimiento de la lactancia materna.

### - DE ELECCIÓN DE LA PUBLICACIÓN:

Considero que la revista ROL de Enfermería, es una revista actualizada y novedosa, en la que se pueden difundir conocimientos de todos los tipos. He escogido esta revista ya que aporta información para el desarrollo y formación del colectivo de enfermería a todos los niveles. Permite su publicación y difusión on-line y creo que es importante que el conocimiento pueda llegar a todas las personas dónde quiera que se encuentren.

---

## 1. INTRODUCCIÓN:

---

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que: “La LM es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la LM óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños”<sup>1</sup>. Es la forma ideal de aportar a los infantes los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

La OMS recomienda la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante seis meses y la introducción de alimentos complementarios apropiados para la edad del niño a partir de entonces, también recomienda el mantenimiento de la LM hasta los dos años o más de edad <sup>2</sup>.

A nivel social y cultural, la historia y el arte citan la LM en muchos de los textos e ilustraciones de todas las épocas y culturas. En todas ellas la forma de crianza es



bastante similar, aunque se pueden encontrar algunos matices y diferencias, la esencia siempre es la misma. Se aprecia en estas representaciones que el recién nacido casi siempre suele estar entre los pechos de su madre, dónde a la vez de nutrirse recibe el calor y el

cariño necesarios para estar bien. La LM es un acto inherente a las culturas y a la forma de crianza de cada sociedad, pero aun así, se suele aceptar como algo que es recomendable y bueno tanto para la madre como para el bebé.



Éste hecho ha continuado durante el paso del tiempo pero con la Revolución Industrial en el S.XIX cambió la forma básica de crianza. Algunos ejemplos primarios

---

de la desnaturalización de la LM se produjeron mediante la contratación de nodrizas o criadas cuya función principal era la de alimentar y cuidar al bebé durante los primeros 6 meses de vida, con la creencia innata de que hacer uso de una nodriza era lo mejor para la crianza y desarrollo del bebé <sup>3</sup>.

Luego de la época de las nodrizas y tras el inicio y fin de las dos Guerras Mundiales y de la Guerra Civil Española, hubo un cambio en la pauta de comportamiento en las madres españolas, poco a poco se fue abandonando la LM y ésta fue sustituida por productos alimenticios industriales como la leche en polvo o la leche condensada. No fue hasta 1981 con la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna por la Asamblea Mundial de la Salud que se unifican y analizan las reglamentaciones que regulan la llegada de estos productos al mercado <sup>4</sup>.

La LM se considera un tema de actualidad por la importancia y relevancia que tiene tanto para el neonato como para su madre; por sus ventajas sobre ambos e incluso por su bajo coste económico. Además de la flexibilidad y libertad de horarios y situaciones para amamantar que pueden ser incluidos en las actividades de la vida diaria, tales como el trabajo de la madre. Se debe resaltar también que aunque la sociedad cada vez es más industrializada y tecnológica, aún no se ha podido crear una leche artificial que contenga todas las propiedades y ventajas que tiene la leche materna como tal.

Durante el siglo pasado, las tasas de LM disminuyeron drásticamente en todo el mundo, de forma especial y aguda en países occidentales e industrializados. La LME hasta los seis meses de vida es el mejor alimento para los recién nacidos, según la OMS,

---

debido al gran número de ventajas que proporciona a corto y largo plazo. Algunos de los beneficios que aporta a corto plazo son: mejora la inmunidad del bebé, la función intestinal, el bienestar psicológico y establecimiento del apego; a largo plazo, está demostrada su influencia en la obesidad, en el riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto, en la probabilidad de padecer cáncer, en ciertas condiciones alérgicas, diabetes mellitus, enfermedades inflamatorias y en el desarrollo neurocognitivo <sup>5,6</sup>.

Si se hace eco a los estudios que existen internacionalmente, tan solo una pequeña parte de los neonatos recibe LME pasados los primeros 3-4 meses de vida. Las tasas de LM disminuyeron de 70 % en 1900, a 22% en 1972. Durante los últimos 40 años, los índices han aumentado considerablemente, hasta llegar a 77% en 2010, pero aun así hay muchas mujeres que no amamantan tanto tiempo como desearían<sup>7</sup>.

Si desplazamos los datos a nuestro medio, encontramos que en España y según la Encuesta Nacional de Salud que se realizó en el año 2012: “El porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con leche materna a las 6 semanas del nacimiento fue del 72,4%, pasando a los 3 meses de edad al 66,5% y al 47% a los 6 meses. Según los últimos datos parece que la tendencia viene siendo creciente desde 1995 <sup>8</sup>”.

Otros estudios coinciden en que es preocupante el descenso de su prevalencia en los últimos años, según Adeva Quirós: “el porcentaje de madres que optan por la LME oscila entre el 40-60% durante los primeros días posteriores al parto, alrededor del 50% a los tres meses y por debajo del 20 % a los 6 meses <sup>9</sup>”.

---

## 2. MARCO TEÓRICO:

---

Para la realización del marco teórico de este TFG, se definirán primeramente algunos de las palabras más utilizadas a lo largo del estudio. Ellas son:

- Lactante: “que mama o que amamanta”<sup>10</sup>
- Leche Materna: “La leche materna es el primer alimento natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año<sup>11</sup>”.
- LME: “*El lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas (D) o minerales (hierro) o medicamentos en niños de relativo bajo peso al nacer<sup>12, 13</sup>*”.
- Lactancia Materna Eficaz: “*Una lactancia materna eficaz es un “proceso interactivo entre la madre y el bebé que tiene lugar cuando hay transferencia directa de leche del pecho de la madre al bebé, de una forma y en una cantidad que satisface las necesidades de ambos<sup>14</sup>”*”.

La mejor alimentación para el bebé es la LM. La **Lactancia Materna** es un alimento natural producido por todos los mamíferos, su principal objetivo es el de alimentar al recién nacido. Algo innato de la especie humana es el hecho de amamantar pero aun así necesita de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. A través del tiempo estos conocimientos se han transmitido por medio de familiares y contactos de

---

confianza de la parturienta, pero como se ha citado anteriormente a partir de los años 60 la LM, quedó relegada a las enfermeras y personal sanitario <sup>15, 16</sup>.

La alimentación apropiada durante las edades más tempranas de la vida es esencial para asegurar que la población infantil llegue a su potencial en cuanto al crecimiento, salud y desarrollo. La LM es la más natural, sana y específica forma de alimentación en los primeros años de vida, debido a los beneficios para todos los que están implicados en el proceso a corto y largo plazo <sup>17</sup>.

### 2.1. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA:

---

Según Oliver Roig, la leche materna no es solo un alimento, es más bien un fluido nutritivo complejo y vivo que además de nutrientes específicos de nuestra especie, contiene diferentes factores antiinfecciosos, enzimas y hormonas, necesarios para un desarrollo y crecimiento óptimos del ser humano <sup>17</sup>. La leche materna se segrega de forma diferente durante el tiempo que se está amamantando. Los primeros cinco días se segrega el calostro que con el paso de los días pasa a leche de transición y posteriormente pasa a leche madura <sup>18</sup>.

### 2.2. FISIOLÓGÍA DE LA LM:

---

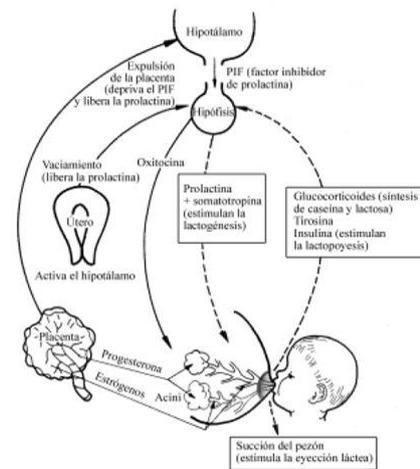
El amamantamiento es un acto fisiológico que sigue al embarazo en los mamíferos y que consiste en dar de mamar al recién nacido, dando como producto la LM. La leche humana proporciona nutrición y protección inmunológica para el recién nacido y su interrupción se asocia con resultados adversos para la salud de la madre y del niño.

La fisiología de la lactancia comienza antes del embarazo, generalmente comienza durante la pubertad, cuando el estrógeno estimula el crecimiento de los conductos mamarios y la progesterona estimula el desarrollo alveolar<sup>7</sup>.

Es durante el embarazo que este proceso se acelera con diferenciación secretora. Después del parto, la supresión de la progesterona desencadena la activación secretora. La transición de calostro a leche madura ocurre de 30 a 40 horas después del parto, dando tiempo para que las propiedades inmunológicas concentradas recubran el aparato gastrointestinal y respiratorio del lactante<sup>7</sup>.

La succión del bebé en la mama desencadena la liberación de prolactina y oxitocina, lo que estimula la síntesis y secreción de leche, respectivamente. Para que la LM sea instaurada con éxito, se requiere de bajada, agarre y remoción de la leche. Durante la bajada, es la oxitocina la encargada de producir las contracciones en las células que rodean los alvéolos, lo cual transfiere la leche a través de los conductos mamarios hacia el pezón y areola<sup>7</sup>.

Para que la LM sea efectiva y se asegure una correcta producción de leche las madres deben vaciarse el pecho cada cierto tiempo<sup>7</sup>. Además de esto, los lactantes han de aprender a acoplarse y succionar la mama durante los primeros días de vida. La técnica efectiva de succión de la mama requiere que el lactante tenga la boca bien abierta, con la lengua bajo la areola y que la expresión de la leche en la mama se realice mediante succiones lentas y profundas<sup>19</sup>.



---

### 2.3. BENEFICIOS DE LA LM PARA EL RECIÉN NACIDO Y LA MADRE:

---

La LME hasta los 6 meses de vida es el mejor alimento para los recién nacidos según la OMS debido al gran número de ventajas que proporciona. A corto plazo mejora la inmunidad del recién nacido, su función intestinal, el bienestar psicológico y el establecimiento del apego, e influye en la obesidad, en ciertas condiciones alérgicas y disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la probabilidad de padecer cáncer a largo plazo entre otros <sup>5</sup>.

Fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo y protege al infante contra enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. “La LME reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las mismas <sup>11</sup>”. Además se ha visto que “el recién nacido sano colocado sobre el pecho de su madre es capaz de recuperar o mantener la temperatura corporal de manera eficiente, se tranquiliza y es capaz de iniciar la succión por sus propios medios <sup>15</sup>”.

Para la madre, la LM presenta muchos beneficios entre los que se encuentran: una involución uterina más rápida, con menor sangrado posparto y, con una menor tasa de anemias, además de una recuperación del peso previo al embarazo más rápido, disminuye el riesgo de anemia, hipertensión y depresión posparto y a largo plazo contribuye a disminuir el riesgo de osteoporosis, de diabetes tipo II y cánceres de ovario y de mama <sup>5, 20</sup>. Normalmente, las madres suelen manifestar sentimientos positivos respecto a la LM, y en general, ven cumplidas sus expectativas la mayoría de las veces. Durante el amamantamiento, se produce la liberación de muchas hormonas, a nivel materno y a nivel del lactante, beneficiosas para ambos <sup>15</sup>.

---

La LM conlleva a su vez beneficios sociales y económicos, tanto individuales como colectivos por el ahorro del coste de la LA y del descenso de absentismo laboral de los padres de los niños amamantados. Además la LME es un método de control efectivo de la natalidad durante los primeros meses posparto, con un 98% de fiabilidad como método anticonceptivo <sup>11, 17</sup>.

---

**Cuadro resumen de los beneficios de la LM <sup>21</sup>:**

- ★ Estimula sistemas enzimáticos y metabólicos específicos que logran la programación nutricional, intestinal, enzimática y metabólica para el futuro.
- ★ La leche de la propia madre consigue el mayor rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica.
- ★ Es el órgano inmunológico de transición que moldea y estimula el desarrollo del sistema inmune del recién nacido. Con el contacto cercano madre-hijo, la madre es estimulada para producir y transferir por la leche anticuerpos. Todo ello explica los beneficios en la salud del niño mientras recibe LM y después, con menor número y gravedad de las enfermedades infecciosas y de enfermedades relacionadas con una respuesta inmune anómala.
- ★ Se añaden un gran número de ventajas en el establecimiento del vínculo afectivo. Mayor desarrollo cerebral y sensorial con especial importancia en los prematuros y recién nacidos de bajo peso (BPN)
- ★ Ventajas sobre la salud de la madre con un puerperio más fisiológico, retrasando la ovulación, disminuyendo el sangrado posparto y con mejor recuperación posterior de las reservas de hierro. Menor incidencia de algunos tumores ováricos y mamarios premenopáusicos.
- ★ Supone un gran ahorro económico para los servicios sanitarios y la sociedad.
- ★ Comodidad para la madre y sin riesgos derivados de la preparación de las fórmulas de inicio.

