



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Título: Taller de lactancia materna

Autor/a: María Agreda Fortuño

Tutor/a: José Ángel Ayensa Vázquez

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | 2 |
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1.- INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2.- OBJETIVOS | 7 |
| 3.- METODOLOGÍA | 8 |
| 3.1.- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA | 8 |
| 3.2.- CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD | 9 |
| 3.3.- RECURSOS NECESARIOS | 9 |
| 3.4.- CONTENIDOS Y PROGRAMA | 10 |
| 3.5.- EVALUACIÓN | 12 |
| 4.- DESARROLLO DEL PROGRAMA | 13 |
| 5.- CONCLUSIONES | 18 |
| 6.- BIBLIOGRAFÍA | 19 |
| 7.- ANEXOS | 22 |
| Anexo I. Prevalencia lactancia a nivel mundial | 22 |
| Anexo II. Duración media de lactancia materna en 13 países | 23 |
| Anexo III. Datos sobre lactancia materna exclusiva (2001-2007) en niños menores de seis meses | 24 |
| Anexo IV. Prevalencia y duración de la lactancia materna por Comunidades, Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008 | 25 |
| Anexo V. Relación entre la morbilidad y el tipo de lactancia | 26 |
| Anexo VI. Evaluación inicial y final | 27 |
| Anexo VII. Tríptico para entregar a las asistentes | 28 |
| Anexo VIII. Cuaderno de apuntes para entregar a las asistentes | 29 |

RESUMEN

La lactancia materna es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la alimentación idónea del bebé durante los primeros seis meses de vida, aunque actualmente existe un rechazo o un abandono precoz de la misma por falta de información y promoción, por complicaciones a nivel físico o por razones de índole social que pueden ser resueltas a tiempo evitando así el abandono de la lactancia materna.

Considerando la importancia de la salud del niño, de la madre y nuestra responsabilidad en su cuidado y alimentación, se ha realizado una recopilación de información sobre la lactancia materna, su importancia y los problemas potenciales que puede conllevar, para ser transmitida en un programa de educación para la salud que tiene como objetivo principal capacitar a las participantes del mismo para que puedan realizar la lactancia materna de forma adecuada, de acuerdo con las recomendaciones actuales, lo que traerá consigo una mejor y más habitual práctica de la lactancia entre las participantes.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, recién nacido, Educación Sanitaria.

ABSTRACT

Breastfeeding is considered by the OMS to be the perfect food for babies for the first 6 months of life although people are now stopping early due to the lack of information and promotion, physical complications or for social reasons that need time to resolve. As a result people are abandoning breastfeeding.

Considering the importance of the child's and mother's health and our responsibility in regard to care and nutrition, information has been gathered on breastfeeding, potential problems handling of the theme which will be transmitted within an educational health programme. This program has the objective of enabling parents to follow the correct way to breastfeed in accordance with current recommendations. All of this resulting in an improvement in breastfeeding.

KEYWORDS: Breastfeeding, newborn, Health Education.

1.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad la leche materna es el alimento aconsejado y recomendado durante los primeros meses de vida, ya que aporta múltiples ventajas tanto para los lactantes como para las mujeres. Disminuye la mortalidad en los recién nacidos prematuros, la morbilidad infantil debida a infecciones, ofrece protección contra enfermedades de la niñez como la obesidad, disminuye la aparición de enfermedades en etapas posteriores de la vida, y parece que también está asociada a un desarrollo cognitivo mayor (1-2).

Para la madre, conlleva beneficios, como una mejor recuperación tras el parto, protección frente a determinadas enfermedades como la osteoporosis, el cáncer de mama y de ovario, o la depresión postparto. Además favorece el vínculo entre madre e hijo y supone un ahorro económico (3).

El periodo de lactancia comprende los seis primeros meses de vida durante los cuales el alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna, y en su defecto, las fórmulas para lactantes. El periodo transicional integra el segundo semestre de vida hasta cumplir un año, en el se introducen de manera progresiva alimentos distintos a la leche materna o las fórmulas (1).

A lo largo del siglo XX, en los países desarrollados, sin realizar estudios y comprobaciones previas de posibles resultados, se modificó la alimentación inicial del ser humano y miles de niños pasaron a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Los motivos que llevaron a este cambio fueron principalmente de índole social y económica. La incorporación de la mujer al trabajo y el pensamiento feminista, que considera la lactancia artificial como una liberación, los enormes intereses económicos e industriales de los fabricantes de sucedáneos y, la gran tecnificación del parto, fueron las principales causas de este cambio.

Estados Unidos fue el gran precursor de este movimiento, hasta 1990 en varios estados todavía se detenía a las mujeres que amamantaban en público, acusándolas de exhibicionismo (4, 5, 6).

Debido a los problemas que este hecho originó en la morbilidad infantil, como el aumento de las infecciones o las intolerancias alimentarias, a partir de los años setenta comienza un rescate de la alimentación natural. Una expresión de tal recuperación se produce en Finlandia y Suecia donde el 90% de las madres emplean este tipo de lactancia; situación similar muestran países en vías de desarrollo, como Bolivia y Haití, en los cuales el 92% de las madres amamantan a sus hijos hasta después del cuarto mes de vida (7).

En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006 del Instituto Nacional de Estadística, el 68,4% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva al mes de vida, el 52,4% continúan con éste tipo de alimentación a los tres meses y solo un 24,7% a los seis meses, cifras muy inferiores a las recomendadas por organizaciones internacionales como la OMS o UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) (5).

La OMS propone como meta mundial aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo de aquí a 2022 (8).

Gran parte de la doctrina científica sostiene que un mejor conocimiento de los beneficios de la lactancia materna por parte de las madres, está asociado al inicio temprano y a la prolongación de la misma. Además, las dificultades por la falta de preparación suelen aumentar cuando la madre y el recién nacido vuelven a su casa y sus familiares femeninos más cercanos no han practicado la lactancia materna y no han desarrollado habilidades que les permitan apoyar a la madre para amamantar al recién nacido (9-10).

2.- OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Capacitar a las participantes del programa para que puedan llevar a cabo correctamente la lactancia materna, de acuerdo con las recomendaciones actuales de la OMS y otros organismos, respetando sus deseos y circunstancias personales.

