

“Cuidados de enfermería en la lactancia materna”.



Autora: Elena Saavedra Cuervo

Coautores: Olaya Vigon Nodar

Ainhoa Rodríguez Díaz



Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-18494-14-7

INDICE.

Tabla de acrónimos.....	Pág. 5
1. Resumen y palabras clave.....	Pág. 7
2. Introducción y justificación.....	Pág. 8
3. Objetivos.....	Pág.14
4. Método.....	Pág.15
5. Desarrollo.....	Pág. 18
5.1 Desarrollo.....	Pág. 18
5.1.1 Historia de la lactancia materna.....	Pág. 18
5.1.2 La lactancia materna, marco conceptual.....	Pág. 23
5.2 Beneficios de la lactancia materna.....	Pág. 27
5.2.1 Beneficios para la madre.....	Pág. 27
5.2.2 Beneficios para el lactante.....	Pág. 29
5.2.3 Beneficios para la comunidad y medio ambiente.....	Pág. 31
5.3 Importancia del conocimiento sobre la lactancia materna.....	Pág. 32
5.3.1 Información y conocimiento sobre la lactancia materna.....	Pág. 32
5.3.2 Mitos de la lactancia materna.....	Pág. 37
5.3.3 Asociaciones de apoyo a la lactancia materna.....	Pág. 43

5.4 Cuidados específicos de la lactancia materna.....	Pág. 45
5.4.1 Técnica de amamantamiento.....	Pág. 45
5.4.2 Posiciones para amamantar.....	Pág. 49
5.4.3 Problemas más frecuentes...Pág. 52	
5.4.3.1 Problemas físicos.....	Pág. 54
5.4.3.2 Problemas psicológicos.	Pág. 59
6. Discusión.....	Pág. 62
7. Conclusiones.....	Pág. 65
8. Repercusiones.....	Pág. 66
9. Bibliografía.....	Pág. 72
10. Anexos.....	Pág. 84

TABLA DE ACRONIMOS

Abreviatura	
AEP	Asociación Española de Pediatría
AP	Atención Primaria
CPP	Contacto piel con piel
DeCS	Descriptor en ciencias de la salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
IHAM	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
ITLM	Inicio temprano de la lactancia materna
LA	Lactancia artificial
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
RN	Recién nacido

SNS	Sistema Nacional de Salud
TFG	Trabajo fin de grado
UNICEF	United Nation International Children's Emergency Fund

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción. La leche materna ha sido a lo largo de generaciones, el único alimento que el recién nacido ha recibido para poder sobrevivir, aunque después de la Segunda Guerra Mundial, se introdujo la leche en polvo y la utilización de sucedáneos. Esto ha provocado el descenso de los índices de la lactancia materna exclusiva en todo el mundo.

Objetivo. Conocer los cuidados de enfermería para establecer una buena lactancia materna, identificar la importancia de la formación de los profesionales sanitarios que están en contacto con las madres, en las unidades de maternidad durante el embarazo, parto y postparto.

Método. Se realizó una revisión de la literatura científica en diversas bases de datos, de carácter descriptivo y retrospectivo sobre la lactancia materna, mediante descriptores DeCS y Mesh.

Desarrollo. La leche humana es un compuesto adaptado a los lactantes, que cambia su composición según las necesidades que los niños tienen en las distintas etapas de crecimiento. Posee múltiples beneficios para la madre, el lactante, la comunidad y el medio ambiente. El inicio y mantenimiento de la lactancia materna es un proceso muy vulnerable a las influencias exteriores y de los demás, esto puede desembocar en un fracaso de la misma.

Conclusión. La leche materna ha sido y sigue siendo el mejor alimento que el recién nacido puede tomar durante sus primeros años de vida. Los cuidados de enfermería son fundamentales en la promoción y el éxito de la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna, cuidados de enfermería, puerperio, problemas en la lactancia, beneficios de la lactancia materna, educación maternal, historia de la lactancia materna, composición de la leche.

2. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION.

La leche materna, ha sido a lo largo de generaciones, el único alimento que el recién nacido ha recibido para poder sobrevivir ¹.

Así pues, desde la aparición de la humanidad en la tierra no se ha conocido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana ². La lactancia materna, se ha considerado como una práctica muy beneficiosa y nada perjudicial para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, dando satisfacción a la madre, fortaleciendo el vínculo madre e hijo y está en estrecha relación con la salud reproductiva de la madre ³.

La leche materna es un alimento tan completo que podría prevenir el 13 % de muertes por causas prevenibles en niños pequeños. Los niños amamantados

con leche materna tienen menor riesgo de morir por enfermedades de contagio en los dos primeros meses de vida, que los niños que son amamantados con leche artificial. Además, la lactancia materna exclusiva previene 1,3 millones de muertes infantiles en el mundo⁴.

La mujer que decide amamantar a su bebé con leche materna está cumpliendo con el rol materno más importante, que es alimentar a su hijo, ya que su vida depende de ello. La asimilación de este proceso es un proceso evolutivo, que va desarrollándose desde el inicio del embarazo. Esto va depender de su entorno social, familiar y cultural. La aceptación o no de seguir o con este tipo de alimentación está muy influenciado por problemas que surgen y van unidos al acto de amamantar. Pueden aparecer complicaciones a nivel físico y psíquico que deben ser resueltas para lograr una exitosa lactancia materna⁵.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyó de forma drástica a lo largo del siglo XX. En varios estados de USA hasta bien entrada la década de los 90, se mantenían las leyes por las que se detenía a las mujeres que amamantaban en público, acusándolas de exhibicionismo³.

En España, varios estudios publicados en los últimos años y los datos de la Encuesta Nacional de Salud,⁴ indican que la frecuencia y duración de la lactancia

materna no alcanza el nivel óptimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud(OMS) ⁶.

Tan solo un 35% de los bebés a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva pasados los tres primeros meses de vida, mientras que en España este porcentaje oscila entre 20 y 30% ⁴. En 1989 la OMS y UNICEF hicieron público un comunicado para incentivar la lactancia materna, promoviendo en 1991 la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)¹.

En España no hay un sistema oficial de monitorización de la lactancia materna adecuado. Los datos existentes hasta el momento, son obtenidos de encuestas realizadas por los profesionales sanitarios a nivel regional, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un adecuado seguimiento ⁷.

Según los datos extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud, la tasa de lactancia materna en España a las 6 semanas, se ha mantenido con cifras globales rondando el 71%, mientras se observa en los últimos 15 años, un aumento de las cifras de lactancia materna a los 3 meses (66,5 en el año 2012) y 6 meses de vida (46,9%)².

A escala mundial, los bebés de 6 meses de edad que son alimentados con lactancia materna exclusiva, no alcanzan tasas del 40%. Los países que presentan las cifras más altas de prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los tres meses son los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda, situándose estas cifras entre el

71 y 81%. Mientras que otros países como son USA, Reino Unido y Francia tienen cifras mucho más inferiores, rondando entre el 15 y 43% ⁷.

España se sitúa en valores intermedios, aunque muy por debajo de las recomendaciones internacionales. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas en España es de un 62,9%, a los 3 meses es del 51%, mientras que a los 6 meses ha descendido hasta un 26,03% ⁷.

Es importante destacar que, no solo existen dificultades para el inicio e instauración de la lactancia, si no que además, existen múltiples obstáculos para el mantenimiento de la misma, bien sea por problemas generados por falta de información que reciben las madres, las escasas redes de apoyo, la dificultad de conciliar la vida familiar y profesional, el poco apoyo de la familia y comunidad y la falta de formación de los profesionales sanitarios, destacando sobre todo los cuidados de enfermería en este ámbito ¹.

Además de la utilización inapropiada de la publicidad de leche artificial en los hospitales, centros de salud y fuera de los mismos. La visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, publicaciones, cine, libros infantiles, etc. La distribución de forma rutinaria de muestras de leche artificial, tetinas y chupetes en maternidades, farmacias, centros de salud y hospitales. La escasez de medidas de apoyo a la madre

que está lactando y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que decide dar el pecho ³.

En España, tal y como se pone de manifiesto en los estudios de los últimos años, las cifras de lactancia materna en el momento del alta del bebé, se mantienen constantes desde 1990 alcanzando el 80- 90%. Sin embargo, en los primeros seis meses de vida es cuando la lactancia sufre sus tasas más altas de abandono, situándose estas cifras por debajo del 30% ⁸.

Los cuidados que recibe la madre durante la estancia hospitalaria, así como las características del lugar donde se produce el parto se relacionan con el inicio y con la duración de la lactancia materna exclusiva. Influye la falta de técnicas y procedimientos centrados en el soporte a la madre que lacta, así como las prácticas que dificultan y reducen la producción de leche de la puérpera, influyendo con ello en el abandono precoz o el fracaso de la lactancia materna ¹.

Tales circunstancias favorecen el abandono precoz de la lactancia materna, impidiendo así el alcance de objetivos propuestos por la OMS, ya que sus recomendaciones proponen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, y complementaria hasta los 2 años de edad del niño o más, siempre que la madre y el hijo lo deseen ⁹.

Un aspecto muy importante que contribuye a esta situación y que se debería eliminar de inmediato, es la

que respecta al profesional sanitario, dada su responsabilidad con la salud pública. Hablamos de la falta de información contrastada y los riesgos de no llevar a cabo esta práctica².

Una buena educación sanitaria durante el embarazo, parto, y puerperio brindada por los profesionales de enfermería es muy importante para hacer que se instaure la lactancia. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a resolver los problemas surgidos a la madre y al bebé, corrigiendo aspectos equivocados por inadecuada información, frecuencia de la lactancia, técnicas de amamantamiento y cuidados de las mamas, conformando la relación y el vínculo entre madre e hijo².

A pesar de los esfuerzos de los profesionales de la salud, el porcentaje de recién nacidos que son alimentados con lactancia materna exclusiva al nacer, no alcanza las recomendaciones actuales⁹.

Una vez identificado el objetivo a alcanzar, así como las recomendaciones para ello, se deberían unificar criterios que se plantean como favorecedores de la promoción de la lactancia materna para que los profesionales sanitarios, puedan llevarlo a cabo con el mayor rigor posible¹.

Este trabajo pretende reflexionar sobre el papel fundamental que tiene la enfermera, en el abandono de la lactancia materna temprana ya que es un problema

relevante para la vida del bebé, lo que puede llevar a problemas futuros para su salud.

Varios estudios^{3,34,37} demuestran los beneficios que tiene para el desarrollo del bebé, además de contribuir a un correcto desarrollo del sistema inmunitario, el amamantar con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Los responsables sanitarios de las maternidades, deben ofrecer e instaurar unos cuidados de calidad, para una buena y precoz instauración de la lactancia materna, preocupándose no solo de que las madres reciban una información contrastada, actualizada y de calidad, sino también unos cuidados de enfermería que abarquen los problemas que pueden surgir antes, durante y después del inicio e instauración de la lactancia materna.

Por todo ello se debe tener en cuenta que todas las mujeres pueden amamantar, siempre que la mujer lo desee, disponga de una buena información y apoyo por la enfermera, con un sistema de atención de salud que garantice este rol materno.

3. OBJETIVOS.

1. Objetivo general

Conocer los cuidados de enfermería para establecer una buena lactancia materna.

2. Objetivos específicos

- Definir el marco conceptual e historia de la lactancia materna.
- Enumerar los beneficios de lactancia materna para la madre y el lactante.
- Describir la importancia del conocimiento sobre la lactancia y la información adecuada para las madres.
- Exponer los cuidados específicos de la lactancia materna.

4. MÉTODO.

Para lograr los objetivos de este trabajo se realizó una revisión de la literatura científica en diversas bases de datos, de carácter descriptivo y retrospectivo sobre la lactancia materna.