---

**2.4. PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LM:**

---

Hay muchos estudios que demuestran que las madres y otros cuidadores alrededor del mundo necesitan de un apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de LM. Es por esto que la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**) lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la LM. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (Anexo 10. 1).

La LM conlleva implicaciones sociales y sanitarias de las bajas tasas y del abandono precoz de la misma; su promoción, protección y apoyo se ha considerado una prioridad de salud pública en Europa. En España, la promoción de la LM es una de las líneas

estratégica

s en salud

reproducti

va, fue por

esto por lo

que en

Tabla. Duración de la LM en madres de varios países del mundo <sup>22</sup> :								
Duración de la LM	Total de madres (%)	EEUU (%)	UK (%)	CHINA (%)	BRASIL (%)	INDIA (%)	EGIPTO (%)	SUDÁFRICA (%)
No LM	12	5	34	11	3	1	8	18
entre 0 y 3 meses	10	5	24	3	7	3	2	22
entre 4 y 6 meses	19	35	15	19	33	6	9	7
7-12 meses	32	52	17	53	40	30	9	19
más de 13 meses	28	3	10	15	18	60	71	34

1999 se aprobó una Proposición de Ley para la protección, promoción y apoyo a la lactancia. En el año 2009 se incluyó la recomendación de implementar prácticas eficientes en el apoyo a la LM entre los estándares y recomendaciones del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dentro del marco establecido por la Estrategia de Atención al parto Normal del SNS <sup>17</sup>.

El Gobierno de España ha aceptado la recomendación de la OMS de que todos los infantes nacidos sanos sean alimentados por la leche de su madre durante los primeros seis meses de vida de forma exclusiva y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más. Esto supone un reto importante para nuestro SNS y de protección a la maternidad y crianza a la hora de atender a las tasas de LM de nuestro país que han permanecido bajas desde hace décadas <sup>17</sup>.

Dentro de nuestro SNS, los programas estructurados que combinan la educación en LM con los consejos orientados a cambios de conducta son efectivos y aumentan las

---

frecuencias de iniciación y su continuación más allá de los tres meses <sup>23</sup>. “Tanto la estrategia de atención al parto normal como la legislación nacional y autonómica apoyan la LM como la alimentación ideal para el recién nacido<sup>24</sup>.”

En España, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, aúna las recomendaciones de la OMS para la protección, promoción y apoyo a la lactancia durante la gestación, el parto y el puerperio. Estas actividades son parte de una estrategia para mejorar la salud durante la infancia en España.

Para que la LM sea lo normal de realizar por cada parturienta, es importante dar información, clara y concisa de las pautas de alimentación del lactante y del niño pequeño, así como la creación de políticas nacionales y recomendaciones de todos los niveles de los servicios sociales. Éstas deberían de incluirse en medios de comunicación nacionales además de su introducción en la educación primaria y secundaria <sup>17</sup>.

Según Rius et Al. <sup>25</sup>, existe más de un 60% de las madres que desean amamantar a sus hijos durante los primeros tres o más meses de vida, sin embargo a los 3 meses, tan sólo quedan un 39% de las madres lactando de forma parcial. (...) Se podría considerar que en una población se abandona precozmente la LM cuando, a los 3 y 6 meses tras el parto, quedan menos del 75% y 50 % de madres lactando respectivamente y al menos de forma parcial <sup>6 y 20</sup>.

Aunque la LM es algo natural, necesita de un amplio y óptimo aprendizaje por parte del neonato y de la madre <sup>26</sup>. Se considera que un buen apoyo profesional en la LME ayuda en gran manera a que tanto la madre como el recién nacido cumpla con sus metas de LM y crecimiento. El apoyo profesional en la LME es suministrado por matronas, profesionales de enfermería, pediatras, ginecólogos y médicos de familia <sup>20</sup>.

---

Éste debe ser durante todo el embarazo y puerperio y consistirá en “*la difusión de los beneficios de la LME antes del parto, mediante la educación maternal, y continúa en el momento del postparto inmediato con el contacto piel con piel de madre e hijo para iniciar en las primeras horas el amamantamiento, asegurando que la técnica, la succión y el número de tomas sean correctos. Al mismo tiempo se precisa un seguimiento sanitario en los primeros días de la lactancia, ya que suelen ser los momentos en los que por un lado tienen lugar los problemas relacionados con las mamas, como las mastitis, las grietas en el pezón, las ingurgitaciones y los pezones doloridos, y por otro lado en esos días también se manifiestan las alteraciones características del bebé, como el llanto excesivo, los problemas del sueño o los cólicos*”<sup>20</sup>.

Para ofrecer un apoyo y sostén óptimos los profesionales de la salud usan varias herramientas, entre ellas, una **comunicación eficaz** es la más importante ya que es una forma útil de percibir problemas y dar soluciones a estos. Los profesionales influyen y condicionan grandemente las decisiones en cuanto a LM de los padres. En general y según J. Díaz - Saez et al: “*Las madres demandan una comunicación centrada en sus necesidades, y una mayor disponibilidad y apoyo por parte del personal sanitario*”<sup>24</sup>. Individualizar la educación en LM y fomentar los programas multifactoriales, aumenta las tasas de duración de la misma.

Un gran apoyo que presentan las puérperas es el familiar y el del padre o pareja de la mujer. El papel que adopte éste puede facilitar que la experiencia sea positiva tanto para la madre como para el bebé. Cuando la pareja se involucra desde el principio del

---

embarazo en la elección del método de alimentación, en el parto y en la crianza, se alivia a la madre en su reciente maternidad<sup>28</sup>.

El hecho de tener un sistema de salud que resguarde y promueva la LM, no indica que el lugar de trabajo materno facilite la promoción de la misma<sup>17</sup>. Según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio<sup>29</sup>: *“Existe literatura suficiente para afirmar que el apoyo a la lactancia materna favorece su mantenimiento a los seis meses. Los estudios disponibles sugieren que las mujeres se benefician en mayor medida cuando reciben el apoyo de manera directa por parte de voluntarias no sanitarias (por ejemplo, otras madres) en contactos programados. Se recomienda ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada.”*

Todas las intervenciones dirigidas a apoyar a la LM, están dirigidas a resolver los problemas y dificultades con la LM, adaptadas a las necesidades individuales de las mujeres. El contacto y apoyo de personas orientadas a la continuación de la LM es efectivo para aumentar el tiempo de la misma<sup>17</sup>.

## 2.5. FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA LM:

---

Un factor importante a tener en cuenta para conseguir una LME es la *autoeficacia*, concepto desarrollado por Albert Bandura en su teoría social cognitiva. La autoeficacia es *“la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar el curso de la acción requerida para alcanzar una meta. En el caso de la lactancia*

---

*materna es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar satisfactoriamente la lactancia materna<sup>30</sup>.*”

Existen numerosos factores (de protección) que influyen en el inicio y mantenimiento de la LM. Esto son: la edad, estar casada, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, el hecho de haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la LM y el ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno realizar el contacto precoz piel con piel en el nacimiento, el inicio temprano de la LM, la adquisición correcta de posturas así como el amamantamiento continuo y la estimulación de los pechos para la expulsión manual de leche <sup>15,17, 25, 29</sup> .

En España existen programas multidisciplinares para la preparación al nacimiento. Por ejemplo, en el caso de Cataluña, el programa va dirigido a favorecer de manera integral el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas. Éstas son <sup>29</sup>:

- Las actitudes y emociones relacionadas con cada fase del proceso de nacimiento.
- Los aspectos comportamentales que permiten afrontar de manera competente el proceso del embarazo, parto y posparto.
- El conocimiento del proceso del nacimiento y las implicaciones en sus diferentes etapas.

## 2.6. FACTORES NO PROTECTORES DE LA LM:

---

Entre los factores desprotectores de la LM, se encuentran el tabaquismo, la incorporación precoz de la madre al trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, ser

primípera, el ofrecimiento precoz de biberones, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer<sup>5,17, 15</sup>. Existen algunos factores que están directa o indirectamente relacionados con el abandono prematuro de la LM. La siguiente tabla refleja algunos de los más prevalentes en nuestra sociedad, aunque no es determinante que se den todos ellos para que se produzca el abandono de la LM<sup>17</sup>:

Tabla. Factores de riesgo de abandono de la lactancia materna según Oliver Roig <sup>17</sup>		
Nivel individual	Nivel de relaciones y comunitario	Nivel social y cultural
Intención materna de amamantar poco tiempo.	Falta de formación y habilidades específicas de los profesionales de la salud.	Creencias culturales que afectan negativamente a la lactancia.
Decisión tardía de amamantar.	Prácticas hospitalarias que dificultan la lactancia.	“Cultura del biberón”.
Actitud negativa hacia la lactancia	Pocos recursos de apoyo.	Procesos de aculturación.
Experiencia anterior negativa o inexistente.	Falta de apoyo a las personas del entorno.	Se desapueba la lactancia en público.
Baja percepción de autoeficacia para la lactancia materna.	Dificultades al volver al trabajo remunerado	Estilos de vida que dificultan la lactancia.
Madres jóvenes.	Baja prioridad de la lactancia en las políticas públicas	
No estar casada.	Falta de políticas de protección, promoción y apoyo	

Bajo nivel de ingresos y /o educativo	Falta de legislación afín al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.	
Retraso en el inicio de la producción láctea.		
Percepción materna de leche insuficiente.		
Uso de suplementos de leche artificial		
Técnica de succión incorrecta		
Problemas de salud en el niño.		
Problemas de lactancia y bajo grado de satisfacción materna con la LM.		

## 2.7. VISITAS RECOMENDADAS A LAS GESTANTES EN NUESTRO PAÍS:

Las gestantes deben tener varias visitas (Anexo 10.6) tanto con el pediatra como con la matrona o referente de enfermería para la gestante, en las cuales se informe sobre las múltiples ventajas de la lactancia durante el embarazo y puerperio precoz y tardío <sup>27</sup>.

Se ha demostrado que el asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados es una actividad eficaz para aumentar las tasas de LME. Es importante que el profesional sanitario que asesore a la mujer embarazada y puérpera, tenga conocimientos amplios sobre la fisiología, los beneficios, la técnica y el manejo clínico del niño/a amamantado. Así como observar las primeras veces que el niño se pone al pecho de la madre, para advertir si hay o puede haber algún tipo de problema desde el

---

comienzo con el agarre, postura o forma de succionar. La mayoría de los fracasos de la lactancia materna son consecuencias de una técnica incorrecta y en este caso, estos son prevenibles<sup>23</sup>.

Según J. Díaz-Sáez et al, *“en relación a la LM, las madres piden claramente ayuda y apoyo del personal sanitario. Su teoría hace hincapié en la importancia del apoyo, los cuidados y la información por parte de las enfermeras de maternidad. Demandan respeto a la decisión sobre la alimentación de sus bebés, percibiendo cierta presión sobre la lactancia materna. Los mensajes contradictorios generan confusión e inseguridad, por lo que resulta necesaria una unificación de criterios entre todos los agentes que atienden a la madre y al bebé”*<sup>24</sup>.

Las visitas oficiales y recomendadas para la mujer durante la gestación varían según la comunidad autónoma dentro de España y según el país dentro de Europa. Por lo que según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio <sup>29</sup>. *“Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico/a de familia, con la participación del resto de los/las profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente. Se sugiere que las visitas prenatales programadas en las gestaciones sin complicaciones puedan coordinarse por matronas. La atención prenatal estándar recomienda 13 - 14 visitas durante la gestación”*. Es durante estas visitas que los profesionales deben hacer especial hincapié en la forma de lactancia que quieren hacer así como en los miedos y dudas que pueden tener los padres respecto al nacimiento de su hijo/a. <sup>27</sup>.

---

## 2.8. ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA LM:

---

Se usan varias escalas, éstas son esenciales para los profesionales ya que sin éstas no se podría hacer una correcta evaluación y valoración de la LM. Las escalas difieren en composición y en objetivos. Para ésta revisión se han elegido aquellas escalas cuyos objetivos sean los de: Identificar a las madres con mayor riesgo de abandono prematuro de la lactancia y el desarrollo de intervenciones de apoyo a las mujeres que amamantan. El aspecto que es más relevante a la hora de hablar de abandono de la lactancia materna es la “*eficacia de la lactancia materna*”. Existen dos escalas para medir este concepto a nivel internacional (BSES-SF y Prenatal Breast-Feeding Self Efficacy Scale) pero no están validadas en nuestro país <sup>30</sup>.

## 3. OBJETIVOS:

---

En cuanto a estas dos preguntas, se han formulado el objetivo del mismo trabajo:

- ¿por qué sigue habiendo tantas mujeres que aun siendo “aptas” para amamantar deciden no hacerlo desde un primer momento?
- ¿por qué dejan de amamantar aquellas mujeres que un momento se lo habían planteado e incluso habían establecido una lactancia materna eficaz?