Objetivos específicos:

- Explicar los conocimientos necesarios respecto a la lactancia materna, (propiedades de la leche materna, postura correcta del bebé al pecho, succión correcta, etc.).
- Describir las preocupaciones más habituales de las madres en relación con la lactancia. Proporcionar una información clara y concisa para deshacer mitos y malentendidos y, establecer expectativas realistas.
- Reconocer los obstáculos a los que se enfrentan las madres durante la lactancia.
- Proporcionar información y recursos divulgativos que les ayuden a resolver de manera adecuada sencilla y segura, los problemas que se presenten al practicar la lactancia.

3.- METODOLOGÍA

3.1.- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: En la siguiente tabla se refleja la metodología utilizada para la búsqueda de información.

| Base de datos / Revistas electrónicas / Otros | Palabras clave de la búsqueda | Número de artículos encontrados | Número de artículos utilizados | Limitaciones empleadas: Tiempo Edad Idioma... |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|---|
| Scielo | "Lactancia" and "materna" and "cuidado" or "taller" | 423 | 3 | Año Idioma Relevancia |
| Pub-med | "Breastfeeding" and "skin to skin" | 233 | 1 | Palabra clave |
| CUIDEN Plus | "Lactancia materna" and "prevalencia" or "cuidado" | 253 | 2 | Año |
| | "lactancia materna" and "problemas" | 60 | 1 | Palabra clave |
| Portales médicos | "lactancia materna" And "ecológica" | 77 | 1 | Palabra clave |
| IHAN | - | 25 | 1 | Publicaciones |
| Google académico | "lactancia materna" "educación maternal" "recién nacido" "abandono" "prevalencia" "lactante" "morbilidad" "lactancia materna exclusiva" "cuidado" "enfermería" | - | 10 | Palabra clave Año |
| Save the Children International | "breastfeeding" | - | 1 | Publicaciones |

Carta descriptiva: Programación de Educación para la Salud.

Dirigido a: Un grupo de mujeres embarazadas, formado por un mínimo de tres y un máximo de veinte, pertenecientes al sector sanitario Zaragoza I, zona de Salud Actur Norte, centro de Atención Primaria, en el municipio de Zaragoza, situado en c/ José Luis Borau, s/n.

Se trata de una zona de urbanización consolidada, con un porcentaje de población extranjera muy reducido.

3.2.- CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los cursos de preparación al parto que realizan las matronas en los centros de salud son muy beneficiosos para las asistentes, e incluyen información a cerca de la importancia de la lactancia materna, y algunos aspectos prácticos. El contenido del programa está destinado fundamentalmente a plantear la realización de una sesión adicional dedicada específicamente a la lactancia. Sería deseable que pudieran asistir no solo mujeres embarazadas, sino también mujeres que hayan dado a luz en los seis meses anteriores y quieran resolver dudas prácticas o compartir su experiencia con las futuras madres.

3.3.- RECURSOS NECESARIOS

Formadores: La persona responsable de la formación será la enfermera que programa y prepara el curso, que contará con la colaboración de una matrona y de personas especializadas en pediatría y maternidad pertenecientes a alguna asociación especializada en la promoción de la lactancia materna (P.e.: LACTARIA: Asociación Aragonesa de Apoyo a la Lactancia Materna).

Materiales: La sala para la educación maternal, dispone de equipo de video y de audio. Se trabajará con presentaciones power point y vídeos demostrativos. Asimismo se entregará a las asistentes material impreso de las diapositivas preparadas por los ponentes. En la sesión práctica se utilizarán muñecos-bebe que faciliten la explicación de las posiciones correctas.

Coste económico: Será necesario cuantificar el material que se utilizará en las sesiones (fotocopias, trípticos, muñecos), y la remuneración del ponente si hubiera lugar.

3.4.- CONTENIDOS Y PROGRAMA

Contenidos teóricos:

- La leche materna. Tipos de leche.
- Riesgo de alimentación con sucedáneos.
- Técnica de lactancia.
 - Comienzo y duración de la toma.
 - El agarre.
 - Posiciones para amamantar.
 - Problemas que pueden surgir, prevención y posibles soluciones.
- Conciliación de lactancia y vida laboral.

Contenidos prácticos:

- Practicamos las diferentes posturas con la ayuda de un muñeco (ver tríptico Anexo VII).
- Casos teórico-prácticos: muestra de fotografías en las que aparecen agarre incorrecto y correcto del pezón (fotos similares a las que aparecen en el tríptico).

- Casos teórico-prácticos: versarán sobre el siguiente tema “desmontando mitos sobre lactancia” (ver cuaderno de apuntes para entregar a las asistentes pág. 6 y 7).

Programa:

Día 1: 14/09/2013

- 9:30-10:00 h
 - Presentación del equipo formador y del contenido.
 - Evaluación inicial (Anexo VI).
 - Entrega de documentación.
- 10:00-10:30 h
 - Sesión 1: La leche materna, tipos de leche.
 - Sesión 2: Riesgos de la alimentación con sucedáneos.
- 10:30h: Descanso.
- 11:00-12:30 h
 - Sesión 3: Técnica de lactancia.

Día 2: 21/09/2013

- 9:30-10:00 h
 - Resumen de lo visto el día anterior y dudas.
- 10:00-10:30 h
 - Sesión 4: Conciliación de la lactancia con la vida laboral (ver anexo VIII cuaderno de apuntes para entregar a las asistentes pág. 5).
- 10:30 h: Descanso.
- 11:00-12:30 h
 - Sesión 5: Práctica.
- 12:30-13:00 h
 - Resumen de los puntos fundamentales del programa, resolución de dudas, evaluación final.

3.5.- EVALUACIÓN

Al principio de la sesión: Evaluaremos los conocimientos teóricos y prácticos de las componentes del grupo a través de un cuestionario con preguntas genéricas y específicas sobre la materia.

Al final de la sesión: Se realizará de nuevo el cuestionario inicial para evaluar los conocimientos adquiridos por las asistentes. Haremos un balance de lo aprendido recordando los puntos clave de las sesiones.

Por último se realizará un cuestionario para conocer la opinión de las asistentes sobre este programa de educación para la lactancia.