Posteriormente se concretan los descriptores para realizar una búsqueda sistematizada a través de una consulta mediante el vocabulario DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) de la biblioteca virtual en Salud y de los Medical Subjects Headings (Mesh) de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos.

Las palabras clave utilizadas son: lactancia materna, cuidados de enfermería, puerperio, problemas en la

lactancia, beneficios de la lactancia materna, educación maternal, historia de la lactancia, composición de la leche materna.

Una vez acordada la estrategia de búsqueda, se realiza una búsqueda en las bases de datos internacionales PubMed, Lilacs, Cuiden Plus, Astursalud, Clinical Key, SCIELO, IHAN, OMS, UNICEF. Los booleanos más utilizados han sido “AND”, y “OR”, empleando filtros limitadores del idioma, “spanish or english”, “links to full text”, así como aquellos documentos y artículos publicados en los últimos 5 años. A pesar de esto, también se seleccionaron artículos y documentos fuera de éste margen temporal, dada su relación con el tema elegido, por los datos científicos y los aspectos socioculturales que aportaban.

Se realiza una selección de los diferentes artículos encontrados, rechazando aquellos que no cumplen los criterios establecidos. Se identificaron varias publicaciones de las cuales se seleccionaron 50, aunque al final se han utilizado 38 artículos que cumplían los criterios de inclusión para el objetivo del trabajo (TABLA I).

Inicialmente se procede al análisis de las publicaciones, mediante la lectura de títulos y resúmenes de los artículos, para posteriormente realizar una lectura completa de las publicaciones seleccionadas. Finalmente se incluyen los artículos y publicaciones en

función de criterios de inclusión y exclusión determinados.

Los datos que se recogieron de las publicaciones seleccionadas, se clasificaron según autores, año de publicación, población de estudio, tipo de estudio y método de publicación.

Para seleccionar los artículos que posteriormente se emplearán para la revisión de la literatura publicada, se establecen unos criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión
 - Artículos catalogados como estudios de investigación, estudios clínicos, revisiones, basados en la evidencia científica.
 - Límite de la fecha de publicación en los últimos 5 años.
 - Artículos de libre acceso.
 - Artículos escritos en castellano o en inglés.
 - Artículos relacionados con el tema, y que tras una lectura crítica contestan a los objetivos planteados o hacen referencia a un aspecto importante como la promoción de la lactancia materna.

- Criterios de exclusión

- Artículos no catalogados como estudios de investigación o no basados en la evidencia científica.
- Publicaciones anteriores al año 2013.
- Artículos que no estén disponibles en castellano o inglés.
- Artículos duplicados en las bases de datos.
- Artículos no relacionados con el tema tras una lectura crítica o que no contestan a los objetivos específicos.

En el caso de algunos artículos como es el caso de la historia de la lactancia materna, y la composición de la leche humana se ha ampliado el año de publicación, ya que no se han encontrado artículos de los últimos cinco años.

Los artículos con acceso restringido, han sido solicitados a través de la biblioteca del hospital de Cabueñes.

5. DESARROLLO

5.1 Desarrollo

5.1.1 Historia de la lactancia materna

La lactancia materna además de ser un proceso biológico está determinada por la cultura, por lo tanto, podemos decir que es un proceso biocultural ⁴.

Este proceso viene siendo modificado, de acuerdo a las creencias de cada época de la historia. En base a los conocimientos de cada cultura, se han desarrollado sus propias maneras de enfrentar la crianza y la lactancia ². Aunque la mayoría de pueblos ha respetado y estimulado la lactancia materna disfrutando de sus beneficios, en otras ocasiones la lactancia se ha visto entorpecida por diferentes creencias ¹⁰.

La leche materna ha sido durante toda la existencia de la humanidad el alimento que el recién nacido y el lactante podían recibir para sobrevivir. En la tierra ha sido el único alimento conocido y utilizado para la primera etapa del bebé ¹⁰.

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad, y sus beneficios han sido descritos a través de los siglos, ya desde la prehistoria. En gran parte de Europa en el año 2000 A.C. se han encontrado recipientes con boquilla para la alimentación, en tumbas de bebés ¹¹.

En la antigua Babilonia se amamantaba a los niños hasta los tres años de edad aproximadamente. Podemos ver como el código de Hammurabi (1800 A.C.) contenía normas sobre las nodrizas que amamantaban a los bebés regulando las pagas y las formas de desarrollar este servicio ¹¹.

En el antiguo Egipto, al igual que en Babilonia también se extendía ésta práctica hasta los tres años de edad de

los niños. En el Papiro de Ebers (1500 A.C.) se describían los cuidados de los recién nacidos, las funciones que debían realizar las nodrizas, las diferentes posturas que se debían adoptar para amamantar, las enfermedades de la lactancia, y se planteaban criterios para determinar la calidad de la leche ¹⁰.

Los hebreos en su Talmud recogían, que la lactancia debía darse hasta los tres años de vida y debía ser administrada exclusivamente por las madres¹¹.

La lactancia entre los griegos era considerada una práctica fundamental. Los espartanos tenían entre sus normas, que solo podían acceder al trono aquellos hijos que fueran amamantados exclusivamente por su madre biológica. Sin embargo, en la Grecia clásica las nodrizas eran muy comunes. Aristóteles en su Historia Animalium se interesa por la lactancia y utilizaba métodos descriptivos para determinar la calidad de la leche materna, llegando a la conclusión de que el calostro no debía ser consumido por el recién nacido ¹⁰.

En la cultura india el primer texto sobre lactancia materna se sitúa en torno al año 500 A.C., el cual fue realizado por el Rey Asoka. Mientras que, en China, el Emperador Amarillo, ordenó redactar el libro llamado el Estatuto de la medicina, donde estableció que la lactancia debía durar dos años después del nacimiento o hasta un nuevo embarazo en la mujer ¹¹.

En la Edad Media, varios documentos valoran la alimentación con leche materna, incluso como método para mejorar la supervivencia en los niños. Se consideraba impuro mantener relaciones con una mujer mientras estaba lactando, ya que creían que el semen podía contaminar la leche¹⁰.

En Francia, desde el siglo XIII al siglo XIX, las mujeres pudientes no daban el pecho a sus hijos, a lo que recayó esta labor en las nodrizas, también incluían leche de varios animales y se añadían distintos cereales. Por el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, las clases más bajas tenían unas tasas de fecundidad controladas, lo cual no ocurría con las clases altas de la época¹⁰.

En el siglo XVIII, también en Francia se desarrollaron disposiciones para proteger a los niños que estaban amamantados por nodrizas y así garantizar la remuneración de las mismas, en 1769 se creó en París el “Bureau des Nourrices”, oficina de nodrizas, dependiente del gobierno, constituyendo una próspera industria ¹¹.

Más tarde debido a las conquistas de territorios, como el descubrimiento de América, se importaron y exportaron enfermedades como la sífilis o la gonorrea. La aparición de estas enfermedades y su contagio a los niños, hizo que se creyera que tales enfermedades pudieran contagiarse mediante la lactancia, por lo que

tomó fuerza la idea de que fueran las propias madres quienes amamantasen a sus hijos ¹⁰.

Se escribieron documentos completos dedicados a establecer y defender la lactancia materna y la obligación de las madres a alimentar a sus propios hijos con su misma leche. Varias teorías defendían la idea de que la supervivencia del bebé, dependía del inicio y mantenimiento de una buena lactancia ¹¹.

En el siglo XIX se produjo un gran cambio en cuanto se refiere a la alimentación de los bebés. Surgió un movimiento de apoyo a la lactancia definiéndola como el mejor alimento para los recién nacidos, y se produjo un aumento de la lactancia materna. Aunque años después de la primera guerra mundial, se redujeran las tasas de lactancia materna ¹⁰.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se introdujo la leche en polvo y se extendió la utilización de sucedáneos, el papel de las nodrizas cayó en detrimento, hasta su total desaparición en la época de los años 80 ¹¹.

El mundo de las mujeres inundado de otras preocupaciones y sin una política que favoreciera la lactancia, los suplementos alimentarios a base de agua, azúcar y leche de vaca, fueron instalándose en las sociedades modernas, incluso en algunos casos siendo vistos mejor que la lactancia materna ¹⁰.

A partir del siglo XX hay un movimiento renovador que está a favor de la lactancia materna, emprendido por la elevación de las tasas de morbilidad y mortalidad ¹⁰.

En 1979 se lleva a cabo una reunión de la OMS y UNICEF sobre la alimentación infantil. Se elaboró una declaración conjunta “La lactancia materna en el decenio 1990 “. Una iniciativa a nivel mundial “Diez pasos a favor de la lactancia Natural “. En 1991 la OMS y UNICEF propusieron “La iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, que se aplica en nuestro país desde 1992 ¹⁰.

5.1.2 La lactancia materna, marco conceptual

La lactancia materna es un fenómeno biocultural por excelencia en la humanidad, ya que además de tener carácter biológico ha sido modificado a lo largo del tiempo por las diferentes culturas ¹².

La leche humana es un compuesto adaptado a los lactantes, que cambia su composición según las distintas necesidades que los niños tienen en las diferentes etapas de crecimiento. Con esta alimentación se consigue un desarrollo adecuado en el lactante, ya que posee nutrientes adecuados para el desarrollo del cerebro y del sistema inmunológico. Contiene varios factores inmunológicos que protegen al niño contra infecciones tales como IgA, IgM e IgG, anticuerpos,

macrófagos, neutrófilos, linfocitos B y T, lactoferrina, lisozima y factor bífida ⁴.

El amamantamiento es un arte innato de la especie humana, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Este acto queda reglado en los años 60, siendo los profesionales de la salud, quienes se encargan del aprendizaje a las madres, ya que antiguamente, éstas recibían las enseñanzas de familiares y conocidos².

Existen diferentes formas de lactancia, la primera es la Lactancia materna exclusiva (LME), los bebés son alimentados únicamente con leche materna. En la Lactancia mixta, se alimentan con una combinación de leche materna y fórmula artificial y en la lactancia artificial (LA), se alimentan únicamente con leche artificial ¹³.

La leche humana es una mezcla homogénea que se estructura en tres fases: fase de emulsión que contiene glóbulos de grasa, fracción suspensión compuesta por micelas de caseína, y fracción solución con constituyentes hidrosoluble, como suero de leche. La cantidad de estos componentes en la leche materna va variando dentro de las diferentes fases de la lactogénesis a lo largo de una toma completa. Por ello el lactante recibe un producto único, variable en su composición, con distintas características y adaptado al momento justo de la lactancia ¹⁴.

En la glándula mamaria se producen diferentes tipos de leche como son: el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche pretérmino ¹⁵.

Calostro. Durante el último trimestre de la gestación, una sustancia llamada precalostro se acumula en el lumen de los alveolos albergados en la glándula mamaria, dicha sustancia está formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa¹⁵. El calostro se produce durante los primeros 3 o 4 días de vida del bebé. Su aspecto es amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En estos días el volumen producido es de 2 a 20 ml por toma, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades específicas del recién nacido ¹⁴.

El calostro tiene 2g/100 ml de grasa, 4g/100ml de lactosa y 2g/100 ml de proteínas. Contiene menos calorías, lactosa, lípidos, glucosa, urea y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, pero contiene más cantidad de proteínas, ácido sálico, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y minerales como sodio y zinc. Gran cantidad de inmunoglobulinas, oligosacáridos, citoquinas, y otros factores de defensa ¹⁴. También es muy rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de las defensas ¹⁵.