Éste es el objetivo que se ha planteado:

- Revisar las causas y consecuencias más comunes de abandono precoz de la Lactancia Materna en recién nacidos y en sus madres en nuestro medio.

---

## 4. MÉTODO:

---

---

### 4.1 DISEÑO, METODOLOGÍA Y JUSTIFICACIÓN:

---

La metodología a emplear para la realización de éste trabajo consiste en una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos PubMed, MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library Plus, Dialnet, The New England Journal of Medicine, Cuiden y FECYT. En la mayoría de los casos se han seleccionado artículos de divulgación científica de revistas y algunos libros o capítulos de los mismos. Ésta se ha realizado mediante una búsqueda sistemática en las anteriores bases de datos.

Las palabras claves que se han buscado son: <<Lactancia materna>>, <<amamantamiento>>, <<recién nacido>>, <<servicio de salud materno>>, <<Fisiología de la lactancia>> (en español), <<Breastfeeding>>, <<lactation>>, <<newborn>>,, <<maternal health services>>, <<breastfeeding physiology>> (en inglés).

Para ello se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos de divulgación científica y ensayos clínicos publicados en los últimos 5 años (Enero 2009 a Enero 2015).
- Los idiomas que se seleccionaron fueron español, inglés y catalán.

Al mismo tiempo se consultaron fuentes científicas y documentación de interés, de ámbito nacional e internacional de la OMS, la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística (INOE), además de algunas

---

publicaciones y guías relacionadas con el tema, todas ellas referenciadas en la bibliografía.

La búsqueda se ha realizado desde el 1 de Septiembre de 2009 hasta el 10 de Enero de 2015. Y los artículos encontrados datan desde abril de 1996 hasta septiembre de 2014.

#### 4.2. ANÁLISIS DE DATOS:

---

Se obtuvieron un total de 142 documentos. En una primera selección, se leyeron los títulos y resúmenes que inicialmente parecían cumplir con los criterios de inclusión y se eliminaron los repetidos, obteniéndose un total de 80 ensayos clínicos. Finalmente tras una valoración crítica de los textos completos de dichos artículos y excluyendo todos aquellos que no trataban específicamente el objetivo planteado en este trabajo, se seleccionaron un total de 65, los más recientes y aquellos que abarcaban a la población española y europea con el fin de recoger los datos más actualizados y novedosos.

Así pues, se incluyeron un total de 40 estudios, en los que se analizaban las diferentes causas de abandono de la LM en varias poblaciones españolas, así como otros estudios de categoría similar.

#### 5. RESULTADOS:

---

Tras la revisión y estudio de todos los documentos hallados, los resultados que se han obtenido acerca del abandono precoz de la LM en nuestro medio son los siguientes:

---

Aunque el 80% de las madres optan por la LM como primera opción en el momento del parto, ésta cifra disminuye al 63% a las seis semanas del nacimiento, al 51% a los tres meses, y al 26% a los seis meses, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) que a partir del año 2006, incluyó en su Encuesta Nacional de Salud varios ítems relacionados con la lactancia materna por recomendación de la OMS<sup>6</sup>. A continuación, se describen los resultados de la revisión bibliográfica en dos apartados, causas del abandono precoz de la LM y consecuencias de dicho abandono.

### 5.1. CAUSAS DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LM EN NUESTRA SOCIEDAD:

---

En general, la mayor parte de las mujeres abandonan precozmente la LM por el conjunto de dificultades que perciben para llevarla a cabo más que por una decisión previa. La satisfacción baja de la madre con ella o la realización de una evaluación negativa del proceso está más relacionada con el abandono prematuro que con la existencia de problemas o dificultades<sup>17</sup>. Entre los motivos de abandono más frecuente en nuestro medio, se encuentran:

---

#### DISMINUCIÓN DE LECHE (REAL O PERCIBIDA):

---

Ésta se considera, según los autores, cómo la primera causa de abandono de la LM entre los 4 y 6 meses del lactante<sup>6</sup>. Normalmente, este pensamiento suele ser una sensación subjetiva que está influida por muchos condicionantes como el estrés materno y la condición económica. También se puede relacionar con el uso de pezoneras que son un obstáculo físico para una succión fisiológica y pueden producir poco a poco una hipogalactia progresiva<sup>25</sup>.

---

Está asociada a la primiparidad y la obesidad, así como a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, además está asociada a la administración de suplementos de leche artificial. En casos excepcionales, puede ser debido a anomalías de la mama, problemas hormonales o a un déficit congénito de prolactina entre otras <sup>17</sup>.

---

### LA INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL MUNDO LABORAL:

---

Es durante los 3 y 6 meses de vida del lactante que se producen los picos más altos de abandono de LM en nuestro país y coincide con la incorporación de la madre al mundo laboral <sup>25</sup>. Es una de las causas principales de abandono precoz y para evitar esto hay dispuestas una serie de medidas, leyes y estatutos que regulan las condiciones de la madre y también del padre para poder continuar con la LM el mayor tiempo posible y que puedan acceder a la LM durante la jornada laboral.

Se encuentra regulado en el permiso de derecho de regulación de la lactancia que viene legislado en el Estatuto de los Trabajadores y en la Ley 39/ 1999 del 5 de noviembre, que promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE de 6 de noviembre de 1999) y en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. La reincorporación prematura a la vida laboral activa, es uno de los grandes problemas, en la práctica para el mantenimiento y establecimiento de la lactancia, siguiendo con las recomendaciones de la OMS y UNICEF <sup>31</sup>.

Sería ideal contar con un entorno laboral favorable a la lactancia, en el cual existan facilidades para la extracción de leche, flexibilidad de horarios o incluso la

---

posibilidad de lactar en el lugar de trabajo, junto con la ampliación de la baja por maternidad, estos son puntos claves para el correcto desarrollo de la LM y aumentar sus tasas.

Actualmente siguen existiendo dificultades en el entorno laboral, éstas suponen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar con la LM. Según explica Oliver-Roig, “una mayor duración de la baja maternal se asocia positivamente a la duración de la lactancia, mientras que las jornadas más intensivas influyen negativamente. Una prioridad baja de la lactancia como factor favorecedor de la salud en las políticas de salud pública de un país es un aspecto que afecta negativamente a la lactancia materna”<sup>17</sup>.

---

#### DOLOR SENTIDO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO Y PROBLEMAS CON EL AGARRE AL PEZÓN:

---

La sensación de dolor es subjetiva y cada persona es única en ese sentido. Es posible que durante el inicio de la LM y por tanto durante la subida de la leche, el pecho se encuentre tumefacto y doloroso a la palpación, es frecuente que se produzca una mayor dificultad de agarre debido a presión negativa que se produce en los conductos galactóforos que todavía no están llenos de leche.

Se produce especialmente si hay ingurgitación mamaria o mastitis, también se puede producir dolor al existir una postura incorrecta de amamantamiento y por tanto el acoplamiento bebé-pecho no es el adecuado o si existen. En cualquier caso, el dolor suele desaparecer al poco tiempo de comienzo de la LM y si no es así, se debe consultar

---

si hay una mala posición o acople del lactante o si existe algún tipo de limitación física o mecánica que esté produciendo un mal agarre y por tanto lesiones en el pezón <sup>26</sup>.

Los problemas que se relacionan con el correcto agarre al pezón dependen tanto del tipo de pezón que tenga la madre así como la postura que se use para amamantar. Existen también limitaciones físicas que dificultan el correcto agarre al pezón y se relacionan con labio leporino, fisura palatina y anquiloglosia del frenillo lingual principalmente <sup>9</sup>.

---

#### EXPECTATIVAS PREVIAS DE LA MUJER RESPECTO A LA LM:

---

La mujer debe expresar un deseo claro y firme de realizar LM. Es algo que debe decidir antes de que el bebé nazca y debe prepararse para ello con los conocimientos y técnicas necesarias. Es un punto clave en ayudar a que las madres consigan sus metas a la hora de lactar proporcionar una información clara de los beneficios que aporta a la madre y al hijo, de algunos aspectos de la fisiología de la lactancia y cómo resolver algunos de los problemas que puedan surgir. Éstas expectativas también se ven condicionadas por el apoyo social y familiar que tenga la mujer, así como por la estabilidad socio-económico de la mujer <sup>7</sup>.

Normalmente, las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la LM, desean amamantar menos tiempo, toman la decisión más tardíamente y tienen actitudes negativas hacia ella <sup>17</sup>. Este dato es importante ya que si se detecta en las consultas de enfermería o de medicina, durante la gestación o se detecta en el momento del parto o durante el puerperio, se podrá resolver y planificar mejor la alimentación del neonato.

---

Saber el deseo de amamantamiento ayuda a la prevención del abandono precoz de la LM.

---

### EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL:

---

En este apartado se deben encuadrar todos los niveles de relación y sus características como por ejemplo las características del hospital y otros servicios de salud que estén dentro del ámbito de la mujer puérpera, el vecindario o el lugar de trabajo materno. El entorno familiar y social, el nivel educativo de la madre, la cultura o la raza pueden ejercer mucha influencia en la mujer a la hora de decidir qué tipo de lactancia quiere dar a su hijo. Se debe incluir aquí el apoyo profesional que reciba la madre desde el momento que conozca el embarazo hasta después de salir del hospital y en casa durante el puerperio <sup>25</sup>.

La LME depende de un aprendizaje y no sólo del instinto. Aunque tiene la misma base fisiológica para todas las mujeres, el significado de la lactancia y la forma en que se integra en la sociedad varían alrededor del mundo <sup>17</sup>.

Es vital la educación y la promoción de ésta medida tan recomendable para la salud y el confort del recién nacido y de la madre. El apoyo sanitario ofrecido durante el embarazo y puerperio, proporciona una fuente de protección hacia la LM cómo se ha citado anteriormente en éste documento. No debemos olvidar aquí incluir a las madres fumadoras. Según J.M. Rius et Al.: *“Ser madre fumadora durante el embarazo, a pesar de haber abandonado el hábito durante el embarazo, supone un mayor riesgo de abandono de la lactancia materna”* <sup>25</sup>.

El lugar donde tiene lugar el parto y los cuidados que allí recibe, guarda relación con el inicio y duración de la LM, así como el nivel de relaciones y comunitario. El actual sistema sanitario es uno de los factores que más ha influido en la reducción de las tasas de LM según Oliver-Roig. A esto ha contribuido la falta de formación clínica y habilidades propias de los profesionales para manejar los problemas de LM además de la falta de recursos orientados al apoyo a las madres <sup>17</sup>.

Uno de los mayores obstáculos para realizar LM en el hospital es el retraso en el contacto precoz piel con piel al nacimiento, pero también están la separación innecesaria durante el ingreso y dar de forma rutinaria sucedáneos de leche artificial entre otros. El riesgo de abandono prematuro de LM es mayor cuanto más obstáculos presenten los hospitales para proteger y promocionar la LM <sup>17</sup>.

La mayor influencia en las actitudes y prácticas de lactancia son las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas además de abuelas, profesionales de la salud y otras personas del entorno. La exclusividad y duración de la lactancia dependen tanto del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche así como las creencias populares que tenga. Estas creencias afectan a cómo se alimentan los niños y a los valores, actitudes y expectativas asociadas a este comportamiento<sup>17</sup>.

A veces, estas creencias son más seguidas que las directrices de los profesionales de la salud e incluyen diversos factores individuales y sociales como la interacción entre madres e hijos, cómo se realiza el amamantamiento y o que es ser “buena” madre entre otros. La cultura de los países industrializados identifica a la LA como lo que es mejor para el recién nacido, la incompatibilidad con los estilos actuales

de vida de la mujer con la lactancia y que la LM esté mal vista en público influyen en las decisiones de las mujeres y madres para el abandono precoz de la misma <sup>17</sup>.

Tabla. Principales causas de abandono de la lactancia materna:

<i>Autor, año, nacionalidad:</i>	<i>Tipo de estudio y número de participantes:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Resultados más relevantes:</i>
González Camacho, I y cols. 2010 <sup>32</sup> .	Estudio descriptivo prospectivo con 4 cortes transversales. Población de estudio 166 mujeres.	No se describen.	En éste estudio se aprecia que dentro de la muestra de las madres con hijos anteriores un 26% dieron LM de 0-3 meses siendo un 5% (6-12 meses) y ninguna superior a los doce meses de vida.
Bruno Bárcena, J; Uría Urraza, M A; García González, MC; Donate Suárez, I; Muslera Canclini, E; Álvarez Iglesias, G. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. 2010 <sup>33</sup> .	Encuesta de población	No se han descrito.	El 40% de las criaturas recibe LME durante su estancia en el hospital y el 53% continúa a los tres meses con LME, dato que resulta coherente con la práctica de aportar suplementos en las primeras horas de vida.  Se recogen resultados contradictorios sobre la promoción de la lactancia: en el embarazo se proporciona información de la matrona sobre LM y el 86% de las mujeres reciben una guía escrita; en el hospital un 72% de las madres recibieron asesoramiento en el hospital sobre LM, pero al 20% de ellas les recomendaron LA, al 33% le regalaron un biberón y al 32% le dieron materiales sobre LA.
Ortega Ballesteros EM et al. 2011 <sup>34</sup>	Estudio descriptivo transversal.	Encuestas	Un 77,5% de las madres refiere que sus problemas con la LM se han visto resueltos gracias a su asistencia al grupo. Todas las madres describen su periodo de LM como placentero y un 95% destacan la influencia de su asistencia en ello. El 100% de las madres valora como muy positiva su asistencia al grupo. La principal razón por la que deciden venir al grupo es el hecho de tener problemas con la LM (37,5%).