4.- DESARROLLO DEL PROGRAMA

Evaluación previa.

Sesión 1: La leche materna. Tipos de leche.

- Calostro: 2-5 primeros días, más denso y amarillo. Muy rico en defensas, proteínas, minerales y leucocitos, siendo pobre en grasa y lactosa lo cual hace más fácil su digestión. Facilita el buen desarrollo intestinal del bebé (3).
- Leche de transición: a partir de los 7-10 días después del parto. La composición en grasa y lactosa va aumentando (3).
- La leche madura: a las dos semanas del parto. Varía su composición a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed; la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma, lo que provoca la saciedad del bebé (11).

Sesión 2: Riesgo de la alimentación con sucedáneos.

La leche humana y la lactancia materna exclusiva deben considerarse la referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y del niño pequeño; las otras formas de alimentación deben demostrar ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante y de su madre a corto, medio y largo plazo y, resultados similares en cuanto a desarrollo pondoestatural, psicomotor o psicosocial. Por ello, no debería ser necesario resaltar los beneficios del amamantamiento, sino tener siempre presente los riesgos que conlleva la alimentación con sucedáneos de leche materna (12).

| Riesgos y perjuicios de la alimentación con sucedáneos | A corto plazo | A medio y largo plazo |
|---|---|--|
| Para el lactante | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peor adaptación gastrointestinal. ▪ Aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos:gastrointestinales, respiratorios de vías bajas, de orina, otitis media aguda, sepsis y meningitis. ▪ Mayor riesgo de hospitalización por procesos infecciosos el primer año de vida. ▪ Mayor incidencia global síndrome de muerte súbita del lactante. ▪ Mayor riesgo mortalidad postneonatal. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades digestivas o de alimentación. ▪ Aumento de riesgo de maloclusión y mordida abierta. ▪ Peor desarrollo neurológico. ▪ Obesidad. ▪ Cáncer. ▪ Enfermedades autoinmunes. ▪ En familias susceptibles aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo I y II. ▪ Aumento de riesgo de artritis reumatoide juvenil y de enfermedad tiroidea autoinmune. ▪ Enfermedades alérgicas. ▪ Peor vínculo afectivo. |
| Para la madre que no amamanta | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor riesgo de hemorragia postparto. ▪ Peor involución uterina. ▪ Pérdidas menstruales que aumentan el riesgo de anemia. ▪ Peor recuperación del peso preconcepcional. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de incidencia de artritis reumatoide. ▪ El riesgo de diabetes tipo II disminuye un 15% por cada año de lactancia materna. ▪ El riesgo de cáncer de mama se incrementa 4,3 veces por cada 12 meses de no lactancia. ▪ Riesgo más elevado de cáncer epitelial y de cáncer endometrial. |

Fuente (12). **Elaboración propia**

Sesión 3: Técnica de lactancia.

Comienzo y duración de la toma.

Cuando un recién nacido a término es colocado piel con piel con su madre inmediatamente después del nacimiento, presenta un comportamiento biológico programado para acercarse al pecho y empezar a mamar sin ayuda. Durante unos quince minutos el bebé hace movimientos lamiendo para familiarizarse y, masajea el pecho de la madre, aumentando los niveles de oxitocina que favorecen la eyeción de la leche y la unión (13).

En los primeros días de vida es fundamental que el neonato permanezca durante las 24 horas con su madre en la habitación y es importante animar a la madre a ofrecer el pecho con mucha frecuencia. (14).

El agarre.

Los niños saben engancharse solos si les damos tiempo y les dejamos mostrar sus instintos. Es muy importante la observación durante la toma y el reconocimiento de los signos de un buen enganche del bebé. Algunos de estos signos son la boca muy abierta, los labios evertidos y la ausencia de dolor en el pezón (15).

Posiciones para amamantar.

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebé, pero lo importante es que esté cómoda y el agarre al pecho sea correcto, para lo cual la cabeza y el cuerpo del bebé tienen que estar alineados, “barriga con barriga” (11).

Possible problems during lactation.

Dolor en el pezón:

Durante las primeras semanas, es normal experimentar un poco de sensibilidad o dolor cuando el bebé toma el pecho. El dolor puede aparecer por una posición incorrecta del bebé, técnicas de alimentación equivocadas, o cuidado inadecuado del pezón (16).

Grietas:

Son hendiduras o pequeñas fisuras alargadas y poco profundas de la superficie de la dermis o en las membranas mucosas del pezón producidas por el traumatismo continuado de las encías del recién nacido en el pezón. Las grietas pueden aparecer cuando la postura al pecho es incorrecta, por humedad en el pezón, o por hipersensibilidad de la piel (2).

Ingurgitación mamaria:

La ingurgitación mamaria es frecuente en los primeros días postparto debido a una mayor producción de leche de la que demanda el bebé. Para prevenirla debemos asegurarnos el vaciado de la mama. Como tratamiento se debe de procurar una succión frecuente del bebé, aplicar calor en el pecho antes y durante la toma y frío entre tomas. Si es muy molesto se debe utilizar el sacaleches para obtener la cantidad justa de leche y lograr un alivio en la mujer, pero no conviene sobreestimular (16).

Mastitis:

La mastitis es la infección del seno mamario, por lo general unilateral, siendo el agente infeccioso más frecuente el *Staphylococcus aureus*. Se desconoce si este microorganismo proviene de la piel de la mujer o de la boca del niño lactante. Es una celulitis aguda que afecta a los tejidos conectivo y adiposo. La vía de entrada de la infección es usualmente

una grieta en el pezón. El cuadro clínico se traduce en dolor localizado, hipersensibilidad, eritema y fiebre (2).

Absceso mamario:

Es una infección del tejido mamario, concretamente el tejido parinquematoso (graso) de la mama ocasionando inflamación, y comprimiendo a su vez los conductos galactóforos, causando dolor e hinchazón en la mama afectada (2).

Sesión 4: Conciliación de la lactancia con la vida laboral y familiar.

Una vez superados los obstáculos iniciales la lactancia se vuelve más cómoda, pero desgraciadamente este periodo coincide con el fin del permiso de maternidad que obliga a las madres a separarse de sus hijos y regresar al trabajo.