Leche de transición. Se produce desde el día 4 al 15 del postparto. Es una leche de composición intermedia que va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura. Entre el cuarto y sexto día de postparto se produce un aumento brusco en la producción de la leche, que se denomina subida de leche, y sigue aumentando hasta alcanzar los 600- 800 ml/día aproximadamente hasta los 8/15 días del postparto ¹⁴.

Leche madura. Se produce a partir de los 15 días del postparto. Su composición es compleja, ya que contiene elementos nutritivos y no nutritivos, y varía entre las tomas, es diferente en la misma toma y en las distintas etapas. El volumen promedio de la leche que puede producir una mujer es de 700- 900 ml/día durante los primeros seis meses después del parto ¹⁴.

Leche pretérmino. Las madres que tienen un parto antes de la semana 38, producen una leche diferente al calostro durante un tiempo prolongado. Este tipo de leche contiene una mayor cantidad de proteínas, grasas, calorías, cloruro sódico, y menor cantidad de lactosa que la leche madura ¹⁴.

Fases dentro de la toma

Una vez iniciada la lactancia materna, la composición de la leche se modifica dentro de una misma toma. Siendo ésta un fluido cambiante, se adapta a las necesidades

del bebé y proporciona nutrientes de alta calidad que absorbe fácilmente y utiliza con eficacia ¹⁵.

Al inicio de la toma la leche es rica en componentes hidrosolubles como son las vitaminas, carbohidratos, proteínas, enzimas y hormonas, también se denomina suero de leche. A la mitad de la toma aumenta la concentración de micelas de caseína, que hacen que la leche tenga un color blanco opaco. Son proteínas con función plasmática, calcio y fósforo. En el final de la toma disminuye la concentración de proteínas y aumenta la de lípidos, como ácidos grasos libres, vitaminas y demás constituyentes liposolubles. La leche en este paso tiende a tener una coloración amarilla. Esta última fracción, es más densa por lo que le cuesta más pasar a través de los conductos, por eso se recibe al final de la toma ¹⁴.

Estas variaciones en la composición de la leche dentro de la misma toma, constatan la importancia de que el bebé vacíe la mama entera, para que pueda consumir los diferentes nutrientes y adquirir los beneficios de este tipo de lactancia ¹⁶.

5.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

5.2.1 Beneficios para la madre

Es importante conocer que la leche materna es el mejor alimento que la madre puede ofrecer a su hijo recién

nacido proporcionándole una buena salud y un óptimo desarrollo físico y afectivo, pero también es buena para la madre, la familia y la sociedad ¹⁷.

La lactancia materna, es considerada como el método de alimentación de referencia para el bebé. La superioridad y beneficios de la leche materna sobre cualquier otro tipo de leche, está demostrado, ya que reduce los casos de muerte súbita e infecciones del lactante entre otras ¹⁸.

Amamantar suele ser una experiencia satisfactoria, que eleva la autoestima de las madres y la seguridad en si mismas ¹⁸.

La lactancia materna exclusiva también tiene múltiples beneficios para la madre, si se inicia en las dos primeras horas postparto, ya que estimula la liberación de la hormona oxitocina, que produce la contracción uterina, y protege frente a posibles hemorragias. Así mismo esta técnica aumenta el metabolismo materno a 500 kcal por día y esto puede ayudar a perder el peso ganado durante el embarazo ¹⁹.

Los principales beneficios de la lactancia que se conocen para la madre, son la disminución del riesgo de hemorragia uterina, disminución del riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovario, siendo mayores los beneficios en éste último caso, si la lactancia materna acumulada ha sido superior a 24 meses ¹⁹. La recuperación del peso anterior al embarazo es más

rápida, la disminución de osteoporosis, siempre y cuando se lleve a cabo los primeros seis meses, protege también contra la fractura de cadera en edad avanzada ²⁰ y disminuye el riesgo de artritis reumatoide entre otros ²¹.

El acto de amamantar se asocia a la producción de una sustancia llamada HAMLET (alfa lactoalbúmina humana letal contra tumores), que es protectora ante células cancerosas ¹². El efecto protector de la lactancia materna sobre el cáncer de mama está motivado principalmente por la diferenciación terminal de las células del tejido mamario, la reducción del número de ciclos ovulatorios y la excreción de estrógenos y carcinógenos de los conductos de la mama a través de la leche humana ²².

La lactancia previene y reduce el riesgo de depresión postparto, y el riesgo de anemia tras el parto. La madre que amamanta se beneficia de una infertilidad temporal, también el contacto piel con piel se relaciona con un aumento del tiempo de lactancia, fortaleciendo el vínculo materno filial ⁸.

5.2.2 Beneficios para el lactante

La leche humana contiene nutrientes, que además del valor nutricional específico, contiene factores antiinfecciosos, hormonas y enzimas. Esto es necesario

para combatir enfermedades y ayudar a la maduración de órganos y tejidos en el recién nacido ¹².

La lactancia materna beneficia al lactante desde el inicio de ésta y hasta la edad adulta, protegiéndole de enfermedades respiratorias y mejorando el desarrollo psicomotor. La alimentación con leche materna al menos durante cuatro meses está relacionada con un menor riesgo de sobrepeso e índice de masa corporal en la vida adulta. Según el estudio realizado por Harder et al. por cada mes de lactancia materna se disminuye un 4 % el riesgo de sobrepeso ¹⁹.

La LM, es el alimento de más fácil digestión y absorción, y eso favorece la reducción de cólicos, diarreas y estreñimiento ⁸. Además, es un factor protector contra la osteoporosis en el recién nacido ya que proporciona un crecimiento lineal óptimo ²⁰.

Los niños amamantados tienen enfermedades, menos graves y de menor duración que los niños amamantados mediante leche artificial. La lactancia protege contra la morbilidad, previene infecciones cutáneas y disminuye el riesgo de padecer otras infecciones ⁸.

Con la lactancia también sufren menos muertes por muerte súbita del lactante, además retrasa el avance de la enfermedad celíaca y proporciona protección frente a la enfermedad inflamatoria intestinal¹⁸.

Otro beneficio al inicio de la LM, es que el calostro se ajusta a las necesidades específicas del recién nacido, facilita la eliminación del meconio y aumenta la reproducción de lactobacillus bífidus en la luz intestinal, protegiendo así del daño oxidativo y enfermedad hemorrágica ¹⁸.

Por otra parte, están los beneficios que la lactancia materna ejerce sobre el desarrollo psicomotor del lactante, en estrecha relación con el acto de amamantar, ya que establece una proximidad y un continuo contacto entre madre e hijo ⁸.

El arropamiento de la madre, las miradas y la succión directa del pecho de su madre, provoca en la madre una síntesis de hormonas, formando un vínculo que se traduce en un mayor equilibrio psicológico, menor alteración de conducta, depresión y ansiedad ¹⁸.

5.2.3 Beneficios para la comunidad y medio ambiente

Se podría afirmar que la leche materna, siempre está preparada y a la temperatura adecuada, siendo un alimento natural, ecológico y económico. Los beneficios a nivel de la comunidad y medio ambiente que proporciona la LM son amplios, ya que supone una disminución del gasto sanitario, al no enfermar tan habitualmente los lactantes alimentados con pecho, así sus progenitores no tienen necesidad de pedir tantas

bajas laborales. La menor morbilidad de los lactantes también produce un ahorro en la familia, al no tener que gastar en medicamentos, tampoco gastan en sucedáneos, ni utensilios necesarios para su administración, esterilización, etc. Además, a nivel ambiental, la fabricación, transporte y utilización de sucedáneos genera basura, agua y electricidad, contribuyendo en la contaminación medioambiental ⁸.

5.3 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

5.3.1 Información y conocimiento sobre la lactancia materna

La leche materna es el alimento por excelencia para el lactante durante los primeros meses de vida, cubriendo las necesidades nutricionales del niño y estableciendo un correcto vínculo madre e hijo, además de un apego seguro con su madre ¹⁸.

La LM es fundamental para los seres humanos, desde las primeras horas de vida, como en los meses siguientes de desarrollo. Su toma temprana y exclusiva, garantiza a la madre la estimulación necesaria para una óptima producción de leche y la mejor oferta inmunológica, nutricional y psicoafectiva para el recién nacido ².

El éxito de la lactancia materna depende de la información y del apoyo que las madres reciben. Esto influye positiva o negativamente en su instauración y mantenimiento. La falta de apoyo, las prácticas sanitarias inadecuadas, y la falta de formación de los profesionales sanitarios, conlleva una lactancia materna menos exitosa ²³.

Tras la segunda guerra mundial, hubo un decaimiento de la lactancia materna de forma progresiva, llegando a sus niveles más bajos en la década de los años 70. Desde aquellos años se han realizado todo tipo de iniciativas y campañas para incentivar la lactancia materna, aumentando las tasas, pero aún sin llegar a las recomendaciones mundiales ³.

En nuestro país, se han desarrollado varias estrategias para la promoción de la LM. Sin embargo, no han sido suficientes, y se ha demostrado que los profesionales sanitarios deben tener unos conocimientos amplios y actualizados para poder facilitar el inicio de la lactancia, así como ser capaz de resolver los problemas que surgen ²³.

El inicio y mantenimiento de la LM es un proceso muy vulnerable a las influencias exteriores y de los demás, ya que puede provocar un fracaso de la misma en mujeres que deseaban amamantar ³.

El inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva se ha relacionado a lo largo del tiempo con

varias circunstancias y acontecimientos, positivos y negativos, entre los que se encuentran la edad, la experiencia previa en el amamantamiento, un mayor nivel educativo, haber realizado la decisión de lactar antes del parto, haber recibido atención prenatal y maternal y un ambiente hospitalario favorable ⁵.

Entre los factores que dificultan la lactancia materna exclusiva se resaltan la situación laboral, la falta de ayudas y apoyos para continuar con la lactancia, la percepción de las madres de no producir la cantidad de leche adecuada. Otros factores son el tabaquismo, las erróneas prácticas hospitalarias llevadas a cabo, el ofrecimiento precoz de biberones, la prematuridad, el bajo peso al nacer y el parto por cesárea junto con la enfermedad materna o neonatal ⁷.

El trabajo coordinado del personal sanitario y facultativo es imprescindible para la promoción y el éxito de la lactancia materna. El equipo formado por ginecólogos, matronas, pediatras y enfermeras es fundamental para desarrollar las competencias con relación al embarazo, el parto y el puerperio ⁷.

Se han descrito varios factores asociados a no iniciar la LME o abandonarla antes de los 6 meses: una menor edad de la madre, bajos niveles socioeconómicos, menores niveles de estudios y experiencias negativas anteriores ¹⁷.

A pesar de los riesgos asociados a la lactancia artificial y al abandono precoz de la LME, así como los esfuerzos que varios países llevan realizando hace años para una promoción, protección y apoyo a la LM, sus tasas y prevalencia sigue siendo baja en todo el mundo ¹⁷.

La autoeficacia de la lactancia materna es entendida por la confianza materna en la capacidad de amamantar, así la capacidad de la lactancia está relacionada con la capacidad de la mujer ²⁴.

La percepción de la capacidad para amamantar y la creencia de que la propia madre tiene suficiente conocimiento y habilidad para darle una buena lactancia a su bebé. El estado emocional y fisiológico de la madre, influye en la capacidad de dar el pecho. Cuando el cuerpo experimenta situaciones de satisfacción y felicidad, aumenta la autoeficacia en el acto de amamantar, mientras que situaciones de dolor, estrés y ansiedad, reducen la autoeficacia²⁴.

Cuando llega un hijo al mundo se activan sentimientos y sensaciones de miedo, fracaso, inseguridad, que junto con la falta de habilidad en la lactancia hacen disminuir la autoeficacia de las madres ⁸.