Lumbiganon P et al. , 2011 <sup>14</sup>	Revisión bibliográfica. 7131 participantes.	No hubo intervenciones en este caso.	En esta revisión bibliográfica, se encontró que el consejo individual incrementaba las tasas de LM, también se vio que la confinación de un manual de LM, combinada con un video y consulta de lactancias era más efectivo a la hora de aumentar las tasas de LM a los tres meses.  La combinación de manual de LM, video y consulta de LM, era más efectivo a la hora de aumentar las tasas de LME a los seis meses.
Palomares Gimeno MJ, y cols. 2011 <sup>35</sup>	Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo sobre la prevalencia de la LM, su inicio y duración. . 361 participantes.	Encuesta presencial.	Los resultados de este estudio fueron: La prevalencia de LME a los seis meses era del 40%, y la lactancia continuada a los 15 meses era del 16%. Los factores con relevancia estadística, desfavorables para la LM en el primer mes de vida, y que se mantienen al sexto mes, son ser hijo de madre fumadora, ser hijo de madre no amamantada, peso al nacimiento menor de 2500g, iniciar la LM después de las cuatro horas de vida y ofrecer suero glucosado en la maternidad. Las madres inmigrantes inician la LM con mayor frecuencia, pero al sexto mes no hay diferencia con las españolas.
J Díaz-Sález et al, 2011 <sup>24</sup>	Estudio cualitativo	No se han descrito intervenciones	En cuanto a la LM, todas habían decidido previamente lactar a sus bebés y, de hecho, todas la iniciaron. Se asocia con sentimientos de esfuerzo, necesidad de ayuda y apoyo profesional los primeros días, se da poca/ninguna información en el embarazo y se echa de menos en los primeros días tras el parto, lo que crea incertidumbre e inseguridad por el llanto del bebé. La información de los profesionales muchas veces es contradictoria, y unida a la de los familiares cercanos genera gran confusión en la

madre. Se percibe cierta presión hacia la LM, que en algunos casos origina sentimientos de culpa, viviéndose como una falta de respeto. En otros casos, la lactancia se vivió de forma positiva. En cuanto al uso del biberón, no se percibe diferencia entre éste y la LM. El chupete se considera como algo usual.

Marko de Jager et al. 2012 <sup>22</sup>	Estudio prospectivo y longitudinal. 3994 MUJERES	No se han descrito	<p>En éste estudio, se recalca la importancia de la LM para el correcto desarrollo del recién nacido. Aunque hay muchos países que apoyan la recomendación de la OMS de que los recién nacidos sean alimentados de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. La evidencia enseña éxito limitado en este objetivo mundial.</p> <p>Existen variaciones significativas entre los países. El 94% de las mujeres querían empezar a amamantar, el 88% de ellas empezó, pero el 41% no comenzaron o pararon en los primeros seis meses. Los principales motivos de abandono de la LM fueron: Insuficiencia percibida de leche (40 %), el bebé no quería lactar (24 %), dolor durante el amamantamiento(15 %), tiempo necesario para amamantar (14 %) o para extraerse la leche (7 %), necesidad de volver al trabajo(10 %) y sentimiento incómodo al amamantar fuera de casa(9 %). Este artículo muestra las principales barreras que existen para la LM a pesar de refuerzo existente al apoyo parental y al aumento de la aceptación de la LM en el lugar de trabajo y en público.</p>
Sacristán Martín AM, y cols. 2011 <sup>5</sup> .	Estudio retrospectivo.	Se entregó un cuestionario a las	El porcentaje de mujeres que eligieron LME después del parto fue del 81,2%, el 10,7% optó por la

		madres de los niños entre 7 y 12 años que acudían a la consulta.		lactancia mixta y el 8,1% por la LA. El abandono de la LM fue progresivo mes a mes llegando al sexto mes solo el 36,5% de los niños que la habían iniciado. Los índices de LME, continúan alejados de los propuestos por la OMS. Se necesita una mayor implicación a nivel profesional y social.
Furnieles-Paterna E, et al. 2011 <sup>36</sup> .	Ensayo de intervención, multicéntrico y aleatorizado. 200 participantes.	100 mujeres recibieron y la visita posparto en el domicilio mientras que otras 100 la recibieron en su centro de salud.		La visita puerperal domiciliaria se asoció de manera independiente a un alto grado de satisfacción materna con la asistencia recibida y a un menor grado de abandono precoz de la LM que fue 6 veces inferior respecto al grupo con visita puerperal en el centro de salud.
Gómez González RM, y cols. 2013 <sup>37</sup> .	Estudio observacional retrospectivo. 173 participantes.	No se realizaron intervenciones.		La LM es objetivo prioritario de Salud Pública a nivel Mundial, para mejorar la salud de niños y de sus madres. Media de LM en 2005 fue 3 meses, en 2010 la media fue de 6 meses. LM 12 meses o más, fue 8,2% en 2005 y 22,5% en 2010.
Cuadrón Andrés L. et al. 2013 <sup>38</sup> .	Estudio observacional longitudinal en una cohorte representativa de la población de lactantes aragoneses (1602 participantes)	No se realizaron intervenciones.		La LME o predominante fue superior al resto de modalidades de alimentación durante los 4 primeros meses de vida. El mantenimiento conjunto de la LM en cualquiera de sus modalidades fue del 82,5% al mes de edad, el 71,8% al tercero, el 54,3% al sexto y 27,8% al año. Las variables maternas que se asociaron significativamente al mantenimiento de la LM, tanto al mes como a los 6 meses de edad fueron: tipo de parto (mayor probabilidad si el parto es vaginal), el nivel de estudios (mayor probabilidad si tienen estudios superiores), la procedencia (mayor probabilidad en las madres de origen africano), la adiposidad (mayor probabilidad en las madres que tienen un peso adecuado o sobrepeso frente a las

obesas) y no fumar durante la gestación.

<p>Martínez Galiano JM, y Delgado Rodríguez M 2013 <sup>39</sup>.</p>	<p>Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en cuatro hospitales de Andalucía sobre mujeres primíparas.</p>	<p>Educación maternal a 520 mujeres</p>	<p>En este estudio, los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. En el análisis se estimaron odds ratios crudas y ajustadas</p> <p>La realización de Educación Maternal por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM y el mantenimiento de ésta No hubo diferencias en los motivos que las mujeres argumentaron para abandonar la LM.</p>
<p>Moreno-Almendro R, Góngora-Maldonado F. 2014 <sup>6</sup></p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>No se han descrito intervenciones.</p>	<p>La LME hasta los 6 meses de vida es el mejor alimento para los recién nacidos. Sin embargo, existe una tasa de abandono de LME elevada en nuestro medio, en muchas ocasiones relacionada con una producción insuficiente de leche.</p> <p>En la actualidad existe un producto a base de cardo mariano que actúa como galactogogo, aumentando la producción láctea. No hay evidencia científica suficiente al respecto.</p>
<p>Rius JM, et al. 2014 <sup>25</sup>.</p>	<p>Estudio prospectivo, con inclusión consecutiva de pares (madre y recién nacido) hasta muestra requerida. 452 participantes.</p>	<p>No se han descrito intervenciones.</p>	<p>Las variables fueron recogidas mediante encuestas maternas. Se seleccionaron 452 pares en los que se constató el inicio de la LM en el 81% de los casos, persistiendo a los 3 y 6 meses el 39 y 21% total, respectivamente. Los factores asociados al abandono precoz fueron: gestación tras técnicas de reproducción asistida, hábito tabáquico materno, expectativas pobres sobre la duración de LM, utilización de pezoneras, uso rutinario del chupete</p>

				durante el primer mes posparto madre con estudios universitarios, asistencia a clases prenatales), y sensación materna de leche suficiente al alta
Pereda Goikoetxea B, et al. 2014 <sup>20</sup> .	Revisión bibliográfica. 207 documentos	Intervenciones prenatales de apoyo en el parto y en el postparto.		En este artículo se presenta una revisión bibliográfica sobre los beneficios de las intervenciones prenatales profesionales de apoyo a la LM, en el momento del parto y también posnatales, para poder así responder a las necesidades existentes y crear estrategias profesionales para la promoción, la protección y el apoyo de LME.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. <sup>40</sup>	Encuesta poblacional de España.	No se han realizado intervenciones de ningún tipo.		La principal fuente de información sobre el porcentaje de niños alimentados a pecho son las encuestas de salud por entrevista. El porcentaje de niños de menos de 5 años de edad alimentados total o parcialmente con LM ha aumentado de 78,6 en 2006 a 79,5 en 2011. De igual modo ha aumentado en número medio los meses de LM: de 5,9 en 2006 ha pasado a 7,0 en 2011. Según el nivel de estudios del cabeza de familia, el porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con LM fue mayor en aquellos cuyo cabeza de familia tenía estudios de segundo grado, segundo ciclo o superiores. Así mismo, en el año 2011, el número medio de meses de lactancia también mostró relación con el nivel de estudios del cabeza de familia: 7,1, 7,5, 6,3 y 6,9 meses en los hogares cuyo cabeza de familia tenía, respectivamente, estudios de tercer grado, estudios de segundo grado, segundo ciclo, estudios de segundo grado, primer ciclo y estudios primarios o inferiores. Por comunidades autónomas se observaron importantes variaciones en los

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. porcentajes de niños menores de 5 años alimentados con lactancia materna. Mientras que en Navarra, Madrid, Murcia y País Vasco este porcentaje fue superior al 85% en 2011, en Ceuta y Melilla, Galicia y Cantabria, fue menor del 70%. Por su parte, el número medio de meses durante los que el niño fue total o parcialmente alimentado con leche materna varió considerablemente entre unas comunidades y otras. Mientras que en el País Vasco, Cataluña, La Rioja, Aragón fue mayor de 8 meses, en Asturias, Castilla y León, Andalucía y Galicia, fue menor de 6 meses.

### EL TIPO DE PARTO:

Es mucho más fácil que se instaure la LM tras el nacimiento mediante un parto eutócico que instrumental, e instrumental antes que por cesárea. El contacto piel con piel favorece en gran manera la instauración de la LM y siempre que no haya impedimentos médicos, es recomendable que tras el parto, madre e hijo/a disfruten de un tiempo para conocerse, para empezar a crear el vínculo materno-filial y para el inicio de una LM.

Se debe incluir aquí si el neonato o la madre han presentado algún tipo de complicación durante el parto o durante las siguientes horas al nacimiento. Si el neonato ha podido establecer el vínculo y la LM con su madre o si por el contrario le han administrado

---

leche de fórmula o artificial en la maternidad, si es así, tiene mayor riesgo de abandono de la LM<sup>25</sup>.

## 5.2. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA:

---

Europa tiene uno de los índices más bajos de LME exclusiva a los seis meses de edad, diversos estudios señalan que la LM es el método más natural y eficiente de asegurar un crecimiento y desarrollos óptimos para el niño. Existe un efecto dosis-respuesta entre la leche materna y la salud humana, desde el inicio pasando por la exclusividad y duración de la misma. Se reconoce a nivel internacional que una mejor duración de la LME conlleva un descenso significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la lactancia artificial<sup>17</sup>.

En estudios llevados a cabo en países industrializados se aprecia que una menor duración de la LME está asociada a un aumento del riesgo de infecciones gastrointestinales y hospitalización como resultado de infecciones durante el primer año de vida, además de dermatitis atópica y síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo 1, asma, enterocolitis necrotizante en lactantes prematuros, obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto<sup>17</sup>.

Denegar la LM a un recién nacido debe evitarse lo máximo posible. Ya que al abandono prematuro de la LM se asocia con una gran pérdida de la variedad de biofactores presentes en la leche humana como son: el rol fundamental de sus ácidos grasos para el desarrollo cerebral; el efecto programador sobre el metabolismo y la expresión genética;

el efecto protector frente a una serie de problemas de salud que conforman la mayor parte de la carga de salud del adulto. A todo esto se le puede añadir que la LM en periodos de tiempo superiores a seis meses, no solo beneficia la salud y mejor estado del bebé, sino que también previene a la madre de enfermedades graves como por ejemplo el cáncer de mama <sup>15</sup>.