Los principales derechos relacionados con la maternidad, la paternidad y el cuidado de familiares están recogidos en El Estatuto de los Trabajadores (Ley de Prevención de Riesgos Laborales modificados por la Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras) y los Reales Decretos-Ley sobre la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y las prestaciones económicas del sistema de la seguridad social por maternidad y riesgos durante el embarazo (17).

5.- CONCLUSIONES

La realización de este programa de educación para la salud capacita y orienta a las asistentes para que puedan llevar a cabo correctamente la lactancia materna de acuerdo a las recomendaciones actuales, no obstante se detectan una serie de propuestas de mejora en cuanto al programa: 1) el éxito de lactancia materna, en la realidad no se corresponde con las recomendaciones de la OMS, 2) la formación de las madres mejora notablemente el éxito temporal de la lactancia, y 3) la formación específica y mas profunda de las madres sobre la materia mejora las tasas de éxito, pudiendo así alcanzarse finalmente las recomendaciones de la OMS.

En este programa se explican los conocimientos necesarios respecto a la lactancia materna y se da respuesta a las preocupaciones habituales de las madres. La búsqueda bibliográfica y los recursos divulgativos utilizados, así como mi experiencia personal como enfermera en prácticas durante tres meses en la planta de tocología quirúrgica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, ponen de relieve los siguientes aspectos: 1) en general las madres tienen una información muy deficiente sobre la lactancia; 2) es llamativo como las madres con algo de información o experiencia llevan a cabo la iniciación de la lactancia con mucho mas éxito que aquellas que no tienen información; 3) con unas nociones muy básicas pero bien explicadas y una pequeña ayuda sobre las mejores posiciones y el proceso de la succión, la lactancia mejora notablemente.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Almarza AL, Marín-Lázaro JF. Alimentación del lactante sano. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica-Asociación Española de Pediatría 2010:287-95.
- (2) Carrasco espinar R, Delgado Muñoz E, Rodríguez Vázquez J, Espinaco Garrido MJ. INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EDUCACIÓN MATERNAL. PREVENCIÓN DE GRIETAS DEL PEZÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. HYGYA 2010; 1 (74):17-24.
- (3) Puerta A, López A. LACTANCIA MATERNA BASADA EN LA EVIDENCIA. GARNATA 91 2012:41.
- (4) Cano CG, de Sárraga Luque C, Loriguillo PR, Villalba GG. REVISTA CLÍNICA de MELILLA. REVISTA CLÍNICA 2011; 2:26-30.
- (5) Pose Becerra C. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la duración hasta el primer año de vida. Hospital Universitario 12 de Octubre. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2010; 2(1).
- (6) Sanmiguel F. Lactancia Materna: UNA EXPERIENCIA ECOLÓGICA, COLECTIVA Y EXITOSA. Revista electrónica de PortalesMedicos.com.2009.
- [Consultado en 20/02/2013]. Disponible en
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1504/3/Lactancia-Materna%3A-Una-experiencia-Ecologica,-Colectiva-y-Exitosa>
- (7) Caballero Ortiz V, Caballero Ortiz LI, Ruiz Gonzalez M, Caballero Ortiz A, Muchuli caballero Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. MEDISAN 2013; 17(3):455.
- (8) Materna, del lactante y del niño pequeño: proyecto de plan integral de aplicación. 2012. [consultado en 2/02/2013]. Disponible en
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_10-sp.pdf

- (9) Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista chilena de pediatría 2012; 83 (2):161-69.
- (10) Cerdá Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2011; 27(4):327-36.
- (11) Guía de lactancia materna. Consejería de Salud y Consumo. Baleares, 2009. [Consultado en 14/01/2013]. Disponible en http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/guia_baleares_esp.pdf
- (12) Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Santander.
- (13) Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen AT, Welles-Nyström BL, Widström AE, Río I, et al. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. International Breastfeeding Journal 2008; 3:22.
- (14) Tomico del Río M. Taller de Lactancia materna (Tetaller). Pediatría Atención Primaria 2012; 14:87-93.
- (15) Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. 2011.
- (16) Ramírez Ontiveros MP, Cabrera Cabeza, O, Minchón Cano, M. Superación de problemas en lactancia materna y relactancia. Biblioteca Las casas, 2013; 9(2).
- (17) La liga de la leche. España. [Consultado en 20/03/2013]. Disponible en http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.htm.

- (18) Save the Children International. Nutrition in the First 1,000 Days State of the World's Mothers 2012. [Consultado en 14/01/2013]. Disponible en <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATEOFTHEWORLDSTMOTHERSREPORT2012.PDF>
- (19) Aguayo Maldonado J, Cañedo Arguelles C, Arena Ansótegui J, Canduela Martínez V, Flores Antón B, Gómez Papí Adolfo, et al. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. MINISTERIO DE SANIDAD, POLITICA SOCIAL E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES. Madrid, 2011.
- (20) Influencia del tipo de lactancia en la morbilidad de niños menores de seis meses. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual; 2012. [Consultado en 5/01/2013]. Disponible en <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/90>
- (21) Ramírez Ontiveros, P, Cabrera Cabeza O, Minchón Cano M, Domínguez Carranza E. DESMONTANDO MITOS DE LA LACTANCIA. Biblioteca Lascasas. 2012; 8(3).

7.- ANEXOS

Anexo I. Prevalencia lactancia a nivel mundial.