La ayuda de los profesionales sanitarios, que están involucrados y en estrecha relación con los cuidados de las madres y los recién nacidos, es uno de los factores más positivos de la lactancia materna en su inicio e instauración efectiva ²⁴.

El periodo que comprende el embarazo parto y el puerperio, es una experiencia única y enriquecedora para cada mujer, por lo que precisa unos cuidados y aprendizajes específicos. Esta etapa comprende grandes cambios, con sentimientos nuevos por lo que se debe prestar a las madres una atención especializada y centrada en unos cuidados de calidad ²⁵.

A pesar de que la lactancia materna tiene numerosos beneficios y ventajas, practicarla no es intuitivo ya que requiere un proceso de aprendizaje. En este aspecto la familia debe ser una unidad de apoyo y cuidado, básicamente en la construcción del conocimiento de sus miembros, enseñándoles a amar, a sentir y vivir a cuidar de si mismo y de otros ²⁵.

Por todo esto, García et al.²⁶ concluyen en que la instauración y el inicio de la lactancia materna, requiere de apoyo por los profesionales sanitarios para alcanzar el éxito. Este apoyo que se proporciona, comienza en el embarazo, llevándolo hasta una buena instauración de la lactancia materna o hasta que las madres lo soliciten.

El apoyo de la lactancia es una medida efectiva en la promoción de la lactancia materna exclusiva, aumentando las tasas de inicio, continuidad y exclusividad ²⁷.

En España existen numerosos grupos de apoyo y la iniciativa IHAM (iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia). Además, existen

programas de preparación al parto y talleres de lactancia materna que pueden ayudar a mejorar el rendimiento. Hay estudios que demuestran que las intervenciones educativas antes, durante y después del parto consiguen que aquellas mujeres que aumentan sus conocimientos en esta parte, aumenten también el inicio precoz y la prevalencia de la lactancia materna¹⁹.

5.3.2 Mitos de la lactancia materna

Aún existen muchas madres que desconocen la importancia de la lactancia materna. Autores como Gorrita et al. expresan que uno de los aspectos que está matizado por innumerables mitos, creencias y tabúes, es la información que las madres poseen sobre la técnica adecuada de amamantamiento, y más aún cuando las madres son adolescentes ².

También influye la cantidad de mitos que giran en torno a la lactancia materna. Muchas madres se dejan influenciar por estas creencias o consejos familiares llegando a provocar incluso el fracaso o abandono de la lactancia materna. Con frecuencia se realizan comentarios, y sugerencias que perjudican esta forma de alimentación, haciendo que las madres cuestionen la forma de alimentar a sus hijos ²⁸. Entre estos mitos, podemos destacar:

Algunas madres no producen suficiente leche: casi todas las mujeres poseen la capacidad de lactar, el bebé como cualquier mamífero, es el que controla la cantidad

de leche que su madre debe producir. Se debe respetar la demanda que tenga el bebé ²⁹.

Algunas mujeres producen leche de mala calidad: se ha comprobado que incluso las madres desnutridas y que viven en situaciones de pobreza extrema, producen leche de calidad para alimentar a sus hijos, aunque la madre no tenga una alimentación correcta y equilibrada²⁹.

Si la madre está enfadada o asustada no debe dar el pecho: el estrés o el miedo extremo puede aletargar el flujo de leche, pero debemos tener en cuenta que solo es una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad ³⁰.

La baja producción de leche se hereda: la producción de leche no tiene nada que ver con la suerte o la herencia, si no que está relacionada con la forma y la frecuencia que se da de mamar. No obstante, es importante reconocer, que la práctica de otras madres que no hayan vivido una buena experiencia, puede influir en la confianza de la madre, disminuyéndola a causa de comentarios desafortunados ²⁹.

La mujer que lacta no debe tener relaciones sexuales, ya que estropea la calidad de la leche: es completamente falso, ya que tener relaciones sexuales no altera la calidad de la leche³⁰.

El bebé debe vaciar los dos pechos en cada toma: es mejor que el lactante acabe de vaciar el primer pecho antes de ofrecerle el segundo, aunque esto signifique que rechaza el segundo durante esa toma ya que la leche del final de la toma es más rica en grasas, si se cambia de pecho antes de que éste se vacíe, el bebé solo consumirá la primera leche y no obtendrá el equilibrio natural entre la leche del principio y el final de la toma, viéndose reducido el consumo de calorías que ingiere ²⁹.

La mujer que amamanta debe tener una dieta especial: es muy frecuente escuchar que la madre lactante no debe tomar ciertos alimentos, que pueden cambiar el sabor de la leche, como: ajo, coles, espárragos, cebollas, alcachofas entre otros ya que además pueden producir gases en los bebés. Es cierto que algunos alimentos pueden influir en el sabor y color de la leche, pero el bebé se habituará sin ningún problema a los distintos sabores. Por otra parte, esto favorecerá que se acostumbre a la variedad de la comida cuando sea mayor ²⁹.

Si la madre está embarazada de otro bebé, debe dejar de amamantar: aún estando embarazada de otro bebé la madre puede seguir amamantando. Algunas hormonas del cuerpo pueden cambiar el sabor de la leche, pero lo que no cambia es su calidad ³⁰. La lactancia durante una gestación no perjudica ni al lactante ni al feto¹⁶. En la recta final del embarazo la leche vuelve al

estado de calostro, ya que esta se adapta al nuevo bebé

15

No se debe despertar al bebé mientras duerme para comer: mientras que algunos bebés se despiertan para mamar, hay otros que debido a su corta edad o diversas causas no lo hacen, en estos casos se les deberá despertar y estimular todo lo necesario para que lacten, puesto que sino podrían perder peso ¹⁵.

Que la toma dure 20 minutos es suficiente: el bebé debe mamar hasta que suelte el pecho espontáneamente, sin importar si ha vaciado por completo ambas mamas o solo una. Al ir cambiando la composición de la leche dentro de la misma toma, lo ideal es que el lactante pueda obtener todas las fases de la leche y no solo la primera, aunque sea en ambas mamas, que es lo que sucede si solo se deja mamar durante un tiempo controlado ¹⁶.

Durante los primeros días es normal sentir dolor: si la madre siente dolor en el pecho al lactar, significa que algo va mal, por lo que es una señal de alarma que no se debe descuidar, ya que podría ser señal de ciertos problemas. Además, en estos casos se revisará la postura que mantiene, si es correcta y si el agarre del bebé al pecho es adecuado ³¹.

Es bueno dar el chupete: cuando se tiene intención de dar el pecho, lo adecuado es esperar a que la lactancia materna esté bien establecida antes de ofrecérselo,

puesto que si no el bebé podría llegar a sufrir lo que se conoce como confusión tetina-pezón, puesto que no se succiona el chupete y la mama de la misma manera. También disminuye la estimulación al pecho y dificulta la extracción de leche, con lo que la producción láctea disminuye¹⁶.

Una mujer tiene que beber leche para producir leche.

Ningún mamífero necesita tomar leche para producirla. Una dieta saludable rica en verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse y producir leche²⁹.

Los bebés amamantados no duermen bien durante las

noches: los bebés crecen a un ritmo acelerado, y en la mayoría, el 25% del consumo de leche se realiza por la noche. Por otro lado, al ser inmaduros, tienen el sueño más superficial, como mecanismo protector. A medida que crece el niño se irá adaptando a la vida y no necesitará despertarse tan a menudo²⁹.

Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede

volver amamantar: con una técnica adecuada y apoyo, tanto las madres como los bebés pueden retomar la lactancia materna después de un cambio de leche materna por leche artificial³⁰.

Dar el pecho a demanda, genera bebés dependientes y

trastornos de pareja: el pecho a demanda es una necesidad de los bebés, y estos deben tener una relación de dependencia con su madre, ya que el recién nacido

es inmaduro desde el punto de vista fisiológico y psicológico. Las necesidades de los lactantes son muy intensas al principio, pero van disminuyendo con el tiempo. El trabajo en equipo que se realiza al cuidar de un recién nacido, puede unir a la pareja conforme aprenden el rol de madre y padre juntos ²⁹.

El éxito de la lactancia está relacionado con la información que recibe la madre, la confianza en sí misma, la colocación frecuente y eficiente del bebé al pecho. Los pechos pequeños amamantan igual que los más grandes. La forma de los pezones, en general, no afecta a la lactancia. Es cierto que, en algunas situaciones particulares, el tipo de parto, la medicina que recibió la madre y las complicaciones asociadas al postparto, pueden retrasar en cierto modo el inicio de la lactancia materna, pero no tienen ninguna influencia una vez que ésta se ha instaurado ²⁹.

Las dudas o problemas no resueltos durante los primeros días tras el parto pueden ser otra causa de abandono de la lactancia materna, ya que, en varias ocasiones, la inseguridad, inexperiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento, dan lugar a situaciones que pueden desencadenar en el ofrecimiento de leches artificiales por parte de los padres a sus bebés ⁸.

Estos mitos nos demuestran que aún, sigue existiendo poca información real hacia las madres sobre la lactancia

materna. Existe la falsa creencia de que la lactancia materna es instintiva para las madres, y es cierto que la lactancia es una práctica natural, pero requiere de un aprendizaje y formación. Antiguamente estos conocimientos eran transmitidos de madres a hijas y extendidos en las culturas ²⁸.

5.3.3 Asociaciones de apoyo a la lactancia materna

Aún existen factores de riesgo para que la LM se abandone de forma precoz, aunque también hay factores que actúan como protectores. Deberían desarrollarse estrategias de actuación con el objetivo de fortalecer los que sean protectores y corregir los que suponen un riesgo, consiguiendo con esto el aumento de lactancias exitosas y prolongadas en el tiempo, buscando alcanzar las recomendaciones y estándares internacionales ¹³.

Numerosas asociaciones científicas en todo el mundo tales como la Asociación Española de Pediatría, la OMS, UNICEF, apoyan la lactancia materna exclusiva hasta un mínimo de 6 meses de edad. También la OMS y UNICEF han desarrollado "los diez pasos para una Lactancia Materna satisfactoria" (ANEXO II)³². Una base de conocimientos actualizados, el apoyo continuo y una actitud proactiva son condiciones imprescindibles que resumen estos diez pasos. La alimentación complementaria antes de los seis primeros meses de

vida desplaza la lactancia materna. Las conclusiones científicas aseguran que interrumpir la lactancia materna exclusiva supone un riesgo importante de la morbilidad y mortalidad para cualquier lactante incluso en las sociedades que están desarrolladas ³².

Los profesionales sanitarios desarrollan un papel fundamental en el establecimiento e instauración de la lactancia materna, no como un estilo de vida, sino como una cuestión básica de salud. Por ello es necesario tener buenos y correctos conocimientos sobre la lactancia, ya que estos, tienen un gran poder con efecto beneficioso para que la madre inicie y mantenga la lactancia materna exclusiva en el tiempo ³².

A pesar de todo, las madres siguen mostrando altos índices de desinformación con respecto a la lactancia materna. Por tanto, no basta con el desarrollo de iniciativas por parte de asociaciones, sino también se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan educar a la población y a las futuras madres lactantes ².

La iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimientos y lactancia describa anteriormente (IHAM – UNICEF) fue lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud y a las unidades de maternidad a adoptar estas prácticas, que promueven y apoyan la lactancia materna exclusiva, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad y con otros

alimentos al menos hasta los dos años. Son pocos los centros sanitarios acreditados en España, aunque en los últimos años numerosos hospitales y centros de salud han iniciado el camino o para conseguir la certificación. Este esfuerzo para conseguir la acreditación de los centros, refleja un mayor interés y preocupación de los profesionales por mejorar las tasas de lactancia materna en nuestro país ³³.