---

## 6. DISCUSIÓN:

---

Pese al consejo de la OMS y UNICEF de realizar LME durante los seis primeros meses de vida, existe un alto porcentaje de mujeres que abandonan la LM de forma precoz en nuestro país. La presente revisión bibliográfica trata de dar respuesta a las causas y consecuencias más comunes de abandono de la LM en nuestro medio. En la mayoría de los estudios revisados, las causas de abandono son prevenibles mediante una buena educación maternal y un correcto apoyo y promoción a la LM por medio de los profesionales de la salud en cualquier lugar dónde se encuentren.

Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la LM en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Los factores desprotectores de la LM son: el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, el ofrecimiento precoz de biberones y el uso del chupete, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer así como un nivel socioeconómico y sociocultural bajo. Las causas más comunes de abandono de la LM en nuestro medio son: hipogalactia (real o percibida), incorporación de la mujer al mundo laboral, dolor durante el amamantamiento y problemas con el agarre al pezón, expectativas previas de la mujer respecto a la lactancia, el entorno familiar y social y el tipo de parto.

La hipogalactia, real o percibida, es la primera causa de abandono precoz de la LM en nuestra sociedad, por lo que hay que educar a la población en cuanto a formas y técnicas correctas de alimentación para que los padres y cuidadores del recién nacido, sepan si ha succionado lo suficiente y si se queda o no con hambre. (Anexo 10.3)

---

Con respecto a la incorporación de la mujer al mundo laboral, existen medidas protectoras de la LM respetando horarios y aprendiendo el correcto almacenaje de la leche materna. Es recomendable que la mujer sea asesorada acerca de cuáles son las mejores opciones entre las que pueda elegir a la hora de combinar la LM con la incorporación al mundo laboral. (Anexo 10.4)

El dolor durante el amamantamiento y los problemas con el agarre al pezón, se pueden prevenir mediante técnicas correctas de amamantamiento, es fundamental para esto, una buena posición. La ayuda y el apoyo profesional es importante para ayudar a establecer una lactancia materna eficaz y evitar las causas prevenibles de abandono de la lactancia materna.

Las expectativas de la mujer frente a la LM antes de que nazca su hijo/a, le ayudarán a establecer prioridades y a esforzarse más por conseguirlas siempre que sea posible. Es importante conocer el deseo previo de la mujer y apoyarla y asesorarle durante todo el proceso.

El entorno familiar y social, ejercen una influencia importante sobre las decisiones de lactancia de la mujer. En cuanto a este punto, la decisión y la experiencia previa de LM, condicionarán a la mujer. El apoyo, promoción y protección a LM por parte de los profesionales de salud es fundamental para conseguir una lactancia materna eficaz.

Los factores protectores de la LM incluyen: la autoeficacia, la edad, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, el hecho de haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la LM y el ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno así como el contacto precoz en el momento del parto. Este último punto influye de manera importante en la

---

duración y exclusividad de la LM por las ventajas y beneficios que conlleva para el recién nacido y su madre ya que es una medida que no implica costos económicos, requiere de bajo entrenamiento y no necesita más tiempo para el personal sanitario. Comenzar la LM en la primera hora postparto se considera de importancia vital para el establecimiento de la misma así como la creación del vínculo materno filial.

Se considera un factor importante de protección y promoción para la LM la correcta información y educación a los futuros padres y a la familia cercana para el establecimiento de la LM eficaz.

Por último el apoyo, promoción y protección a la LM por todos los profesionales a los que pueda acceder la mujer puérpera, influyen de manera grata a la hora de establecer la LME y eficaz.

#### 6.1. CONCLUSIONES:

---

Respecto a los objetivos planteados al comienzo de dicho estudio y tras la revisión sistemática de diversos estudios, se concluye que la baja prevalencia de LME en España, la existencia de prácticas profesionales erróneas y peligrosas y la presencia de grupos sociales de riesgo de lactancias cortas o ausentes, ponen en evidencia la necesidad existente de recuperación la cultura de la LM en nuestra sociedad.

Se debe respetar siempre la decisión de la mujer y su pareja sobre la forma en la que desean alimentar a su hijo/a, pero se debe incidir en las ventajas y beneficios que posee tanto para la madre como para el recién nacido así como en una correcta educación y formación profesional e individual para poder solucionar las dudas y miedos que surjan. No se pueden realizar intervenciones de promoción y protección de la LM en las

mujeres que deciden desde un inicio la no LM y mantienen su deseo firme durante todo el embarazo y puerperio inmediato, pero si se puede informar y educar y respetar la decisión de la mujer al respecto.

Las intervenciones profesionales hacia la LM poseen un efecto muy beneficioso en la iniciación, mantenimiento y continuación de la LME. El apoyo, protección y promoción de la LM es crucial para la LM durante las primeras horas postparto así como durante los primeros días que es cuando se desarrollan más dudas y posibles problemas prevenibles.

La educación y formación específica de los profesionales que traten con puérperas es fundamental para ayudar a superar las dificultades durante todo el proceso, promoviendo técnicas que beneficien a la LM y enseñando las formas de conservación de la LM, las posiciones adecuadas o incorrectas, cómo saber si el lactante succiona lo necesario o no, y la prevención de los problemas que puedan surgir.

---

## 7. BIBLIOGRAFÍA:

---

1. WHO (OMS). (2014). Maternal, newborn, child and adolescent health . Enero 2015, de WHO(OMS) Sitio web: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/e>
2. WHO (OMS). (Noviembre 2014). 10 datos sobre la lactancia materna. Enero 2015, de WHO(OMS) Sitio web: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
3. Cagnolati A. (2013). El futuro del Pasado. o.Università del Studi di Foggia, 4, 117-129. Nov 2014, De Dialnet Unirioja Base de datos.
4. Bernabéu-Mestre J., Barona Vilar JL. (2011). Nutrición, salud y sociedad; España y Europa en los siglos XIX y XX. Nutr Hosp; 26(6):952-953.
5. Sacristán Martín AM, y cols. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev pediatr de aten primaria. 2011;13 Vol.13:33-46.
6. Moreno-Almendro R., et al. Evidencia actual del efecto del cardo mariano como galactogogo. Matronas Prof. 2014; 15(1): e1-e5.
7. Alison M. Stuebe, MD, MSc. Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna.Obstet Gynecol 2014;123:643–52.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
9. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014; 2 (2): 21-37.
10. Diccionario de la lengua española. (2014). "lactante". Enero 2015, de Real Academia Española Sitio web: <http://lema.rae.es/drae/?val=lactante>
11. WHO (OMS). (2015). Lactancia materna exclusiva. Enero 2015, de WHO (OMS) Sitio web: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
12. WHO (OMS). (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 12/02/2015, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/)
13. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm [revista en la Internet]. 2008; 17(3): 205-209. [citado 2015 Feb 24]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962008000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000300012&lng=es)
14. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub2.
15. Aguilar-Cordero M. J. y cols. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. Nutr Hosp.2013; 28(3): 920-926.
16. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Noviembre 2014, de Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja Sitio web: [http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af\\_protocolo\\_lactancia.pdf](http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf)

17. Oliver Roig, A. (2012). El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencias, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. (Tesis doctoral).Universidad de Alicante, Alicante.
18. Félix Valenzuela JA y cols. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*.2011; 13(2): 47-56. Desde: <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=121&IDARTIULO=31318&IDPUBLICACION=3393> Base de datos
19. Jaafar S, Jahanfar S, Angolkar M, Ho J. Uso de chupetes versus ningún uso de chupetes en lactantes nacidos a término que son amamantados para aumentar la duración de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 3. Art. No.: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202
20. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elozegi I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Revisión bibliográfica de los beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Prof*. 2014; 15(2): e1-e8
21. Muñoz Guillen A.y Dalmau Serra. Alimentación del recién nacido sano. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008.Disponible en [www.aeped.es/protocolos](http://www.aeped.es/protocolos)
22. Jager M, Hartley K, Terrazas J. y Merrill J. Barriers to Breastfeeding – A Global Survey on Why Women Start and Stop Breastfeeding. (2012). Nov 2014, de *European Obstetrics & Gynaecology supplement* Sitio web: [http://www.healthcare.philips.com/main/shared/Assets/Documents/avent/clinical\\_studies/Barriers\\_to\\_Breastfeeding\\_Publication.pdf](http://www.healthcare.philips.com/main/shared/Assets/Documents/avent/clinical_studies/Barriers_to_Breastfeeding_Publication.pdf)
23. Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del Campo R, Urbano F. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe nº Osteba D-11-01.Según J. Díaz-Sáez et al. (2011).
24. Díaz-Sáez J. et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*.2011; 25(6), 483–489.
25. Rius et Al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España.*An Pediatr (Barc)*. 2014;80 (1)6-15.
26. Fernández Medina, IM. González Fernández, CT. Lactancia materna: Prevención de los problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enf Global*. 2013; 31.
27. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del Campo R, Urbano F. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe nº Osteba D-11-01.
28. José Ignacio Nieto García (Consejero de Salud). (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Noviembre 2014, de Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja Sitio web: [www.riojasalud.es](http://www.riojasalud.es)

29. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
30. M. Llopis-Rabout-Coudray, et al. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof.* 2011; 12(1): 3-8.
31. La liga de la Leche. España, 2014. Consultada en 10 de Noviembre de 2014. Disponible en: [http://www.laligadelaleche.es/lactancia\\_materna/legal.html](http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.html)
32. González Camacho, I. Rodríguez Duque, N. Estudio de Prevalencia de Lactancia Materna en la isla de La Palma. *ENE, Revista de Enfermería.* 2010; 4(1):42-48. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
33. I Encuesta de opinión. Atención Maternal y Neonatal. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2011
34. Ortega Ballesteros, EM, Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta T, Jiménez Iglesias V. El fomento postnatal de la lactancia materna; los grupos de apoyo. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2010; 7(49). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49\\_original\\_fompostLM.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49_original_fompostLM.pdf)
35. Palomares Gimeno MJ, y cols. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011; 13: 47-62.
36. Furnieles-Paterna E., et al. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.*, 2011; 12(3):65-73.
37. Gómez González RM, Martín Arrate ML, Hendriks S. Progresión de Lactancia Materna en un Centro de Salud. *ENE. Revista de Enfermería.* 2013; 7(3)
38. Cuadrón AL, et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc).* 2013; 79(5):312-318.
39. Martínez Galiano JM, y Delgado Rodríguez D. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev. assoc med bras.* 2013; 59(3):254-257.
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

---

## 8. Artículo:

---

EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS EN NUESTRA SOCIEDAD (ESPAÑA). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

THE BREASTFEEDING'S PREMATURE RENOUNCE, IT'S CAUSES AND CONSECUENCIES AT OUR SOCIETY (SPAIN). BIBLIOGRAPHY REVIEW.

---

*Raquel Gómez García. Trabajo de Fin de Grado. Graduada en Enfermería. Universitat Rovira i Virgili.*

### RESUMEN:

Los organismos oficiales, nacionales e internacionales, recomiendan llevar a cabo la lactancia materna (**LM**) al menos durante 6 meses de vida. En esta revisión bibliográfica se investigan las principales causas y consecuencias del abandono precoz de la **LM** en España debido a las bajas tasas que existen desde hace décadas. Estas son: disminución de leche, tipo de parto, el dolor durante el amamantamiento, incorporación de la mujer al trabajo, expectativas previas frente a la lactancia y el entorno social y familiar.

Las consecuencias de dicho abandono son: aumento del riesgo de infecciones gastrointestinales y hospitalización como resultado de infecciones durante el primer año de vida, dermatitis atópica y síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo 1, asma, enterocolitis necrotizante en lactantes prematuros, obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto.

El apoyo, promoción y protección de la **LM** en todos los niveles asistenciales es básico para ayudar a los padres a continuar y cumplir con sus metas de **LM**. La metodología usada en este trabajo ha sido de búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library Plus, Dialnet, The New England Journal of Medicine, Cuiden y FECYT. Se han seleccionado artículos de divulgación científica y los artículos que datan desde abril de 1996 hasta septiembre de 2014.

### ABSTRACT:

Official, national and international organizations recommend breastfeeding (**BF**) for at least 6 months. In this review, the main causes and consequences of early cessation of **BF** in Spain are investigated due to the low rates of **BF** that have existed for decades. These include decreased milk, type of delivery, pain during **BF**, incorporation of women to work, previous expectations for nursing and social and family environment.

The consequences of this cessation are: increased risk of gastrointestinal infections and hospitalization as a result of infections during the first year of life, atopic dermatitis and sudden infant death syndrome, childhood lymphatic cancer, type 1 diabetes, asthma, necrotizing enterocolitis in infants premature, obesity in adolescence and adulthood and hypertension and type 2 diabetes in adults.

The support, promotion and protection of breastfeeding in all levels of care are essential to help parents to continue and fulfill their goals of **BF**. The methodology used in this study was a systematic search in the following databases: PubMed, MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library, Dialnet, The New England Journal of Medicine, Cuiden and FECYT. They have been selected science articles and items dating from April 1996 until September 2014.