| | % OF CHILDREN (2000-2011) WHO ARE: | | | | EARLY FEEDING SUMMARY | | Progress towards MDG 4 (2010) | State of policy support for the Code* |
|--|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|
| | put to the breast within 1 hour of birth | exclusively breastfed (first 6 months) | breastfed with complementary food (6-9 months) | breastfed at age 2 (20-23 months) | Score | Rating | | |
| Malawi | 95 | 71 | 87 | 77 | 9.3 | Very good | On track | Good |
| Madagascar | 72 | 51 | 89 | 61 | 9.0 | Very good | On track | Very good |
| Peru | 51 | 68 | 84 | 61 ¹ | 9.0 | Very good | On track | Very good |
| Solomon Islands | 75 | 74 | 81 | 67 | 9.0 | Very good | On track | Poor |
| Bolivia, Plurinational State of | 64 | 60 | 81 | 40 | 8.3 | Good | On track | Good |
| Burundi | 74 | 69 | 74 | 79 | 8.3 | Good | Insufficient | Poor |
| Cambodia | 66 | 74 | 85 | 43 | 8.3 | Good | On track | Good |
| Myanmar | 76 | 24 | 81 | 65 | 8.3 | Good | Insufficient | Fair |
| Rwanda | 71 | 85 | 69 | 84 | 8.3 | Good | Insufficient | Poor |
| Zambia | 57 | 61 | 92 | 42 | 8.3 | Good | Insufficient | Good |
| Popuz New Guinea | — | 56 | 76 | 72 | 8.0 | Good | Insufficient | Good |
| Bangladesh | 43 | 64 | 69 | 90 | 7.8 | Good | On track | Good |
| Nepal | 45 | 70 | 70 | 93 | 7.8 | Good | On track | Very good |
| Egypt | 56 | 53 | 66 | 35 | 7.5 | Good | On track | Good |
| Eritrea | 78 | 52 | 43 | 62 | 7.5 | Good | On track | Poor |
| Ethiopia | 52 | 52 | 51 | 82 | 7.5 | Good | Insufficient | Good |
| Ghana | 52 | 63 | 75 | 44 | 7.5 | Good | Insufficient | Very good |
| Guatemala | 56 | 50 | 71 | 46 | 7.5 | Good | On track | Very good |
| Kenya | 58 | 32 | 83 | 54 | 7.5 | Good | No progress | Fair |
| Mozambique | 63 | 41 | 81 | 52 | 7.5 | Good | Insufficient | Very good |
| Tanzania, United Republic of | 49 | 50 | 93 | 51 | 7.5 | Good | Insufficient | Very good |
| Togo | 53 | 63 | 44 ² | 64 | 7.5 | Good | Insufficient | Poor |
| Uganda | 42 | 60 | 80 | 54 | 7.5 | Good | Insufficient | Very good |
| Benin | 32 | 43 | 76 | 92 | 7.0 | Fair | Insufficient | Very good |
| Guinea-Bissau | 55 | 38 | 41 ¹ | 65 | 6.8 | Fair | Insufficient | Good |
| Haiti | 44 | 41 | 87 | 35 | 6.8 | Fair | No progress | Poor |
| Lesotho | 53 | 54 | 58 | 35 | 6.8 | Fair | No progress | Poor |
| Mauritania | 81 | 46 | 61 | 47 | 6.8 | Fair | No progress | Poor |
| Zimbabwe | 65 | 31 | 83 | 20 | 6.8 | Fair | No progress | Very good |
| Angola | 55 | 11 | 77 | 37 | 6.0 | Fair | Insufficient | Poor |
| Gambia | 53 | 36 | 34 ⁴ | 31 | 6.0 | Fair | Insufficient | Very good |
| Guinea | 35 | 48 | 32 | 71 | 6.0 | Fair | Insufficient | Good |
| India | 41 | 46 | 57 | 77 | 6.0 | Fair | Insufficient | Very good |
| Indonesia | 44 | 32 | 75 | 50 | 6.0 | Fair | On track | Good |
| Lao People's Democratic Republic | 30 | 26 | 70 | 48 | 6.0 | Fair | On track | Good |
| Morocco | 52 | 15 | 66 | 15 | 6.0 | Fair | On track | Fair |
| Nigeria | 38 | 13 | 75 | 32 | 6.0 | Fair | Insufficient | Good |
| Philippines | 54 | 34 | 58 | 34 | 6.0 | Fair | On track | Very good |
| Sao Tome and Principe | 45 | 51 | 73 | 20 | 6.0 | Fair | No progress | Poor |
| Sierra Leone | 51 | 11 | 73 | 50 | 6.0 | Fair | Insufficient | Poor |
| Swaziland | 55 | 44 | 67 ² | 11 | 6.0 | Fair | Insufficient | Fair |
| Tajikistan | 57 ³ | 25 | 15 | 34 | 6.0 | Fair | Insufficient | Good |
| Uzbekistan | 67 | 26 | 45 | 38 | 6.0 | Fair | Insufficient | Poor |
| Yemen | 30 | 12 | 76 | [42] | 6.0 | Fair | Insufficient | Very good |
| Afghanistan | 37 ³ | 43 ³ | 29 | 54 | 5.3 | Fair | Insufficient | Very good |
| Brazil | 43 | 40 | 70 | 25 | 5.3 | Fair | On track | Very good |
| Burkina Faso | 20 | 25 | 52 | 80 | 5.3 | Fair | No progress | Good |
| Central African Republic | 39 | 23 | 55 | 47 | 5.3 | Fair | No progress | Poor |
| Congo | 39 | 19 | 78 | 21 | 5.3 | Fair | Insufficient | Poor |
| Congo, Democratic Republic of the | 43 | 37 | 52 ⁴ | 53 | 5.3 | Fair | No progress | Good |
| Gabon | 71 | 6 | 62 | 9 | 5.3 | Fair | Insufficient | Very good |
| Iraq | 31 | 25 | 51 | 36 | 5.3 | Fair | On track | Poor |
| Korea, Democratic People's Republic of | 18 | 65 | 31 | 37 | 5.3 | Fair | On track | Poor |
| Kyrgyzstan | 65 | 32 | 49 | 26 | 5.3 | Fair | On track | Good |
| Liberia | 44 | 34 | 51 | 41 | 5.3 | Fair | On track | Fair |
| Mali | 43 | 34 | 30 | 56 | 5.3 | Fair | Insufficient | Good |
| Senegal | 23 | 39 | 71 | 51 | 5.3 | Fair | Insufficient | Good |
| South Africa | 61 | 8 | 49 | 31 | 5.3 | Fair | No progress | Fair |
| Turkmenistan | 60 | 11 | 54 | 37 | 5.3 | Fair | Insufficient | Good |
| Sudan and South Sudan ⁵ | — | 41 | 51 ⁴ | 40 | 5.0 | Fair | Insufficient | Poor |
| Azerbaijan | 32 | 12 | 44 | 16 | 4.5 | Poor | Insufficient | Good |
| Cameroon | 20 | 20 | 76 | 24 | 4.5 | Poor | No progress | Very good |
| Chad | 34 | 3 | 36 ⁴ | 59 | 4.5 | Poor | No progress | Poor |
| China | 41 | 28 | 43 | 15 | 4.5 | Poor | On track | Good |
| Comoros | 25 | 21 | 34 | 45 | 4.5 | Poor | Insufficient | Poor |
| Djibouti | 67 | 1 | 23 | 18 | 4.5 | Poor | Insufficient | Good |
| Pakistan | 29 | 37 | 36 | 55 | 4.5 | Poor | Insufficient | Very good |
| Vietnam | 40 | 17 | 50 ⁴ | 19 | 4.5 | Poor | On track | Good |
| Equatorial Guinea | — | 24 | 48 | 10 | 4.0 | Poor | Insufficient | Poor |
| Botswana | 20 | 20 | 46 | 6 | 3.8 | Poor | Insufficient | Very good |
| Côte d'Ivoire | 25 | 4 | 54 | 37 | 3.8 | Poor | Insufficient | Poor |
| Somalia | 23 | 5 | 15 | 27 | 3.0 | Poor | No progress | Poor |