También la lactancia se puede apoyar desde el ámbito de la educación, con el control del marketing y la publicidad que gira en torno a los niños, ya que utilizan continuamente imágenes, palabras, y anuncios de fórmulas alimentarias que contradicen la lactancia materna y envían mensajes que pueden ser confusos para los padres en momentos de gran debilidad y vulnerabilidad ³³.

5.4 CUIDADOS ESPECIFICOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

5.4.1 Técnicas de amamantamiento

El nacimiento de un hijo es considerado uno de los mayores acontecimientos en la vida de los padres ya que es una etapa de grandes cambios. El camino hacia la maternidad ha de ser una experiencia gratificante, ya que influye en la relación madre hijo a lo largo del tiempo. A esto contribuye la capacidad de los padres

para asumir este rol. La educación sanitaria sobre los cuidados del bebé, en el embarazo, parto y postparto, facilitan la adquisición de habilidades, conocimientos y seguridad en el cuidado del niño y la adaptación a la nueva situación ³⁴.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres inicien tempranamente la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé, llamada "la hora sagrada". Las enfermeras cumplen un papel fundamental en la salud materna y neonatal, y deben contribuir en el contacto precoz piel con piel ³⁵.

Es de gran importancia que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente. Lo más adecuado sería durante la primera hora tras el alumbramiento, en la misma sala de partos. La vigilancia del recién nacido durante las primeras horas de vida, no es incompatible con el contacto piel con piel precoz. Este contacto permite al bebé desarrollar mejor la técnica de succión y favorece que se prolongue la lactancia materna. En éste contacto, el recién nacido utiliza todos sus sentidos, favoreciendo el vínculo y el desarrollo posterior del bebé

16

El CPP se asocia con el inicio temprano de la lactancia materna, colocando tras el parto al RN en contacto íntimo sobre el abdomen desnudo de su madre. El bebé, mediante su olfato y el arrastre, se acerca al pecho, cogiendo e iniciando espontáneamente la succión. Estas

acciones favorecen a la madre, mediante la liberación de hormonas como la oxitocina y la prolactina que se estimule la producción y salida de la primera leche ³⁵.

El CPP ininterrumpido es importante, no solo para que el bebé inicie la lactancia, sino también porque propicia la organización de su estado, la activación de su sistema motor y la adaptación a la vida extrauterina. La separación madre e hijo durante las dos primeras horas de vida tras el parto, puede disminuir la habilidad del recién nacido para iniciar la LM, y la confianza de la madre para llevarla a cabo. Un tiempo superior a cincuenta minutos de contacto y hasta un máximo de dos horas, hace que la probabilidad de realizar una toma espontánea sea ocho veces mayor que si el tiempo es inferior a los cincuenta minutos ³⁶.

La succión del bebé es el principal estímulo que induce la producción de leche, por lo que cuantas más veces tome el pecho de la madre, ésta más leche produce. Cada recién nacido necesita un tiempo diferente para completar una toma, varía según la edad de éste y de una toma a otra. El mantenimiento las 24 horas del día del bebé junto a su madre facilita el vínculo y mediante las tomas de leche a demanda, tanto de día como de noche, estimula la subida de leche de la madre, disminuyendo el riesgo de ingurgitación mamaria ¹⁶.

La colocación correcta del bebé al pecho es un requisito fundamental para el éxito de la lactancia. La mayoría de

problemas, suelen deberse a una mala posición, a un mal agarre del pecho o a una combinación de ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del pecho, favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia ¹⁵.

El lactante recibe la leche de su madre mediante la combinación de una expulsión activa y una extracción activa por su parte. El bebé exprime la mama con la lengua, para ello crea una tetina, formada por un tercio de pezón y dos tercios de areola. Cuando lo hace, aprieta la mama con la lengua hacia arriba y hacia si mismo, la lengua se mueve en forma de ondas peristálticas de delante hacia atrás. De este modo consigue vaciar la mama eficazmente y sin dolor para la madre³⁷.

Para amamantar eficazmente el bebé deberá tener la boca muy abierta, con los labios hacia afuera, el pezón bien introducido y la lengua por debajo de éste, más cerca del labio superior, y quedando las mejillas ligeramente protruidas (ANEXO III)¹⁵.

Para comenzar la toma, el bebé debe estar frente al pecho, con la cabeza apoyada en el antebrazo de la madre. Es conveniente dar apoyo a las nalgas también y no solo a la espalda. El abdomen del bebé debe estar pegado al de la madre ³⁷.

Para facilitar el agarre del recién nacido al pecho, es aconsejable que la madre conozca los reflejos naturales

de su bebé. Una vez colocado correctamente la madre puede rozar los labios del bebé con el pezón, provocando así el reflejo de búsqueda. Una vez la boca esté bien abierta debe acercar suavemente el niño al pecho y nunca el pecho al niño ³⁷.

5.4.2 Posiciones para amamantar

Para que el momento de la lactancia sea placentero tanto la madre como el bebé deben estar cómodos, normalmente para esto la madre debe tener la espalda apoyada, bien sea sentada o tumbada de lado, el niño debe estar bien sujeto, en brazos de su madre o tumbado en una cama. Es importante que cada mujer conozca varias posiciones (ANEXO IV)¹⁵. para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de LM, de esta forma podrá escoger la que más le guste tanto a ella como a su bebé ¹⁵.

Existen varias posiciones y todas tienen algo en común, ya que el vientre y la cara del RN están enfrentados a su madre. Con los cambios posturales se consigue que el niño comprima distintos puntos de la areola y el pezón. Con esto el pecho se vacía mejor, evitando así la retención de la leche, el taponamiento de conductos, el dolor por grietas en el pezón y la mastitis. No se debe recomendar una posición fija a la madre, ella misma averiguará por si sola cual es la mejor posición en cada momento ³⁷.

Una buena posición conlleva a una excelente estimulación y previene las grietas en los pezones de la madre. Es indispensable identificar y corregir cualquier técnica de succión inadecuada ¹⁶.

La posición de ***crianza biológica*** debería enseñarse a todas las madres inicialmente, ya que es un método de prevención de grietas y dolor en el pezón, evitando así los agarres incorrectos. En esta posición la madre se encuentra semiacostada, con el bebé acostado sobre ella y la cabeza casi sobre la mama. El bebé se apoya sobre el vientre con los brazos de la madre a modo de cuna alrededor suyo. En esta posición, los reflejos naturales del bebé ayudan al agarre de la mama ¹⁶.

Posición de cuna o Sentada. La madre se sienta en una silla o lugar cómodo, que permita firmemente apoyar la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia delante. El bebé se encuentra acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño como el de la madre quedan uno frente al otro, el brazo de ésta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del bebé. La mano debe colocarse en forma de "c", la madre ofrece el pecho estimulando el labio inferior del RN con el pezón para que abra la boca. En cuanto esto ocurra es el momento idóneo para acercar al bebé hacia el pecho, de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del lactante. El brazo del bebé más próximo a la madre, queda por debajo del pecho de la madre rodeando su cintura ¹⁵.

Acostada de lado. La madre se acuesta de lado, apoya la cabeza en una almohada y mantiene elevado el brazo que queda por debajo, con el otro sujeta al bebé que colocará enfrente, también de lado de manera que su cabeza quede a la altura del pecho. El cuerpo del bebé tiene que estar completamente pegado al de la madre. Esta postura se recomienda para las madres que se están recuperando de una cesárea o de una episiotomía, para amamantar durante la noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé ¹⁵.

Posición de rugby o invertida. En esta posición la cabeza del niño descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo. Es la postura más utilizada para amamantar gemelos de forma simultánea y también en caso de cesárea, para no presionar la zona de la herida de la madre. Esta maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomando al bebé por la base de la nuca ¹⁵.

Posición de dancero o caballito. La madre se encuentra sentada y el niño sentado sobre la pierna de ésta con su boca a la altura del pecho, la madre lo agarra con el brazo del mismo lado en el que está colocado y con la mano en forma de "c" agarra su cabeza colocando los dedos del medio y pulgar detrás de sus orejas, con la mano libre ofrece el pecho. Se debe tener especial cuidado de no apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el lactante responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia

atrás y de esta forma alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los RN híper o hipotónicos, con fisura palatina y mamas muy grandes ¹⁵.

Posición de cuna- cruzada o en reversa. La madre sentada y el lactante acostado sobre un cojín para elevarlo a la altura de las mamas. Con la mano libre, la madre ofrece el pecho, con la otra sostiene la cabeza del lactante sobre la palma. Esta posición permite deslizar al bebé de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, siendo recomendada cuando el RN tiene preferencia por un pecho y cuando este tiene problemas con la clavícula ¹⁵.

La madre, no debe olvidar una correcta alimentación y una buena higiene en la lactancia, ya que es necesario tener una buena higiene corporal realizando un baño o ducha diaria. Limpiarse las mamas antes de cada toma carece de utilidad salvo en el caso de la extracción de leche ³⁵. No existe ningún alimento prohibido, basta con mantener una alimentación sana y equilibrada. Ácidos grasos de cadena larga de la serie omega 3 y 6, mediante pescados grasos o margarinas enriquecidas, permite mejorar el estado de DHA y de ácido araquidónico de la leche materna. Se aconseja abstenerse de toma de alcohol y el consumo moderado de cafeína ¹⁶.

5.4.3 Problemas más frecuentes

Muchas mujeres que se han planteado realizar una lactancia prolongada con sus hijos finalmente llevan a cabo un destete precoz debido a problemas físicos con los que se encuentran y para los cuales no se les ofrece ayuda para resolverlos. Las madres pueden presentar problemas durante la lactancia y la mayor parte de ellos pueden ser prevenidos o aliviados, pero requieren de su reconocimiento e intervención ³⁷.

Estos suelen ser problemas tempranos, ya que suelen aparecer con más frecuencia en los primeros días, aunque también pueden desarrollarse más tardíamente ³⁸. Los problemas que aparecen con mayor frecuencia están relacionados con los pezones planos o invertidos, las grietas en el pezón, los pezones doloridos y la ingurgitación mamaria ³¹.

Renfrew et al, destacó la importancia de la educación materna y la preparación de los profesionales sanitarios para promover y apoyar la LM, como herramienta de prevención de patologías mamarias ³⁷.

El papel de las enfermeras en la gestión del amamantamiento es fundamental, ya que da seguridad a las madres y aumenta su autoestima para seguir lactando. La detección de problemas a la hora de poner el bebé al pecho, así como la forma correcta de hacerlo, evitan a las madres futuros problemas como mastitis y abscesos de mama entre otros ²³.

5.4.3.1 Problemas físicos

Ingurgitación. Se produce los primeros días tras el parto, cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae, aumentando ambos de tamaño y produciendo dolor. Suele ocurrir con la subida de leche. Esta complicación se puede clasificar en primaria y secundaria. La primaria se da entre los dos y cinco días del postparto y está relacionada con la acción de la prolactina y el descenso brusco de los niveles de progesterona tras el alumbramiento. La ingurgitación secundaria es más tardía, además de los síntomas anteriores se suman otros, como edema y un drenado dificultoso de la leche, en algunas ocasiones acompañado por fiebre que no suele durar más de 24 horas³⁹.

Habitualmente, esto se da, cuando la madre se encuentra en casa, por ello es necesario informarle sobre la normalidad de este proceso y el modo de solucionarlo. Se produce por una mayor vascularización y edema o inflamación, que hace que las mamas estén tensas. La leche se acumula en los alvéolos y se previene permitiendo que el bebé mame a demanda desde el primer momento tras el nacimiento, asegurando una buena posición y agarre¹⁶.