### PALABRAS CLAVE:

---

<<Lactancia materna>>, <<amamantamiento>>, <<recién nacido>>, <<servicio de salud materno>>, <<Fisiología de la lactancia>> (en español)

KEY WORDS:

<<Breastfeeding>>, <<lactation>>, << newborn>>, <<maternal health services>>, <<breastfeeding physiology>> (en inglés)

### INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO:

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) recomienda la Lactancia Materna Exclusiva (**LME**) durante seis meses y la introducción de alimentos complementarios apropiados para la edad del niño a partir de entonces, también recomienda el mantenimiento de la Lactancia Materna (**LM**) hasta los dos años o más de edad” [1] y [2].

La LM es un acto inherente a las culturas y a la forma de crianza de cada sociedad y se acepta cómo algo recomendable tanto para la madre como para el neonato. Con la llegada de la Revolución Industrial en el S.XIX cambió la forma básica de crianza, por ejemplo mediante la contratación de nodrizas cuya función era la de alimentar y cuidar al bebé durante los primeros 6 meses de vida [3]. En España, tras la Guerra Civil se fue abandonando la LM y fue sustituida por productos alimenticios industriales como la leche en polvo o la leche condensada [4].

Durante el siglo XX, las tasas de LM disminuyeron drásticamente en todo el mundo, de forma especial y aguda en países occidentales e industrializados. La LME hasta los seis meses de vida es el mejor alimento para los recién nacidos debido a las ventajas que proporciona a corto y largo plazo tanto para la madre como para el neonato [5].

La LM se considera un tema de actualidad por la importancia, relevancia y ventajas que tiene tanto para el neonato como para su madre, su familia e incluso por su bajo coste económico. Además de la flexibilidad y libertad de horarios y situaciones para amamantar que pueden ser incluidos en las actividades de la vida diaria, tales como el trabajo de la madre. Resalta que aunque la sociedad cada vez es más industrializada y tecnológica, aún no se ha podido crear una leche artificial que contenga todas las propiedades y ventajas que tiene la leche materna como tal [6].

Algunos estudios realizados a escala mundial dicen que una pequeña parte de los recién nacidos sanos a escala mundial recibe LME pasados los primeros 3-4 meses de vida. Las tasas de LM disminuyeron de 70% en 1900, a 22% en 1972. Durante los últimos 40 años, los índices han aumentado considerablemente, hasta llegar a 77% en 2010, pero aun así hay muchas mujeres que no amamantan tanto tiempo como desearían [7].

Si desplazamos los datos a España y según la Encuesta Nacional de Salud que se realizó en el año 2012: “El porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con leche materna a las 6 semanas del nacimiento fue del 72,4%, pasando a los 3 meses de edad al 66,5% y al 47% a los 6 meses. Según los últimos datos parece que la tendencia viene siendo creciente desde 1995” [8].

Otros estudios coinciden en que es preocupante el descenso de su prevalencia en los últimos años, según Adeva Quirós: “el porcentaje de madres que optan por la lactancia materna exclusiva oscila entre el 40-60% durante los primeros días posteriores al parto, alrededor del 50% a los tres meses y por debajo del 20 % a los 6 meses” [9], [10]

Estos datos llevaron al desarrollo del objetivo principal del presente estudio, siendo éste: *Revisar las causas y consecuencias más comunes de abandono precoz de la Lactancia Materna en recién nacidos y en sus madres en nuestro medio.* Para ello, es conveniente comenzar con algunas pinceladas acerca de la lactancia materna, su fisiología, beneficios... etc. [11], [12]

→Lactancia materna exclusiva (LME): “El lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o recibe leche materna extraída del pecho [13], [14], [15].

La alimentación apropiada durante las edades más tempranas de la vida es esencial para asegurar que la población infantil llegue a su potencial en cuanto al crecimiento, salud y desarrollo [16], [17].

**FISIOLOGÍA DE LA LM:** La fisiología de la lactancia comienza antes del embarazo, durante la pubertad, cuando el estrógeno estimula el crecimiento de los conductos mamarios y la progesterona estimula el desarrollo alveolar [7]. Es durante el embarazo que el proceso se acelera con diferenciación secretora a la vez que los lactocitos desarrollan la capacidad de producir leche.

La succión del bebé en la mama desencadena la liberación de prolactina y oxitocina, lo que estimula la síntesis y secreción de leche, respectivamente. Durante la bajada, es la oxitocina la encargada de producir las contracciones en las células que rodean los alvéolos, lo cual transfiere la leche a través de los conductos mamarios hacia el pezón y areola.

Para que la LM sea efectiva los lactantes han de aprender a acoplarse a la mama y succionar durante los primeros días de vida y esto requiere que el lactante tenga la boca bien abierta, con la lengua bajo la areola y que la expresión de la leche en la mama se realice mediante succiones lentas y profundas [18], [19].

#### **BENEFICIOS DE LA LM PARA EL RECIEN NACIDO Y LA MADRE:**

Para el neonato:

- A corto plazo mejora: a) la inmunidad del bebé, b) la función intestinal, c) el bienestar psicológico y d) fomenta el establecimiento del apego.

- A largo plazo está demostrado: a) su influencia en la obesidad, b) en el riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto, c) en la probabilidad de padecer cáncer, d) en ciertas condiciones alérgicas, e) diabetes mellitus, f) enfermedades inflamatorias, g) desarrollo neurocognitivo [5], [6],[15]

Para la madre la LM proporciona: a) involución uterina más rápida, con menor sangrado posparto y, con una menor tasa de anemias e hipertensión, b) recuperación del peso previo al embarazo más rápido, c) disminuye la depresión posparto d) disminuye el riesgo de osteoporosis y diabetes tipo II y cánceres de ovario y de mama [5], [20], [21].

La LM conlleva beneficios sociales y económicos como descenso de absentismo laboral de los padres de los niños amamantados. Además la LME es un método de control efectivo de la natalidad durante los primeros meses posparto, con un 98% de fiabilidad como método anticonceptivo [11], [17] y [22].

**PROTECCION, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LM:** Se necesita apoyo para iniciar y mantener la LM. La promoción, protección y apoyo se ha considerado una prioridad de salud pública en Europa y en España. La promoción de la LM es una de las líneas estratégicas en salud reproductiva, (Proposición de Ley para la protección, promoción y apoyo a la lactancia).

En el año 2009 se incluyó la recomendación de implementar prácticas eficientes en el apoyo a la LM entre los estándares y recomendaciones del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dentro del marco establecido por la Estrategia de Atención al parto Normal del SNS [17]. Dentro de nuestro SNS existen programas estructurados que combinan la educación en LM con consejos orientados a cambios de conducta que resultan efectivos y aumentan las frecuencias de iniciación y su continuación más allá de los tres meses [23]. “Tanto la estrategia de atención al parto normal como la legislación nacional y autonómica apoyan la LM como la alimentación ideal para el recién nacido [24]”.

Según Rius et Al. [25], existe más de un 60% de las madres que desean amamantar a sus hijos durante los primeros tres o más meses de vida, sin embargo a los 3 meses, tan sólo quedan un 39% de las madres lactando de forma parcial. (...) Se podría considerar que en una población se abandona precozmente la LM cuando, a los 3 y 6 meses tras el parto, quedan menos del 75% y 50 % de madres lactando respectivamente y al menos de forma parcial [6] , [20].

Aunque el SNS apoye la LM no se prioriza en los lugares de trabajo materno. Sería ideal contar con un entorno laboral favorable a la LM, en el cual existan facilidades para la extracción de leche, flexibilidad de horarios o incluso la posibilidad de lactar en el lugar de trabajo, junto con la ampliación de la baja por maternidad. Estos son puntos claves para el correcto desarrollo de la LM y aumentar sus tasas. A parte de estos, hay que considerar otros aspectos

que pueden influir negativamente como son: la carga de trabajo no remunerado en el hogar y la prestación por maternidad disponible [17].

Aunque la LM se considera algo natural, necesita de un amplio y óptimo aprendizaje por parte del neonato y de la madre, para aprender a succionar correctamente del pecho y para aprender las pautas de un posicionamiento y succión correcta así como un aprendizaje de los cuidados básicos para la madre [26]. Un buen apoyo profesional en la LME ayuda en gran manera a que tanto la madre como el recién nacido cumpla con sus metas de LM y crecimiento. Este apoyo profesional puede ser suministrado por matronas, profesionales de enfermería, pediatras, ginecólogos y médicos de familia...etc. [20].

La difusión de los beneficios de la LME comienza “antes del parto, mediante la educación maternal, y continúa en el momento del postparto con el contacto piel con piel de madre e hijo para iniciar en las primeras horas el amamantamiento, asegurando que la técnica, la succión y el número de tomas sean correctos. Se precisa un seguimiento sanitario en los primeros días de la lactancia, ya que suelen tener lugar los problemas relacionados con las mamas (mastitis, grietas en el pezón, ingurgitaciones y pezones doloridos), y también se manifiestan las alteraciones características del bebé (llanto excesivo, problemas del sueño o cólicos)” [20].

Es importante individualizar la educación en LM por parte de los profesionales sanitarios ya que aumenta las tasas de duración de la misma [24]. [27]. Es importante que tengan conocimientos sobre la fisiología, los beneficios, la técnica y el manejo clínico del bebé amamantado. También deben observar las primeras veces que amamanta, para ver si existe algún problema en el agarre, postura o forma de succionar. La mayoría de fracasos de la LM son consecuencias de una técnica incorrecta y estos son prevenibles [23].

El apoyo del padre facilita que la experiencia sea positiva. El hecho de que se involucre en el proceso supone un alivio para la madre en su reciente maternidad [28]. “Existe literatura suficiente para afirmar que el apoyo a la LM favorece su mantenimiento a los seis meses. Se recomienda ofrecer a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración de la LME de manera prolongada.” [29].

FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA LM: Los factores de protección son: a) la edad, b) la experiencia previa en lactancia, c) el nivel de educación, d) haber tomado una decisión sólida anteparto, e) la educación materna sobre los beneficios de la LM, f) el entorno hospitalario y materno favorable (estar casada y nivel de ingresos) [15],[25], g) realizar el contacto precoz piel con piel h) inicio temprano de la LM, i) adquisición correcta de posturas j) el amamantamiento continuo y el masaje de los pechos o la estimulación para la expulsión manual de leche [29],[30].

FACTORES NO PROTECTORES DE LA LM: Los factores no protectores son: a) el tabaquismo, b) la incorporación de la madre al trabajo, c) las prácticas hospitalarias erróneas, d) el ofrecimiento precoz de biberones, e) el parto mediante cesárea, f) la enfermedad materna o neonatal, g) la prematuridad y h) el bajo peso al nacer [5],[15]. Las mujeres primíparas tienen un mayor riesgo de retraso en el inicio de la producción láctea y problemas en la técnica de la lactancia [17].

#### MATERIAL Y METODOS:

La metodología a emplear consiste en una revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library Plus, Dialnet, The New England Journal of Medicine, Cuiden y FECYT. En la mayoría de los casos se han seleccionado artículos de divulgación científica de revistas y algunos libros o capítulos de los mismos. Además se consultaron fuentes científicas y documentación de interés de ámbito nacional e internacional de la OMS, la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística (IN0E), además de algunas publicaciones y guías relacionadas con el tema, todas ellas referenciadas en la bibliografía. Para ello se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos de divulgación científica y ensayos clínicos publicados en los últimos 5 años (Enero 2009 a Enero 2015).
- Los idiomas que se seleccionaron fueron español, inglés y catalán.

#### **Análisis de datos:**

Se obtuvieron un total de 142 documentos. En una primera selección, se leyeron los títulos y resúmenes que inicialmente parecían cumplir con los criterios de inclusión y se eliminaron los repetidos, obteniéndose un total de 80 ensayos clínicos. Finalmente tras una valoración crítica de los textos completos de dichos artículos y excluyendo todos aquellos que no trataban específicamente el objetivo planteado en este trabajo, se seleccionaron un total de 65, los más recientes y aquellos que abarcaban a la población española y europea con el fin de recoger los datos más actualizados y novedosos. Así pues, se incluyeron un total de 40 estudios, en los que se analizaban las diferentes causas de abandono de la LM en varias poblaciones españolas, así como otros estudios de categoría similar.

## RESULTADOS:

Aunque el 80% de las madres optan por la LM como primera opción, ésta cifra disminuye al 63% a las seis semanas del nacimiento, al 51% a los tres meses, y al 26% a los seis meses, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) [6]. A continuación, se describen los resultados de la revisión bibliográfica en dos apartados, causas y consecuencias del abandono precoz de la LM.