Indicator ratings

- Very good
- Good
- Fair
- Poor

Overall performance scores*

- ≥ 9 Very good
- 7-8 Good
- 5-6 Fair
- 3-4 Poor

* Aside from top performers, countries with three of the same

ratings received the same overall performance score.

— Data not available

^x Data differ from the standard definition

^y Data refer to only part of a country

[z] Data are pre-2000

† Data are for the Sudan prior to the cession of the Republic of South Sudan in July 2011.

¹ "On track" means that the under-5 mortality rate (USMR) in 2010 is less than 40 deaths per 1,000 live births (e.g. DPR Korea, Iraq, Kyrgyzstan,

Philippines, Solomon Islands) or that the 40% annual rate of reduction (AARR) of 4% or higher for 1990-2010;

²"Insufficient progress" indicates a USMR > 40 with an AARR of 1% or less. ³ "Early progress" indicates a USMR < 40 with an AARR < 1%.

Progress assessment by the Children, Sources: Methodology, UNICEF, State of the World's Children 2012, Table 10.

⁴ Data are for the Republic of South Sudan.

⁵ Data are for the Sudan prior to the cession of the Republic of South Sudan in July 2011.

the International Code of Marketing of Infants and Young Children. Subsequent category definitions, please see Results and Methodology Notes. Sources:

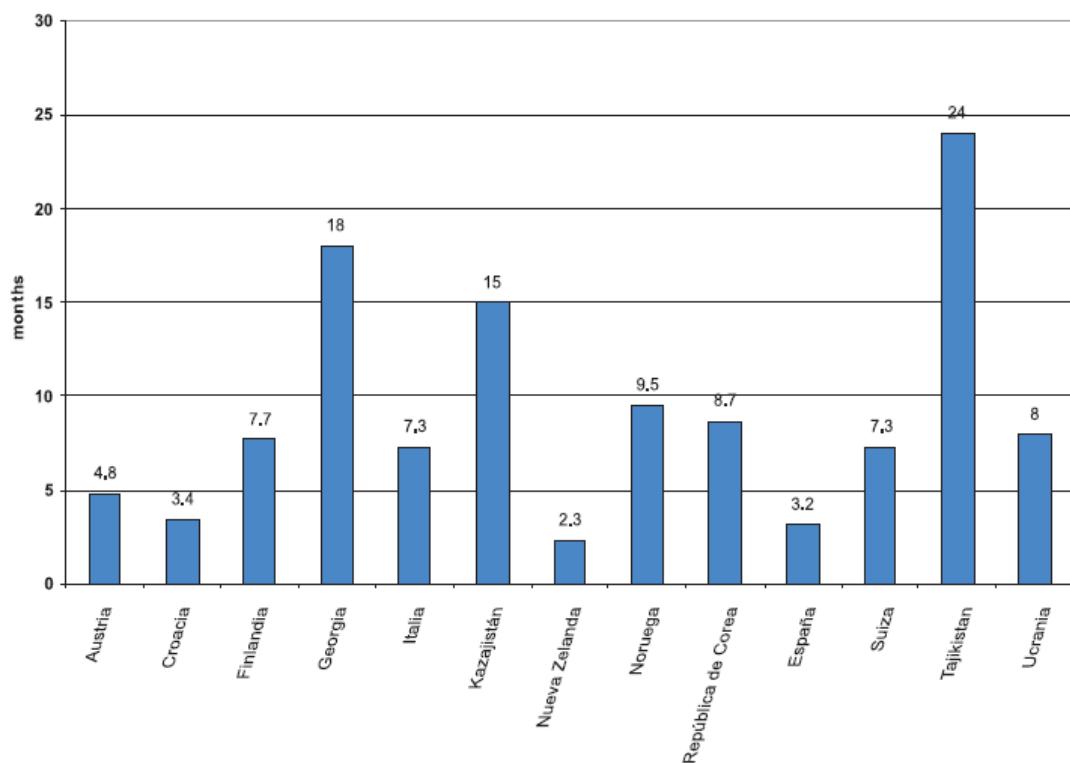
IBFAN, SOC 2011, UNICEF, National Implementation of the International Code, April 2011.

Note: Findings are reported for 73 Countdown countries with latest available data from Jan 2010–Dec 2012, for at least 3 out of these 4 early feeding indicators.