Para solucionar la ingurgitación la madre debe procurar que sea el bebé quien vacíe la mama, pero siguiendo con la lactancia a demanda. Sin embargo, cuando los pechos

están tan tensos que el bebé no se puede agarrar, conviene vaciarlos un poco previamente. Los baños o unas compresas empapadas en agua tibia facilitan la salida de la leche, además extrayendo un poco de ésta manualmente, facilita el agarre del bebé. Si el dolor persiste tras la toma en el pecho que menos ha sido vaciado, puede ser necesaria la ayuda de un sacaleches o la extracción manual, hasta que este deje de doler. Si a pesar de todo el dolor persiste es recomendable aplicar frío local o tomar un analgésico como el ibuprofeno, pero nunca antes de la toma ³¹.

Si aún así, no se consigue el agarre del bebé al pecho, se puede desarrollar la técnica de la presión inversa suavizante, la cual consiste en la presión de la zona que rodea el pezón (ANEXO V)¹⁵.

Obstrucción. Es la consecuencia del vaciado ineficaz de un lóbulo mamario. Se acumula la leche en los conductos y se forma un bulto doloroso en el pecho, además de aparecer un enrojecimiento en la piel de la zona. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales, pero si no se soluciona puede dar pie a una mastitis.

Para solucionar la obstrucción se debe aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas. Es necesario colocar al bebé de tal manera que drene la zona obstruida, por lo que es recomendable variar la posición utilizada habitualmente. Realizar

durante la toma un suave masaje de la zona, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón para garantizar el drenaje completo. Si el pecho no es vaciado del todo, se recomienda un sacaleches. Por último, utilizar un sujetador adecuado al pecho y no utilizarlo para dormir, prevendrá nuevas obstrucciones

³¹.

Mastitis. Se produce cuando las obstrucciones no se solucionan o también por infección de los conductos. Las grietas en el pezón y los cuadros de ingurgitación también son factores predisponentes. Si no se resuelve puede terminar en un absceso mamario. Las mastitis presentan uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna. Se conoce por que se forma una dureza roja, caliente y dolorosa al tacto. Produce dolor al mamar, que se calma entre toma y toma. Presenta síntomas parecidos a una gripe: fiebre, malestar general y dolores musculares ¹⁶.

En la mayoría de los casos las mastitis son producidas por una mala posición del bebé al pecho, que ocasiona lesiones en el pezón e impide el vaciado adecuado de la mama, lo que origina ingurgitación mamaria e inflamación y predispone a la infección ³⁷.

El tratamiento es el mismo que para la obstrucción, pero en este caso sería recomendable la consulta a un profesional para valorar la toma de antibióticos. La aplicación de frío local entre tomas alivia el dolor, si

fuese necesario podrían tomarse analgésicos. El reposo en cama ayuda en la mejoría de las mastitis ³¹.

Dolor y grietas. Estas, junto con la sensación de insuficiente producción de leche, son una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia por el dolor que producen. Suelen aparecer durante los primeros días de la lactancia debido a un mal agarre, y pueden presentarse en ambos pechos o solo en uno ³⁸. A veces mejoran espontáneamente al ir encontrando madre e hijo la posición correcta. Dar el pecho debe ser algo placentero, por lo que si duele es señal de que el bebé está mal agarrado. Las grietas producen un dolor máximo al inicio de la toma, que va disminuyendo posteriormente y desaparece casi por completo cuando el bebé suelta el pecho¹⁶.

Lo más eficaz para el tratamiento de las grietas es corregir la posición de amamantamiento. En caso de que solamente hubiera grietas en un pezón es recomendable ofrecer primero el pecho sin grietas para que el bebé no succione con tanta ansia el pecho afectado. Para ayudar a la curación la madre puede poner un poco de su propia leche sobre el pezón y esperar a que seque³¹.

El dolor en los pezones es frecuente que se produzca al inicio de la lactancia y normalmente se debe a la presión negativa producida en los conductos galactóforos que todavía no están llenos de leche. Al instaurar la lactancia

el dolor debe desaparecer y si perdura se asocia con una mala posición o un mal agarre del niño al lactar ³⁷.

Candidiasis. Se da principalmente en madres diabéticas y en mujeres con candidiasis vaginal, ya que el bebé puede contaminarse durante el parto. Si se encuentra solamente en el pezón, se manifiesta por eritema o placas blancas en la zona, en el caso de extenderse hacia el interior de los conductos galactóforos, provoca un dolor de agujas que se clavan hacia dentro del pecho, durante toda la toma, y puede continuar hasta tiempo después de haber finalizado.

Se trata con antifúngicos locales aplicados mediante un suave masaje en el pezón y la areola después de cada toma, no es necesario interrumpir la lactancia ³¹.

Pezón plano, invertido y pseudoinvertido. Los pezones planos son aquellos que no sobresalen hacia afuera y los pezones invertidos son aquellos que se hunden hacia dentro en lugar de proyectarse hacia afuera ¹⁵.

Hay muchas formas y tamaños de pezones y la mayoría permiten un amamantamiento sin dificultades (ANEXO VI)¹⁵. Aun así, algunos pezones pueden dificultar el agarre del bebé, por lo que necesitarán apoyo ¹⁶.

Los pezones invertidos permanecen hundidos dentro de la areola puesto que hay bandas de tejido conjuntivo que lo mantiene unido a su base. Suele ser unilateral, pero hay casos de mujeres con ambos pezones

invertidos. Esta lactancia es más complicada que en los pezones planos o pseudoinvertidos, pero siempre es recomendable ¹⁶.

Para el manejo del pezón invertido, se debe facilitar una correcta posición de la madre y del bebé, así como recordar siempre que el bebé toma el pecho, no el pezón. En el momento en el que el niño abre la boca, la madre puede coger suavemente la areola colocando los dedos en forma de "c", con cuidado de que sus dedos no entorpezcan el agarre, para así introducir la mayor parte de la areola posible en la boca del bebé ³¹.

También se puede estimular el pezón dotándolo un poco, mojándolo con agua fría antes de la toma o aspirándolo con un extractor de leche o jeringa. Si con estas medidas no es suficiente se puede probar con el uso de pezoneras ¹⁵.

5.4.3.2 Problemas psicológicos

La maternidad no es un proceso estático, ya que el éxito o fracaso de la lactancia resulta especialmente estimulante, aunque también puede provocar situaciones de frustración. No solo en la madre sino también en el ámbito familiar, lo que puede desembocar en un importante malestar psicológico en el momento crucial de la vida de la mujer ²⁸.

No solo pueden aparecer problemas físicos, sino también en muchas ocasiones problemas psicológicos y

sociales que pueden afectar a las madres durante la lactancia materna ³⁸.

Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico y social: las mujeres pueden presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia. Si a esto le sumamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, pudiendo producirse un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de esta de forma efectiva ²⁸.

Problemas conyugales. Si la pareja no es participativa y comprensiva, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo, puede repercutir negativamente en la decisión de amamantarlo con leche materna. También las madres con relaciones estables tienen menor porcentaje de abandono y fracaso en la lactancia materna que las madres solteras ⁸.

Depresión materna. El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, el exceso de trabajo propio de la atención al recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistente o la apreciación de la situación por la propia madre, pueden provocar ocasionalmente una depresión en la madre, lo que constituye un riesgo para la lactancia. Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos. Estos

problemas suelen ser tempranos, y suelen aparecer en los primeros días, aunque puede desarrollarse más tardíamente ²⁸.

Ser madre adolescente o soltera. En el caso de madres solteras necesitan de un gran apoyo de las personas que les rodea, ya que la mujer suele asumir sola el proceso de embarazo, parto y postparto, por lo que resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal ⁸.

Una vez que la madre ha tomado la decisión de amamantar a su hijo con lactancia materna exclusiva, los diferentes factores sociales y educacionales son los que influyen en el fracaso o instauración de una buena lactancia materna. El conocimiento de los factores de abandono, hace que sea necesario promover medidas preventivas, incluyendo al padre o a la pareja, como parte fundamental de apoyo y soporte ⁸.

La LM se considera como un “don divino” por parte de la naturaleza femenina. La lactancia ayuda a los bebés en la adaptación a la vida extrauterina, estableciendo un vínculo entre la madre y su hijo, que fortalece el desarrollo psico-afectivo de los niños. Este vínculo crea una enorme satisfacción en la madre, y facilita el diálogo con su hijo mediante sonrisas, miradas, gestos, caricias que son recibidas por el bebé. Por otro lado, estos sentimientos son eclipsados por la presencia de inseguridad en la realización de este proceso, y requieren un esfuerzo psicológico y emocional adicional

por parte de las madres que en ocasiones desemboca negativamente en el abandono de la lactancia materna ²¹.

El abandono de la lactancia materna genera en las madres sentimientos contradictorios, expresan sentimientos negativos y de fracaso, expresan sentirse mal, con tristeza y frustración e incluso algunas llegan a sentirse peores madres que las que continúan con la lactancia materna exclusiva ²⁸.

6. DISCUSIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros 6 meses de vida. Aporta una serie de beneficios para los lactantes, ya que evita infecciones, diarreas y malnutrición ¹⁷. También es beneficiosa para la madre, ya que ayuda a la involución del útero y disminuye la incidencia de cáncer de mama ². Por otro lado, autores como Estévez et al, hablan de problemas que existen en torno a la técnica de amamantamiento y las complicaciones surgidas en la lactancia ⁸.

Hay un factor modificable que influye en la duración de la lactancia materna, como el tipo de educación maternal recibida. Este factor tiene gran importancia, no solo para la decisión de amamantar, sino que influye en el éxito y duración de la lactancia materna. Por otro lado,

se han descrito otros factores asociados a no iniciar la LME o abandonarla antes de los 6 meses, entre ellos una menor edad de la madre, bajos niveles socioeconómicos, bajos niveles de estudios y experiencias negativas anteriores ⁸.

Algunas madres dejan de dar LM debido a problemas como las grietas, el dolor mamario, la mastitis o la falta de leche. Estos problemas surgen en general durante el primer mes, y al ser incapaces de solucionarlos, adoptan medidas como la lactancia artificial. Algunos de los factores que influyen en el abandono de la LM son modificables desde el sistema sanitario, como es el caso de las grietas, el dolor mamario y la mastitis ²⁷.

El abandono de la LM mejoraría con la ayuda de los profesionales sanitarios, y con una información maternal adecuada y contrastada científicamente ⁵. De ahí la importancia de la educación, para disminuir la incidencia de problemas relacionados con la técnica de LM y la información. Autores como Renfrew et al, afirman que, una información y una dedicación por parte del personal de enfermería tanto en los centros de salud como en los hospitales mejorarían la duración y mantenimiento de LM ³⁷.

Por todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que una buena educación sanitaria antes y después del parto, aumenta el tiempo de lactancia materna y permite resolver problemas durante el primer mes, que

son determinantes para la continuidad de la lactancia materna.

Es importante destacar que, no solo existen dificultades para el inicio e instauración de la lactancia, si no que además, existen múltiples obstáculos para el mantenimiento de la misma, bien sea por problemas generados por falta de información que reciben las madres, las escasas redes de apoyo, la dificultad de conciliar la vida profesional y personal, el poco apoyo de la familia y comunidad, además la falta de formación de los profesionales sanitarios, destacando sobre todo los cuidados de enfermería en este ámbito ¹.

Así pues, una mujer que acaba de dar a luz tiene que sentirse protegida e informada por el profesional de enfermería que la atiende y recibir una información clara, suficiente y no contradictoria sobre cómo dar el pecho a su hijo, de las ventajas y problemas de la LM, tanto para ella como para el niño. No deben existir contradicciones basadas en estereotipos entre las informaciones de los profesionales, durante el ingreso como posteriormente en las consultas de Atención Primaria, matrona y pediatría ⁷.