### Causas del abandono precoz de la LM en España:

La mayoría de las mujeres abandonan precozmente la LM por las dificultades que perciben para realizarla más que por una decisión previa [17]. Entre los motivos de abandono más frecuente en nuestro medio, se encuentran:

**- DISMINUCIÓN DE LECHE (REAL O PERCIBIDA) →** Es la primera causa de abandono entre los 4 y 6 meses [6]. Suele ser una sensación subjetiva influida por el estrés materno y la condición económica principalmente. Está asociada a primiparidad, obesidad, retención placentaria y a la administración de suplementos de leche artificial [17]. Puede estar relacionada con el uso de pezoneras [25] y menos frecuentemente con anomalías de la mama o problemas hormonales [17].

**- INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL MUNDO LABORAL →** Es la causa que más abandono de la LM produce entre los 3 y 6 meses de vida [25]. Algunas medidas laborales (permiso de derecho de regulación de la lactancia) regulan el horario y condiciones de los padres para que puedan acceder a la LM durante la jornada laboral. Según explica Oliver-Roig, “una mayor duración de la baja maternal se asocia positivamente a la duración de la lactancia, mientras que las jornadas más intensivas influyen negativamente. Una prioridad baja de la lactancia como factor favorecedor de la salud en las políticas de salud pública de un país es un aspecto que afecta negativamente a la lactancia materna” [17].

**- DOLOR SENTIDO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO Y PROBLEMAS CON EL AGARRE AL PEZÓN →** El dolor es una causa subjetiva pero influye de forma importante en el abandono precoz de la LM. Se produce cuando hay ingurgitación mamaria, mastitis, postura incorrecta de amamantamiento y un acople bebé-pecho no adecuado y cuando existen grietas [26]. Existen también otras limitaciones físicas o mecánicas que dificultan el agarre adecuado al pezón y se relacionan con labio leporino, fisura palatina y anquiloglosia del frenillo lingual principalmente [9].

**- EXPECTATIVAS PREVIAS DE LA MUJER RESPECTO A LA LACTANCIA →** Normalmente, las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la LM desean amamantar menos tiempo, toman la decisión más tardíamente y tienen actitudes negativas [17]. Esto es importante ya que si se detecta durante el proceso (gestación, parto o puerperio), se podrá resolver y planificar mejor la alimentación del neonato. Saber el deseo de amamantamiento ayuda a la prevención del abandono precoz de la LM [31].

**- EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL →** El entorno familiar y social, el nivel educativo de la madre, la cultura o la raza pueden ejercer mucha influencia en la mujer para decidir qué tipo de lactancia quiere dar a su hijo. Se debe incluir aquí el apoyo profesional que reciba la madre desde el momento que conozca el embarazo hasta después de salir del hospital y en casa durante el puerperio [25]. Aunque tiene la misma base fisiológica para todas las mujeres, el significado de la lactancia y la forma en que se integra en la sociedad varían alrededor del mundo [17]. La LME depende de un aprendizaje y no sólo del instinto [32].

El apoyo sanitario ofrecido durante el embarazo y puerperio, proporciona una fuente de protección hacia la LM [25]. El actual sistema sanitario es uno de los factores que más ha influido en la reducción de las tasas de lactancia materna debido a la falta de formación clínica y habilidades para manejar los problemas de LM y la falta de recursos

orientados al apoyo a las madres. Algunos de estos obstáculos han sido: el retraso en el contacto precoz piel con piel al nacimiento, la separación innecesaria durante el ingreso y dar de forma rutinaria sucedáneos de leche [17], [33].

**- EL TIPO DE PARTO→** Es mucho más fácil que se instaure la LM tras el nacimiento mediante un parto eutócico que instrumental, e instrumental antes que por cesárea. El contacto piel con piel y el método canguro favorecen en gran manera la instauración de la LM y, siempre que no haya impedimentos médicos, es recomendable que tras el parto, madre e hijo disfruten de un tiempo para conocerse, crear el vínculo materno-filial e iniciar la LM [34],[35].

### **Consecuencias del abandono de la lactancia materna:**

Europa tiene uno de los índices más bajos de LME a los seis meses de edad. Existe un efecto dosis-respuesta entre la leche materna y la salud humana, desde el inicio pasando por la exclusividad y duración de la misma. Está comprobado que una mejor duración de la LME conlleva un descenso significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la lactancia artificial [17].

En diversos estudios se ha visto que una menor duración de la LME está asociada al aumento del riesgo de: a) infecciones gastrointestinales y hospitalización como resultado de infecciones durante el primer año de vida, b) dermatitis atópica, c) síndrome de muerte súbita del lactante, d) cáncer linfático infantil, e) diabetes tipo 1, f) asma, g) enterocolitis necrotizante en lactantes prematuros, h) obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e i) hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto [17].

Denegar la LM a un recién nacido debe evitarse lo máximo posible ya que al abandono prematuro de la LM se asocia con una gran pérdida de la variedad de biofactores presentes en la leche humana como son: el rol fundamental de sus ácidos grasos para el desarrollo cerebral; el efecto programador sobre el metabolismo y la expresión genética; el efecto protector frente a una serie de problemas de salud que conforman la mayor parte de la carga de salud del adulto. A todo esto se le puede añadir que la LM en periodos de tiempo superiores a seis meses, no solo beneficia la salud y mejor estado del bebé, sino que también previene a la madre de enfermedades graves como por ejemplo el cáncer de mama [15].

### **DISCUSION:**

Pese al consejo de la OMS y UNICEF de realizar LME durante los seis primeros meses de vida, existe un alto porcentaje de mujeres que abandonan la LM de forma precoz en nuestro país. En la mayoría de los estudios revisados, las causas de abandono son prevenibles mediante una buena educación maternal y un correcto apoyo y promoción a la LM por medio de los profesionales de la salud.

Hoy en día existe gran interés por la culturización y recuperación de la LM. Los factores no protectores de la LM son: a) tabaquismo, b) incorporación de la madre al trabajo, c) prácticas hospitalarias erróneas, d) ofrecimiento precoz de biberones y chupete, e) parto por cesárea, f) enfermedad materna o neonatal, g) prematuridad y bajo peso, h) nivel socioeconómico y cultural bajo. Las causas más comunes de abandono de la LM en nuestro medio son: hipogalactia (real o percibida), incorporación de la mujer al mundo laboral, dolor durante el amamantamiento y problemas con el agarre al pezón, expectativas previas de la mujer respecto a la lactancia, el entorno familiar y social y el tipo de parto [36].

La hipogalactia, real o percibida, es la primera causa de abandono precoz de la LM en nuestra sociedad, por lo que hay que educar a la población en cuanto a formas y técnicas correctas de alimentación.

Respecto a la incorporación de la mujer al trabajo, es recomendable que la mujer sea asesorada acerca de cuáles son las mejores opciones entre las que pueda elegir a la hora de combinar la LM con la incorporación al mundo laboral.

El dolor durante el amamantamiento y los problemas con el agarre al pezón, se previenen mediante técnicas correctas de amamantamiento como una buena posición. La ayuda y el apoyo profesional es importante para ayudar a establecer una LME y evitar las causas prevenibles de abandono de la LM [37].

Las expectativas de la mujer frente a la LM antes de que nazca su hijo le ayudarán a establecer prioridades y a esforzarse más por conseguir las. Es importante conocer el deseo previo de la mujer y apoyarla y asesorarle durante todo el proceso.

El entorno familiar y social ejercen una influencia importante sobre las decisiones de lactancia de la mujer. La decisión y la experiencia previa de lactancia, condicionarán a la mujer. El apoyo, promoción y protección a la LM por parte de los profesionales de salud es fundamental para conseguir una LM eficaz [38], [39].

Los factores protectores de la LM incluyen: a) autoeficacia, b) edad, c) experiencia previa en LM, d) nivel de educación, e) haber tomado una decisión sólida previamente al parto, f) la educación materna sobre los beneficios de la LM, g) el entorno hospitalario y materno favorable, h) el contacto precoz en el momento del parto. Comenzar la LM en la primera hora postparto se considera de importancia vital para el establecimiento del vínculo materno filial. Por último el apoyo, promoción y protección a la LM por todos los profesionales a los que pueda acceder la mujer puérpera, influyen de manera grata a la hora de establecer la LME [40].

### CONCLUSIONES:

Se concluye que la baja prevalencia de LME en España, la existencia de prácticas profesionales erróneas y peligrosas y la presencia de grupos sociales de riesgo de lactancias cortas o ausentes, ponen en evidencia la necesidad existente de recuperación la cultura de la LM en nuestra sociedad.

Se debe respetar siempre la decisión de la mujer y su pareja sobre la forma en la que desean alimentar a su hijo, pero se debe incidir en las ventajas y beneficios que posee tanto para la madre como para el recién nacido. No se pueden realizar intervenciones de promoción y protección de la LM en las mujeres que deciden la no LM, pero sí se puede informar y educar y respetar la decisión de la mujer al respecto.

El apoyo, protección y promoción de la LM es crucial durante las primeras horas postparto así como durante los primeros días que es cuando se desarrollan más dudas y posibles problemas prevenibles.

Las intervenciones profesionales hacia la LM poseen un efecto muy beneficioso en la iniciación, mantenimiento y continuación de la LME. La educación y formación específica de los profesionales que traten con puérperas es fundamental para ayudar a superar las dificultades durante todo el proceso, promoviendo técnicas que beneficien a la lactancia y enseñando las formas de conservación de la LM, las posiciones adecuadas, saber si el lactante succiona lo necesario y la prevención de los problemas que puedan surgir.

### BIBLIOGRAFIA:

1. WHO (OMS). (2014). Maternal, newborn, child and adolescent health . Enero 2015, de WHO(OMS) Sitio web: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/e>
2. WHO (OMS). (Noviembre 2014). 10 datos sobre la lactancia materna. Enero 2015, de WHO(OMS) Sitio web: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
3. Cagnolati A. (2013). El futuro del Pasado. o.Università del Studi di Foggia, 4, 117-129. Nov 2014, De Dialnet Unirioja Base de datos.
4. Bernabéu-Mestre J., Barona Vilar JL.(2011). Nutrición, salud y sociedad;España y Europa en los siglos XIX y XX. Nutr Hosp;26(6):952-953
5. Sacristán Martín AM, y cols. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev pediátr de aten primaria. 2011;13 Vol.13:33-46
6. Moreno-Almendro R., et al. Evidencia actual del efecto del cardo mariano como galactogogo. Matronas Prof. 2014; 15(1): e1-e5
7. Alison M. Stuebe, MD, MSc. Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna.Obstet Gynecol 2014;123:643-52
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
9. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 21-37
10. Diccionario de la lengua española. (2014). "lactante". Enero 2015, de Real Academia Española Sitio web: <http://lema.rae.es/drae/?val=lactante>
11. WHO (OMS). (2015). Lactancia materna exclusiva. Enero 2015, de WHO (OMS) Sitio web: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
12. WHO (OMS). (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 12/02/2015, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/)

13. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad. Index Enferm [revista en la Internet]*. 2008 Sep [citado 2015 Feb 24]; 17(3): 205-209. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012&lng=es).
14. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub2.
15. Aguilar-Cordero M. J. y cols. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp.*, 28(3), 920-926.
16. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Noviembre 2014, de Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja Sitio web: [http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af\\_protocolo\\_lactancia.pdf](http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf)
17. Oliver Roig, A. (2012). El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencias, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante.
18. Félix Valenzuela JA y cols. (Abril-Junio 2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 13 num 2, 47-56. Noviembre 2014, De <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=121&IDARTICULO=31318&IDPUBLICACION=3393> Base de datos
19. Jaafar S, Jahanfar S, Angolkar M, Ho J. Uso de chupetes versus ningún uso de chupetes en lactantes nacidos a término que son amamantados para aumentar la duración de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 3. Art. No.: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202
20. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elosegi I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Revisión bibliográfica de los beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Prof.* 2014; 15(2): e1-e8
21. Muñoz Guillen A.y Dalmau Serra. Alimentación del recién nacido sano. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. Disponible en [www.aeped.es/protocolos](http://www.aeped.es/protocolos)
22. Jager M, Hartley K, Terrazas J, y Merrill J. Barriers to Breastfeeding – A Global Survey on Why Women Start and Stop Breastfeeding. (2012). Nov 2014, de *European Obstetrics & Gynaecology supplement* Sitio web: [http://www.healthcare.philips.com/main/shared/Assets/Documents/avent/clinical\\_studies/Barriers\\_to\\_Breastfeeding\\_Publication.pdf](http://www.healthcare.philips.com/main/shared/Assets/Documents/avent/clinical_studies/Barriers_to_Breastfeeding_Publication.pdf)
23. Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaèche del Campo R, Urbano F. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe nº Osteba D-11-01. Según J. Díaz-Sáez et al. (2011)
24. Díaz-Sáez J. et al. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*, 25(6), 483-489.
25. Rius et Al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(1)6-15
26. Fernández Medina, IM. González Fernández, CT. Lactancia materna: Prevención de los problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enf Global*. Jul 2013. Vol 31
27. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaèche del Campo R, Urbano F. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe nº Osteba D-11-01.
28. José Ignacio Nieto García (Consejero de Salud). (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Noviembre 2014, de Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja Sitio web: [www.riojasalud.es](http://www.riojasalud.es)
29. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
30. M. Llopis-Rabout-Coudray, et al. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna\* *Matronas Prof.* 2011; 12(1): 3-8
31. La liga de la Leche. España, 2014. Consultada en 10 de Noviembre de 2014. Disponible en: [http://www.laligadelaleche.es/lactancia\\_materna/legal.html](http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.html)
32. González Camacho, I. Rodríguez Duque, N. Estudio de Prevalencia de Lactancia Materna en la isla de La Palma. *ENE, Revista de Enfermería* 4(1):42-48, abr 2010. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
33. I Encuesta de opinión. Atención Maternal y Neonatal. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2011
34. Ortega Ballesteros, EM, Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta T, Jiménez Iglesias V. El fomento postnatal de la lactancia materna; los grupos de apoyo. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2010 Nov-Dic. (Nov 2014); 7(49). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49\\_original\\_fompostLM.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE49_original_fompostLM.pdf)
35. Palomares Gimeno MJ, y cols. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:47-62
36. Furnieles-Paterna E., et al. (2011). Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.*, 12(3):65-73.
37. Gómez González RM, Martín Arrate ML, Hendriks S. Progresión de Lactancia Materna en un Centro de Salud. *ENE, Revista de Enfermería*. Ago. 2013; 7(3)
38. Cuadrón Andrés L., et al. (2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Estudio CALINA. An Pediatr (Barc)*, 79(5):312-318.
39. Martínez Galiano JM, y Delgado Rodríguez D. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev. assoc med bras.*, 59(3):254-257.
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