Coverage ratings are based on performance thresholds established by the WHO. For rating

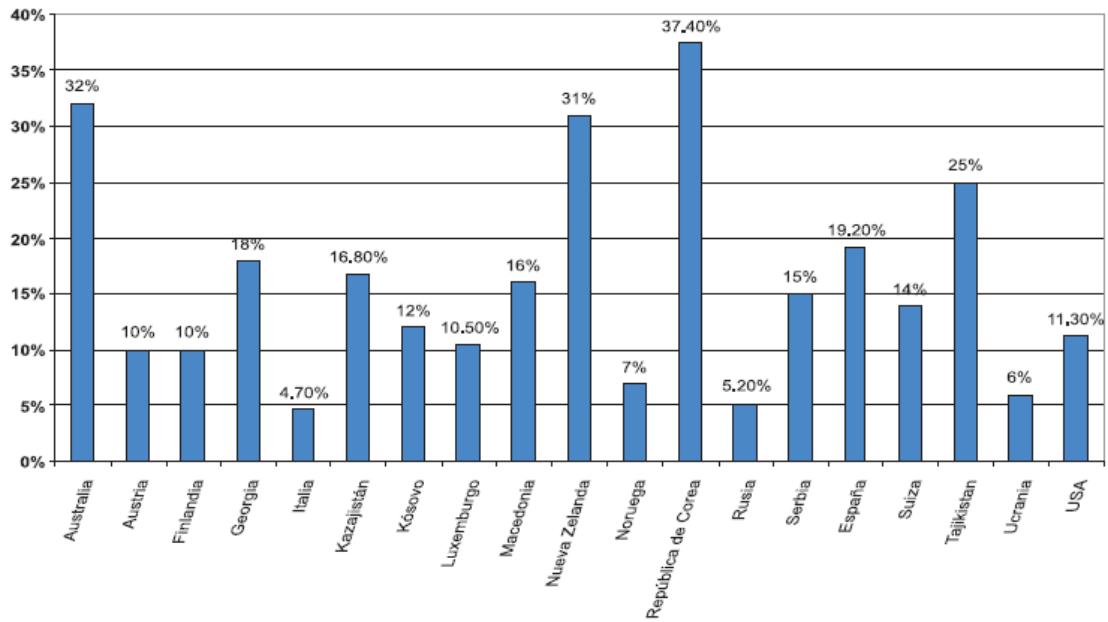
Fuente:(18)

Anexo II. Duración media de lactancia materna en 13 países.



Fuente:(19)

Anexo III. Datos sobre lactancia materna exclusiva (2001-2007) en niños menores de seis meses.



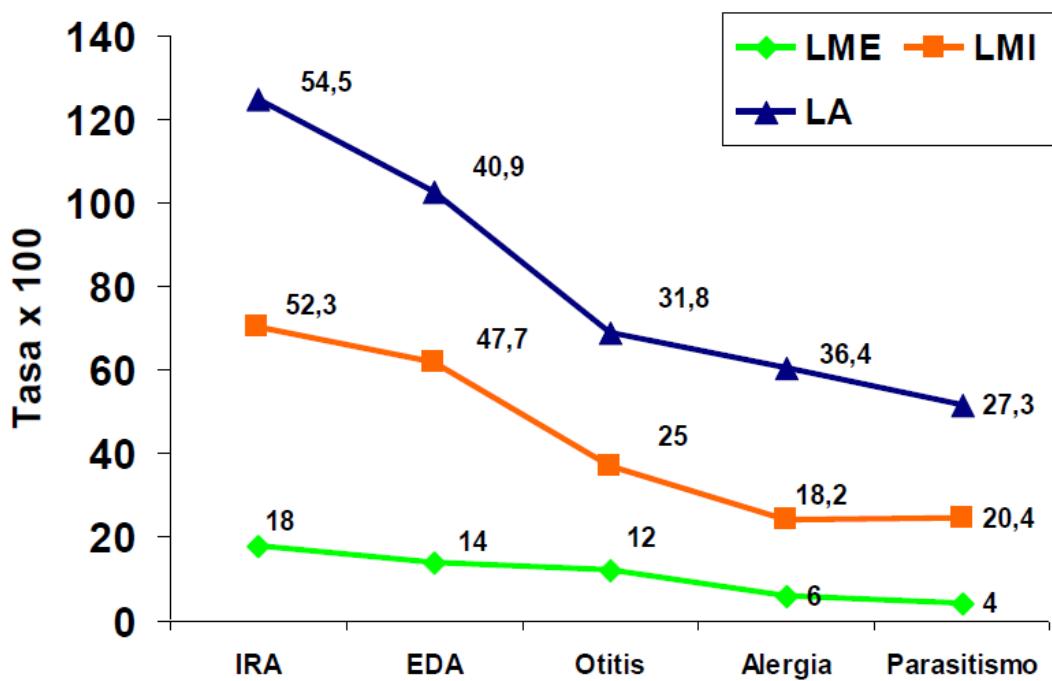
Fuente:(19)

Anexo IV. Prevalencia y duración de la lactancia materna por Comunidades, Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008.

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

Fuente:(19)

Anexo V. Relación entre la morbilidad y el tipo de lactancia.



Fuente:(20)

Anexo VI. Evaluación inicial y final.

Anexo VI. Evaluación inicial y final

Nombre y apellidos:

Edad:

Experiencia en lactancia materna: Si / No

1. ¿Conoce usted algunas ventajas de la lactancia materna?. Mencione algunas de ellas.
Para la madre:

Para el bebé:

2. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente la leche materna como único alimento?
a) 1 mes b) 3 meses c) 4 meses d) 6 meses

3. ¿Qué debe recibir un recién nacido normal además de leche materna?
a) Nada b) Agua c) Glucosa d) Fórmula

4. Señale si las siguientes frases son verdaderas (V) o falsas (F).

- Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida. V / F
- Los chupetes interfieren y dificultan la lactancia. V / F
- El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre. V / F
- Existen mujeres que tienen leche y otras que no tienen. V / F

5. ¿Cómo debe colocar la mano para darle el pecho al niño?
a) En forma de C b) En forma de tijera c) Desconozco d) Es indiferente puesto que no tiene importancia para el buen agarre del bebé

6. ¿La leche materna y la leche artificial tienen las mismas propiedades para el bebé? Si / No

7. ¿Conoce algún derecho al que pueda acogerse una mujer trabajadora que desea dar el pecho a su bebé? Si / No

¿Hay algún tema relacionado con la lactancia materna que le gustaría tratar durante las sesiones?

Anexo VII. Tríptico para entregar a las asistentes.

¿QUÉ ES LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

El bebé sólo toma la leche de su madre, sin ingerir absolutamente ningún otro alimento o sustancia, excepto medicamentos, vitaminas y minerales.

EMPEZAR LA LACTANCIA CON BUEN PIE

Amamanta pronto, cuanto antes mejor. La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora tras el parto, aquí el instinto de succión es muy intenso. Por ello es importante, si no hay contraindicación médica, que la madre y el bebé realicen piel con piel y estén en continuo contacto.