Por lo tanto, se debería realizar un esfuerzo por intentar proporcionar una intervención multifactorial, formando a los profesionales sanitarios, intensificando la interrelación e información de datos entre el hospital y la Atención Primaria, unificando criterios entre ellos, así

como aplicando los cambios necesarios en las políticas y órganos de dirección de las instituciones, ya que en España no hay un sistema oficial de monitorización de la lactancia materna adecuado. Los datos existentes hasta el momento son obtenidos de encuestas realizadas por los profesionales sanitarios a nivel regional lo que no permite una correcta valoración nacional ni un adecuado seguimiento⁷.

7. CONCLUSIONES

La lactancia materna es un proceso biológico y está determinada por la cultura. De acuerdo con las creencias de cada época de la historia, se han desarrollado las maneras de enfrentar la crianza y la lactancia.

El lactante que es amamantado recibe un producto único, variable en su composición, con distintas características y adaptado al momento justo de la lactancia.

La LM beneficia al bebé, a la madre y la sociedad. Cubre las necesidades nutricionales del niño y establece un correcto vínculo madre e hijo.

El trabajo coordinado de los profesionales de enfermería, es imprescindible para la promoción y el éxito de la lactancia materna.

Los mitos demuestran que aún sigue existiendo poca información real hacia las madres sobre la lactancia materna.

Una posición adecuada, así como la importancia de un buen agarre, es fundamental para evitar complicaciones y el abandono precoz de la lactancia.

El éxito de la lactancia está relacionado con la información que recibe la madre de la enfermera, la confianza en si misma, la colocación frecuente y eficiente del bebé al pecho.

8. REPERCUSIONES

Sabemos que la leche materna es el primer alimento y el más completo que el ser humano ha recibido durante generaciones para poder sobrevivir, pero a pesar de ser un alimento tan conocido y tan fácil de aportar, son muchas las madres que desconocen todos sus beneficios y cada vez más las que optan por otro tipo de alimentación complementaria dejando a un lado la lactancia materna.

El papel de la enfermería en la promoción de la lactancia materna es muy importante, ya que durante el proceso del embarazo será la figura a la que recurrirán las futuras madres para su control y

con la que podrán resolver las dudas que se les planteen durante el proceso.

Por todo lo dicho anteriormente, es importante una buena formación en este ámbito para los profesionales de enfermería que se dedique a los niños, tanto en la obstetricia como pediatría, ya que nos podemos encontrar con madres a las que explicarles y orientarles sobre todos los beneficios que esta práctica acarrea.

Mis conocimientos previos a la lectura de este documento sobre el tema de la lactancia materna eran de carácter básico, desconociendo partes como son los mitos en torno a la lactancia materna o la existencia de asociaciones de apoyo a la lactancia materna.

Por otro lado desconozco como es la información que se imparte antes del parto a las madres en cuanto a la importancia de la lactancia, pero si sé debido a situaciones en el ámbito laboral hospitalario en las que me ha tocado estar, que la educación de las madres una vez que llegan a dar a luz es escasa. Ellas conocen la importancia de la leche materna en los primeros meses de vida pero nadie les habla también de la parte negativa, de los problemas que pueden presentarse durante este

tipo de alimentación, el cómo solventarlos y sobretodo el conocimiento de que estos problemas ocurren a todas las madres por igual. Este desconocimiento acarrea en muchas ocasiones una falta de adherencia de la lactancia materna y conlleva dudas antes de empezar con la lactancia o durante la misma, llevando a la madre a abandonar este tipo de alimentación.

Desde mi punto de vista creo conveniente y muy recomendable realizar programas de educación y formación a las futuras madres aportando información sobre puntos de apoyo, a dónde acudir en caso de duda, conocer los problemas más frecuentes causados por la lactancia tanto físicos, como psicológicos, y conocer casos reales que les pueden ocurrir y cómo solucionarlos, para que la adherencia a la lactancia materna sea más duradera.

Como conclusión final, comprendemos que un buen trabajo por parte de los profesionales de enfermería es indispensable para asegurar el éxito de la lactancia materna.

Ainhoa Rodríguez Díaz.

Los conocimientos previos a la lectura de este trabajo estaban relacionados con los mecanismos de la lactancia, la valoración de las mamas durante la lactancia y los diferentes problemas que pueden surgir, sus beneficios tanto para la madre como para el bebé, el establecimiento de la misma y su inhibición, pero todos ellos son conocimientos muy básicos adquiridos durante el estudio de la asignatura de "Enfermería en Salud Materna y Atención a la Familia" impartida en la Facultad de Enfermería de Oviedo. Por lo que este trabajo aporta nuevos datos y amplía la formación enfermera al respecto.

Un ejemplo de lo que quiero decir es que, aunque antes sí que conocía el significado de calostro, no tenía mayor formación sobre los distintos tipos de leche que produce la glándula mamaria a lo largo de la lactancia, ni su composición ni finalidad, solamente partía de unos conocimientos básicos. Tampoco me había planteado que la lactancia materna suponía también un beneficio para el medio ambiente y la comunidad y no conocía las causas de esto.

He podido comprender que además de aparecer problemas físicos durante la lactancia, como grietas o mastitis, pueden originarse muchos otros, pero además he aprendido que en algunas ocasiones

pueden aparecer también problemas psicológicos y sociales que pueden afectar a las madres durante la lactancia materna.

Ahora también tengo conocimiento de la existencia de diferentes tipos de asociaciones que apoyan de la lactancia materna, ya que, cuando se habla dentro de este ámbito suele ser una parte que pasa desapercibida.

Y en cuanto al apartado 5.3.2, sobre mitos de la lactancia materna, me ha impactado que yo misma, siendo profesional sanitario, no era consciente de que muchas de esas afirmaciones eran falsas o malinterpretadas.

Desde mi punto de vista personal creo que los resultados están muy bien estructurados, yendo de lo básico a lo más específico, que tratan todos los temas importantes que debe conocer un profesional sanitario sobre la lactancia, que además aprovecha para desmontar muchos de los mitos generados en torno a este tema, y creo que es un trabajo que se puede leer fácilmente para que todo profesional pueda refrescar conocimientos que igual están algo olvidados por no pertenecer a su ámbito de trabajo, pero que son necesarios conocer.

Es decir, personalmente no cambiaría la perspectiva del trabajo, creo que es la adecuada. Pero sí que hubiese hecho más hincapié en las complicaciones psicológicas de la lactancia, ya que muchas veces se pasan por alto y pueden llegar a producir más problemas que las complicaciones físicas.

Respecto a la discusión, cabría decir, que la cita más importante para mí es *“Podemos afirmar que una buena educación sanitaria antes y después del parto, aumenta el tiempo de lactancia materna y permite resolver problemas durante el primer mes, que son determinantes para la continuidad de la lactancia materna”*. Creo que en esta frase se resume la esencia del trabajo.

Y me gustaría finalizar comentando que los conocimientos adquiridos tras la lectura de este trabajo se pueden emplear en diversas situaciones dentro de nuestra profesión enfermera, por ejemplo, si te llaman para trabajar en una planta hospitalaria de obstetricia o en la consulta de una matrona, ya que, entre otras muchas tareas, tienes el deber de enseñar a las madres las técnicas correctas para un buen establecimiento de la lactancia, sus posibles complicaciones y cómo solucionarlas.

Otra situación, que además suele ser muy común, es conocer a madres que abandonan la lactancia durante el primer mes a causa de problemas físicos, y gracias a la lectura de este trabajo estamos mayor preparadas para realizar una mejor educación con estas madres, informar de asociaciones de apoyo a la lactancia, informar de mejores soluciones a esos problemas y con ayuda de los profesionales sanitarios, con una información maternal adecuada y contrastada científicamente ser de mayor ayuda a esas madres.

Olaya Vigón Nodar.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Campos García A, García Blanco L. Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura. Nuberos científica [Internet]. 2015 [cited 11 February 2019];3(17):53-58. Available from: [http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeria_cantabria/docs/Nuberos Cientifica 1.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeria_cantabria/docs/Nuberos_Cientifica_1.pdf)
- 2.** Borre Ortiz YM, Cortina Navarro C, González Ruíz G. Lactancia Materna Exclusiva: ¿La Conocen Las Madres Realmente? Revista Cuidarte [Internet]. 2014 Jul [cited 2019 Feb 1];5(2):723–30. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109999030&lang=es&site=ehost-live>

3. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E., Macarro-Ruiz D., Martínez-Martín E., Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enferm. univ [revista de Internet]*. 2017 Mar [citado 2019 Ene 31]; 14(1): 54-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100054&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>.

4. Guedes de Freitas M, Lins Werneck A, Borim BC. Exclusive Breastfeeding: Adhesion and Difficulties. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE [Internet]*. 2018 Sep [citado el 10 de febrero del 2019];12(9):2301–7. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131728258&lang=es&site=ehost-live>

5. Boadella Saubí G. Motivación, la clave de la lactancia materna. *Agora de Enfermería [Internet]*. 2016 junio [citado el 1 de febrero del 2019];20(2):56–9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116767638&lang=es&site=ehost-live>

6. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2013 junio [citado el 31 de enero de 2019]; 59(3): 254-257. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>.
7. Gallegos Pita J, Gómez Besteiro MI, Valmo Pazos C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal en un centro de salud de Carral (A Coruña). *Matronas Profesion* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Feb 9];18(1):8–16. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122679023&lang=es&site=ehost-live>
8. Gasa Salar A, Pié Dols N, Martorell Poveda M. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia*. 2013 Ja; 10(41). [Accessed 14 Feb. 2019]. Available at: <http://www.index-f.com/evidentia/n41/ev7080.php>
9. Mazo-Tomé P.L, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién

nacidos sanos. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en Internet]. 2018 Feb [citado 2019 Ene 31]; 75(1): 49-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000100049&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.24875/bmhim.m18000010>.