---

## 9. AGRADECIMIENTOS:

---

A mi tutora África Fortes por su ayuda, precisión y profesionalidad a la hora de tutorizarme el trabajo, gracias por enseñarme que no podemos conformarnos con menos que la excelencia durante la carrera. A mis padres, Manolo y Nuria, por ser un apoyo constante siempre en todas las metas que me he propuesto y que solo gracias a ellos he podido conseguir, por su ánimo, por decidir sacrificarse ellos para que yo pudiera llegar hasta aquí y por haberme dado siempre lo mejor para ser feliz, autosuficiente y enseñarme a ayudar a los demás. A Jared, por su cariño y amor constantes, por ayudarme a centrarme en las cosas realmente importantes, por saber siempre sacarme una sonrisa y por sacar tiempo para leer y releer, éste, mi Trabajo de Fin de Grado.

---

## 10. ANEXOS:

---

### **10.1. Anexo: Diez Pasos para una Lactancia Materna Eficaz**

*Fuente:* [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html)

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

---

## **10.2. Anexo: Propuestas de mejora para la LM<sup>9</sup>**

Los problemas anteriormente descritos se asocian al síndrome de la posición inadecuada y las medidas adoptadas para corregirlos incluyen:

- Asegurarse de la adecuada colocación del niño frente a la madre y comprobar el correcto sellado de la boca del lactante en la mama.
- Amamantar a demanda para evitar la ingurgitación y facilitar el agarre del niño al pecho.
- Reblandecer la areola mediante presión manual y empezar la toma por el pecho menos dolorido.
- Sujetar la mama con toda la mano con los dedos planos en la base del pecho y el pulgar en la parte superior alejado de la areola; no sujetarla con los dedos en forma de tijera.
- Para retirar al niño del pecho, introducir un dedo en su boca y presionar la mama para interrumpir la succión, evitando así el traumatismo del pezón.
- No utilizar productos astringentes para la higiene del pezón y desaconsejar el lavado en cada toma.
- Alternar la posición del niño en las tomas para variar los puntos de presión de la boca sobre el pezón.

---

### **10.3. Anexo: Datos que confirman un buen aporte lácteo**

Existe una pérdida fisiológica que se produce en los 3 - 4 días, de 6-10 % del peso inicial que se recupera hacia el día 10 -14 y con aumento posterior de más de 20 gr / día. **Los signos y síntomas que confirman un buen aporte al lactante son:**

- Niño / a activo, succión vigorosa y relajado al finalizar la toma.
- Tras succión rápida inicial, la succión se enlentece y se observa al recién nacido deglutir, la madre nota que sale leche, sensación de reflejo activo y pecho más vacío.
- Succionan vigorosos desde pocos minutos a 10 -15 min. Cada recién nacido tiene su forma de realizar la toma.
- Moja alrededor de 4-6 pañales al día a partir del 4º día. Deposiciones blandas 5-6 por día o espaciadas cada 2-3 días pero abundantes.

#### **SIGNOS DE ALERTA:**

- Pérdida de peso mayor del 7% respecto al peso al nacimiento
- Pérdida continuada de peso después del día 3
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días
- Heces meconiales después del día 4
- Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del día 4
- Lactante irritable e inquieto, somnoliento o que rehúsa las tomas
- Deglución no audible durante las tomas

- No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos, y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5
- Dolor de pezones persistente o creciente
- Congestión mamaria que no mejora amamantando
- Lactante que no ha empezado a ganar peso después del día 5
- Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14

#### **10.4 Anexo: Métodos de extracción y conservación**

##### 1. Formas de extracción:

###### a. Manual:

Para provocar un efecto parecido al provocado por el reflejo de succión del lactante, se masajeará el pecho. Para ello debe friccionar con las yemas de los dedos desde la base del pecho hacia la areola, también es recomendable una ducha previa con agua caliente.

Se coloca la mano en el pecho en forma de “C” apoyando el dedo pulgar en la parte superior del pecho a unos 3 cms. de la areola y la palma de la mano en la parte inferior.

Se hace un movimiento de “ordeño”, es decir, fricciona el pecho hacia atrás (como hundiendo el pecho) y hacia adelante a la vez que se presiona como si se quisiera juntar los dedos. No se debe deslizar los dedos sobre la piel, al “ordeñar” se movilizarán no sólo la piel, sino también el tejido mamario. Este movimiento se tiene que repetir pausada y rítmicamente alternando ambos pechos cada 5-10 minutos de manera que resulte cómodo ya que una extracción manual puede durar entre 20-30 minutos. Esta

---

técnica requiere práctica, por lo que si al principio se extrae poca leche se les dirá que no se desanimen, poco a poco saldrá cada vez mejor.

b) Con la ayuda de un sacaleches:

Si opta por un sacaleches es conveniente que se den un masaje en los pechos antes de la extracción, tal y como se ha comentado en la extracción manual. No todos los sacaleches son adecuados, es importante que antes de comprar valoren las ventajas e inconvenientes, el éxito depende en gran medida de la buena elección del sacaleches (manuales, eléctrico manos libres, eléctrico para uso hospitalario y alquiler en el hogar).

2. Aspecto de la leche extraída:

La leche varía de composición a lo largo de la toma, al principio es más acuosa y al final más dulce y grasa. Es completamente normal que la leche sea al principio de la extracción semitransparente e incluso algo azulada y al final se vuelva más blanquecina.

3. Conservación de la leche materna:

La leche debe conservarse en un recipiente de plástico sin pvc, no de vidrio, ya que los leucocitos se adhieren al vidrio y en ese caso se perderían. Es conveniente guardarla en pequeñas cantidades (50-100 cc) o bien calculando la cantidad que vaya a tomar el niño o la niña en cada toma. Se recomendará poner una etiqueta en el recipiente con la fecha y la hora de extracción de la leche para así utilizarla en orden.

A continuación, dependiendo de dónde se vaya a guardar la leche, se indica el tiempo que ésta permanece en condiciones óptimas. Hay que recordar que la leche congelada pierde las “defensas”, por lo que siempre que se pueda se debe evitar esta conservación.

---

Calostro recién extraído:

- A temperatura ambiente, entre 27° y 32°, se mantiene aceptable para su uso entre 12 y 24 horas.
- En frigorífico hasta 24 horas

Leche recién extraída:

- A temperatura ambiente: 6-8 horas (si la temperatura del ambiente no supera los 25°C)
- En el frigorífico: 3-5 días
- En el congelador: 2 semanas. Si el congelador es con puerta separada ó de 3\*\*\* se puede guardar hasta 3 meses
- En arcón congelador: hasta 6 meses

Leche descongelada previamente

Cuando se haya descongelado lentamente en el frigorífico y no se haya calentado:

- A temperatura ambiente: 3 horas (habitualmente hasta la siguiente toma)
- En el frigorífico: 1 día

Leche descongelada y calentada para su uso

Cuando se ha descongelado y calentado, la leche se mantiene en condiciones óptimas:

- A temperatura ambiente: hasta que termine la toma
- En el frigorífico: 4 horas. Una vez calentada, si no se ha tomado todo, se debe tirar la que sobre.

- 0-4°C: hasta 8 días

- 25°: de 4 a 8 horas

- 19-22°: 10 horas

- 15°: 24 horas

La leche se puede dejar 9 horas a temperatura ambiente (hasta 30°) sin que se aprecie crecimiento bacteriano. De hecho, en el calostro el número de col/ml disminuye en las primeras horas a temperatura ambiente.

Si no se prevé utilizarla en 24- 48 horas es mejor congelarla

- En el compartimento del congelador o de un refrigerador: 2 semanas

- En un congelador con puerta separada del refrigerador de 3 a 4 meses.

- En un congelador independiente a una temperatura constante de -19°C. 6 meses

#### Descongelación:

El método más adecuado es descongelarla en el frigorífico, así la leche no sufre cambios bruscos de temperatura. Si se necesita hacerlo rápidamente, se colocará el recipiente con la leche congelada debajo del grifo (primero con agua fría y después con agua templada).

Nunca se debe descongelar en microondas, al baño maría o calentándola directamente al fuego; no se debe congelar la leche una vez descongelada.

### **10.5 Anexo. Posiciones adecuadas para una Lactancia Materna eficaz**





Sentada en posición de canasta



Posición de caballito



Posición tradicional Colocando al bebé a un lado



Posición para Amamantar gemelos



Acostada sobre el lado del pecho que va a ofrecer al bebé

Acomodar al cuerpo del bebé de frente al de la mamá, la cara de frente al pecho y la boca a la altura del pezón. Para lograr cercanía con el cuerpo de su mamá hay que desenvolver al bebé de sus cobijas.



Cuando la madre debe permanecer boca arriba, se puede colocar al bebé de esta manera.

---

## **10.6. Anexo: Datos a recoger durante las visitas gestacionales<sup>29</sup>**

- Datos de filiación (edad, lugar de procedencia, estado civil, idioma, domicilio y teléfono (u otros datos de contacto)).
- Historia psicosocial ( nivel socioeconómico, nivel de estudios, existencia de dificultades o barreras en la comunicación, trabajo doméstico y cargas familiares, actividad laboral, cohabitación y estabilidad del lugar de residencia, mujeres con pareja: datos de contacto, edad, actividad laboral, corresponsabilidad en las tareas domésticas, existencia de problemas personales o familiares, gestación deseada y/o deseo de interrupción, valoración del apoyo familiar y posible existencia de problemas o conflictos con familiares, posible existencia de malos tratos siguiendo los protocolos disponibles, aceptación del embarazo y vivencia de la situación, valoración de factores emocionales, estrés y trastornos mentales, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias adictivas)
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales( Enfermedades previas, enfermedades infecciosas, vacunaciones, trastornos endocrinos y metabólicos, enfermedad tromboembólica, transfusiones, Intervenciones quirúrgicas, trastornos autoinmunes, síndrome antifosfolipídico, hipertensión, enfermedades renales, trastornos de salud mental, alergias medicamentosas, consumo de medicamentos, hábitos y estilo de vida (dieta, ejercicio, descanso y sueño), antecedentes ginecoobstétricos, tipo de ciclo menstrual, métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad, mutilación genital, esterilidad previa de la pareja, embarazos y partos anteriores: Evolución, abortos, características del parto, satisfacción con el parto, estado y peso de los recién nacidos, estado de salud

actual y dificultades con la crianza, experiencia con la lactancia materna y la duración).

- gestación actual (fecha de última menstruación, cálculo de la edad gestacional y posible fecha de parto, embarazo planeado, evolución del embarazo y exposición a sustancias tóxicas, medicamentos o radiaciones.

#### Visita de control del puerperio:

El modelo de atención al parto y puerperio comentado en el apartado anterior propone la programación de una visita de control posparto alrededor de los 40 días tras el parto, que se llevaría a cabo en el centro de Atención primaria, o en el hospital en los casos en los que se requiera de un control más exhaustivo o en los que exista alguna patología o condición que merezcan una valoración más detallada.

Los aspectos propuestos a abordar en esta visita son:

- Valoración del estado de salud de la mujer y el/la recién nacido/a.
- Valoración de la lactancia.
- Valoración del suelo pélvico.
- Información y educación sobre métodos contraceptivos.
- Valoración del entorno social y familiar.