10. Porporato M, Panizza A. Historia de la lactancia. Imedba Residencias médicas [Internet]. 2014 [cited 16 February 2019]; Available from: <https://www.plataformacie.com.ar/web/images/Articulos/Cientifico/HistoriaDeLaLactanciaMelinaPorporato.pdf>

11. Hernández Gamboa E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Revista Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2009 [cited 16 February 2019];15. Available from: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>

12. Gómez VC, Vinuesa M del CP, Martínez FS, Ruiz-Cabello FJS. Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Metas de Enfermería [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Feb 9];21(8):21–6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d>

b=ccm&AN=132616126&lang=es&site=ehost-live

13. Rius J, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado M, López A et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. Anales de Pediatría [Internet]. 2014 [cited 2 February 2019];80(1):6-15. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1695403313002385>

14. García López R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de Mexico [Internet]. 2011 [cited 16 February 2019];32(4):223-230. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42360330006>

15. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2017 p. [Www.euskadi.eus/publicaciones](http://www.euskadi.eus/publicaciones)

16. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuseppi A, Hachem T, Assaf Z et al. Consejos para la lactancia materna. EMC- Pediatría [Internet]. 2015 [cited 2

February 2019];50(2). Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789\(15\)71202-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789(15)71202-3)

17. Ramiro Gonzalez M, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Arguellex C, Esparza Olcina M, Cortés Rico O, Terol Claramonte M et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2017 [cited 2 February 2019];89(1):32-43. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>

18. Cancela LV, Gesta AE, Rodríguez MCA, Vidal MC, Rodríguez MSF, Várela MPG, et al. Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Feb 9];21(4):15–21. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129665110&lang=es&site=ehost-live>

19. García García N, Fernández Gutiérrez P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Feb 9];21(1):50–8. Available from:

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=128108177&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=128108177&lang=es&site=ehost-live)

20. Jiménez-Arreola J, Aguilera-Barreiro M de los A, Aguilera Barreiro M de LA. Lactancia Materna Como Factor Preventivo Para La Osteoporosis en Mujeres Adultas. *Nutricion Hospitalaria* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Feb 9];32(6):2600–5. Available from: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=112093731&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=112093731&lang=es&site=ehost-live)

21. Pedrosa Lima S, Atherino dos Santos EK, Lorenzini Erdmann A, Silva de Farias PH, Aires J, Nóbrega do Nascimento VF. Perception of women regarding the practice of breastfeeding: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Feb 9];11(1):248–54. Available from: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=133895556&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d
b=ccm&AN=133895556&lang=es&site=ehost-live)

22. Manrique Tejedor J, Figuerol Caldero MI, Cuéllar de Frutos A. La lactancia materna como método de prevención del cáncer de mama. *Revista Rol de Enfermería* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Feb 9];38(12):32–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&d>

[b=ccm&AN=112402652&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=112402652&lang=es&site=ehost-live)

23. de Mattos Pereira R, Herdy Alves V, Pereira Rodrigues D, Lutterbach Riker Branco MB, Lopes de Oliveira F, Vieira dos Santos M. Knowledge of nurses about the clinical management of breastfeeding: knowledge and practices. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Feb 9];11(1):80–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133895541&lang=es&site=ehost-live>

24. de Sá Guimarães CM, Pereira Bonelli MC, Germano Conde R, Gomes-Sponholz FA, Batista Oriá MO, dos Santos Monteiro JC. Self-Efficacy in Breastfeeding and Nursing Professional Practice. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Feb 10];12(4):1085–90. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129759936&lang=es&site=ehost-live>

25. Oliveira G, Simões Timm M, Batista Possati A, Cremonese L, Lopes Munhoz O, Ressel LB. Construction of Nursing Mother’s Knowledge about Breastfeeding in Pregnancy and Childbirth. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Feb 10];10(8):3171–4. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=118901805&lang=es&site=ehost-live>

26. Araque García J, García Perea E, Pedraz Marcos A, Alba Diego RM. Efectividad de una consulta online de Enfermería en el seguimiento e instauración de la lactancia materna. Nure Investigación [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Feb 9];15(96):1–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132480032&lang=es&site=ehost-live>

27. Beltrán Muñoz C. Revisión Bibliográfica De La Efectividad Del “Apoyo Entre Iguales” en La Promoción De La Lactancia Materna. ENE Revista de Enfermería [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Feb 9];11(1):1–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124549513&lang=es&site=ehost-live>

28. Cortes-Rua L, Diaz-Gravalos G. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. Enfermería Clínica [Internet]. 2018 [cited 2 February 2019];:9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>

29. Inatal.org, 10 Mitos sobre la lactancia materna [sede web]. Barcelona: inatal.org; 2012- [acceso 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/395-10-mitos-sobre-lactancia-materna.html>.

30. Unicef.org, Mitos y realidades de la lactancia materna [sede web]. Ecuador: Unicef.org;2012-[acceso 19 de febrero de 2019] Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/Mitos de la lactancia materna.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Mitos%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf)

31. Ramírez Ontiveros M, Cabrera Cabeza O, Minchon Cano M. Superación de problemas en la lactancia materna y relactancia. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2013 [cited 20 February 2019];9(2). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0704.php>

32. Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F, Madero Nogueras M. Conocimiento y actitudes de los profesionales de la salud en la lactancia materna: traducción, validación y adaptación del cuestionario Child Care Provider’s Knowledge and Attitudes regarding support of breastfeeding. Nure Investigación [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Feb 9];15(92):1–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127926674&lang=es&site=ehost-live>

33. Pallas Alonso C. Lactancia materna en España. Un compromiso de todos. Anales de Pediatría [Internet]. 2015 [cited 20 February 2019];83(6):365-366. Available

from: [Http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.09.017](http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.09.017)

34. Herrero-Morín JD, Huidobro Fernández B, Amigo Bello MC, Quiroga González R, Fernández González N. Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Ene [citado 2019 Ene 31]; 113(1): 28-37. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.28>.

35. Ortiz Montalvo YJ, Ortiz Romaní KJ, Mucha Montoya RH. ¿Se asocian los procedimientos neonatales de las enfermeras al inicio temprano de la lactancia materna? Evidentia [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Feb 9]; 15:1–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131287851&lang=es&site=ehost-live>

36. Ayuso-Yuste A, Coria-Postigo P, Tirado-Sánchez S, García-Sánchez S, Arroyo-Parejo C, González-Parra AV. Efectividad de la postura de crianza biológica en la lactancia materna eficaz. Matronas Profesion [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Feb 9];17(3):108–14. Available

from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119103627&lang=es&site=ehost-live>

37. Fernández Medina I, González Fernández C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Enfermería Global España [Internet]. 2013 [cited 2 February 2019];12(3):443-451. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.3.157781/150151>

38. Manfré Barbosa D, Zandonadi Caliman M, Alvarenga SC, de Fátima Almeida Lima E, Marabotti Costa Leite F, Caniçali Primo C. Assessment of factors associated to nipple trauma. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Feb 10];10(4):1063–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132244784&lang=es&site=ehost-live>

39. Villacorta Martín A, Morenza Núñez C, Marcos Rubio C, Villacorta Martín D, López de Maturana A, Alconero Camarero A. Cuidados de enfermería especializada a la mujer con una ingurgitación mamaria. Enfermería

Integral [Internet]. 2017 [cited 20 February 2019]; 115:28-32. Available from: <http://www.enfervalencia.org/ei/115/ENF-INTEG-115.pdf> http://index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=700706_1

10. ANEXOS

ANEXO I

Tabla I: Búsqueda bibliográfica realizada en diferentes bases de datos.

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	FEC HA	DOCUMENTOS ENCONTRADO	DOCUMENTOS SELECCIONADOS.
Lilacs	(Lactancia materna OR lactancia materna exclusiva).	23-01-2019	108	5

Cuiden Plus	Lactancia materna OR Lactancia materna natural OR lactancia materna exclusiva).	31-01-2019	73	5
Scielo	Lactancia materna AND abandono	01-02-2019	78	2
Astursalud	Lactancia materna	10-02-2019	1417	31
Clinical Key	Lactancia materna	11-02-	328	7

	a benefici os	201 9		
--	---------------------	----------	--	--

Fuente: Tabla elaboración propia.

ANEXO II

Pasos para ser IHAN – Hospitales

1. Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto. Este Paso se interpreta ahora como: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para

amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).

Pasos para ser IHAN – Centros de Salud

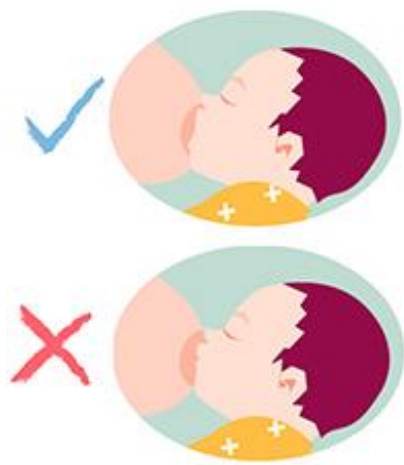
1. Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.

2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria.
5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud y UNICEF 2010. IHAN España.

Anexo III

Lactancia eficaz



Formas de sujeción del pecho

En la forma de "C", la madre coloca el pulgar por detrás de la areola y los cuatro dedos por debajo (posición recostada, posición cuna, d'ancer y rugby).



En la forma "sándwich" la madre da forma al pecho con los dedos adaptándolo a la forma de la boca del bebé, tal y como muestra la figura.

Sandwich horizontal



Sandwich vertical



15

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.

ANEXO IV

Posiciones para amamantar.

Las posturas más comúnmente utilizadas son las siguientes:

Posición en crianza biológica®

Es útil si tienes dificultades con el agarre o dolor al permanecer sentada.

Para ello:

- Colócate semirecostada entre 15°-65° y cómoda.
- Pon al bebé encima de ti con la cara entre sus pechos.
- Permite que se desplace y que cabeceando busque y agarre espontáneamente el pezón.



Posición de cuna

Es una de las posturas más utilizadas

- Apoya la cabeza del bebé en el antebrazo, no en el pliegue del codo, y la mano en la espalda en lugar de en las nalgas.
- El bebé tiene que estar en estrecho contacto con tu cuerpo, con la cabeza y su cuerpo bien alineados frente al pecho y el pezón a la altura de la nariz.
- Acerca al bebé al pecho en lugar de desplazar el pecho hacia la boca del bebé y dale tiempo a que lo agarre espontáneamente.



Posición de "dancer" (de SC Danner y E. Cerutti)

Es una postura especialmente útil cuando el bebé presenta problemas anatómicos para el agarre al pecho, hipotonía o reflujo gastroesofágico.



- Coloca al bebé sentado a caballito sobre tu muslo, con su cabeza frente al pecho.
- Con una mano sujeta al bebé por el cuello y los hombros y con la otra sujeta el pecho "en bandeja", así como la barbilla y mandíbula del bebé mientras mama. Para ello, sujeta tu pecho con la palma de la mano y con los dedos corazón, anular y meñique. Deja que la barbilla repose en el espacio entre el pulgar y el índice, sujetando la mandíbula un poco hacia delante para que el bebé agarre mejor el pecho.



Posición de cuna-cruzada

Es útil cuando se precisa un agarre dirigido por dificultades del bebé para engancharse al pecho, cuando el recién nacido es pequeño y si experimentas dolor en otras posturas.

- Sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el brazo y la mano contraria al pecho que ofreces.
- Realiza la técnica del sándwich con la mano del pecho que ofreces.
- Espera a que la boca del bebé esté bien abierta y acerca el bebé al pecho dirigiendo el pezón por encima de la lengua en dirección al pabellón de la oreja.



Posición recostada de lado

Esta postura puede favorecer tu descanso y ser útil si tienes dolor en el periné.

- Túmbate de lado.
- Coloca al bebé con su cabeza frente a tu pecho y apoyada en el colchón, no sobre tu brazo.
- Desplaza al bebé hasta que su nariz-labio superior queden a la altura del pezón y espera a que se agarre espontáneamente.
- Para mantener esta posición sujeta al bebé con la mano o coloca una toalla en su espalda.



Posición de rugby

Esta postura es especialmente útil si te han practicado una cesárea, si tienes las mamas grandes, si necesitas vaciar la zona externa de la mama o si amamantas a gemelos y quieres hacerlo simultáneamente.

- Sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el antebrazo y la mano del mismo pecho que ofreces, de forma que su cuerpo quede a tu costado y sus pies hacia tu espalda.
- Coloca su cabeza frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz-labio superior.
- Puedes estar más cómoda utilizando una almohada o cojín para que tu brazo y el cuerpo del bebé estén apoyados.



17

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

Anexo V

Técnica de presión inversa suavizante.

Técnica de la presión inversa suavizante

Método de dos manos y un solo paso



Uñas cortas, puntas de los dedos curvadas; cada uno tocando el lado del pezón.

Método de dos manos y dos pasos



Coloca dos o tres dedos rectos a cada lado, con los primeros nudillos tocando el pezón. Desplaza los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón.

Método de dos dedos pulgares y dos pasos



1- Coloca los dos pulgares rectos con la base de las uñas a la misma altura y al lado del pezón.

2- Desplaza los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón.

26

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.

Anexo VI

Dificultades por el tamaño, forma del pecho y los pezones.



Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.
2017. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E
IGUALDAD.