EVITAR LAS INTERFERENCIAS

Los bebés sanos no necesitan biberones de agua, zumos, leche artificial ni infusiones; tampoco necesitan chupetes ni pezóneras.

¿UN PECHO O LOS DOS, CADA VEZ?

Dejar al bebé mamar de un pecho hasta que él lo suelte, después ofrécele el otro, unas veces lo querrá y otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías y se sentirá satisfecho.

FRECUENCIA DE LAS TOMAS

Puedes ponértelo al pecho cada vez que parezca tener interés por mamar, o sea, a demanda.

¿CÓMO SABER SI EL BEBÉ ESTÁ BIEN ALIMENTADO?

- Orina al menos 6 veces al día. Realiza deposiciones frecuentes.
- Mama 8-12 veces al día. El estómago del RN es de pequeño tamaño, por tanto el bebé los primeros días come poca cantidad y muy frecuentemente.
- Hay una ganancia de peso adecuada (a primera semana pierden un 10%).
- El pecho tras la toma lo notamos más vacío.

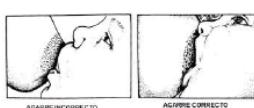
EL AGARRE

Poner el pezón a la altura de la nariz para estimular al bebé a abrir la boca (reflejo succión). La boca del bebé debe estar muy abierta con los labios evertidos (como una ventosa), el labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola (inferior).

Su barbillita pegada al pecho y la nariz rozándose ligeramente; esta posición le permite respirar sin dificultad.

Observarás como llena la boca y traga con movimientos ritmicos, más rápidos y energicos al principio de la toma.

Para retirar a tu bebé del pecho debes romper el sello de succión colocando tu dedo menique en la esquina de su boca.



POSTURAS

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebé, pero lo importante es que estés cómoda y el agarre al pecho sea correcto.



Taller de lactancia materna

Maria Agreda Fortuño

POSTURAS

Ir cambiando las posturas favorece la estimulación del pecho y previene la posible obstrucción de algún conducto.

Una posición y una succión correctas ayudan a prevenir la formación de grietas y la congestión de los pechos.



PROBLEMAS? NO, GRACIAS

Dar el pecho no tendría que provocar dolor ni molestias a ninguna madre.

Si tienes problemas recuerda que todos tienen solución y que existen profesionales de la salud y grupos de apoyo que te ayudarán a resolverlos. No dudes en dirigirte a ellos si:

- Tienes los pechos congestionados.
- Sientes dolor al amamantar.
- Te han salido grietas.
- El pezón está rojizo y escuece.
- Notas en el pecho una zona inflamada con un punto o bullo doloroso al tacto.
- De repente tienes fiebre y sensación de malestar general.
- Tu hijo está muy dormido, aumenta poco de peso y moja poco los pañales.
- Tienes dudas o angustias de cualquier tipo.

Suspender la lactancia es innecesario para resolver la mayoría de los problemas y, en algunos casos, los puede agravar.



28

Anexo VIII. Cuaderno de apuntes para entregar a las asistentes.

CUADERNO DE APUNTES PARA ENTREGAR A LAS ASISTENTES



• _____

María Agreda Fortuño

• _____

CONTENIDOS

- La leche materna. Tipos de leche.
- Riesgo de alimentación con sucedáneos.
- Técnica de lactancia.
 - El agarre y posiciones.
 - Problemas que pueden surgir, prevención y posibles soluciones.
- Causas del abandono de la lactancia. Conciliación de lactancia y vida laboral.
- Aspectos legales.
- “desmontando mitos sobre lactancia”.
- Diez pasos para una lactancia materna colectiva y exitosa. Declaración conjunta de la OMS y UNICEF (1989).
- Recursos de Internet.

CRONOGRAMA

Día 1: 14/09/2013

9:30h-10:00
Presentación del equipo, evaluación previa y entrega de documentación.
10:00-10: 30
Sesión 1: Leche materna, tipos de leche.
Sesión 2: Riesgos de alimentación con sucedáneos.
10:30: Descanso
11:00-12:30
Sesión 3: Técnica de lactancia.

Día 2: 21/09/2013

9:30h-10:00
Resumen de lo anterior y dudas.
10:00-10: 30
Sesión 4: Conciliación de la lactancia con la vida laboral.
10:30: Descanso
11:00-12:30
Sesión 5: Práctica.
12:30- 13:00
Resumen, resolución de dudas, evaluación final.

SESIÓN 1: LECHE MATERNA, TIPOS DE LECHE

Durante el embarazo, algunas madres ven que sale de sus pechos un líquido amarillento. Esto es completamente normal: es el calostro, la primera leche que el cuerpo prepara para el bebé. El calostro es el alimento perfecto para los recién nacidos. Es extrínsecamente digerible y tiene un alto contenido en proteínas, vitaminas y minerales. Además contiene una altísima concentración de anticuerpos que lo protegen de enfermedades, ya que se encargan de destruir los gérmenes potencialmente nocivos.

Ningún otro líquido (ni agua, ni leche de fórmula, ni suero glucosado) puede ser tan beneficioso para los niños durante los primeros días, muy especialmente para los prematuros, que necesitan un escudo extra que refuerce sus defensas. El calostro tiene, además, un efecto laxante que ayuda al bebé a expulsar el meconio (primera excreción).

También favorece la maduración de su piel y de las mucosas con el fin de obstruir el paso a sustancias nocivas.

A medida que pasan los días, el calostro se va transformando en lo que se denomina leche de transición, donde la concentración de anticuerpos disminuye. Aún así, tu hijo continúa recibiendo defensas que se mantendrán mientras tome pecho, incluso cuando la lactancia dura algunos años, y lo harán más resistente inmunológicamente. Alrededor de la tercera semana después del parto, la leche de transición se convierte en leche madura, un alimento completo y equilibrado que suministra al niño todos los nutrientes necesarios, y en las proporciones exactas. Además es muy digestiva y no causa estreñimiento.

SESIÓN 2: RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS

| Riesgos y perjuicios de la alimentación con sucedáneos | A corto plazo | A medio y largo plazo |
|--|---|---|
| Para el lactante | <ul style="list-style-type: none">▪ Peor adaptación gastrointestinal▪ Aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos▪ Mayor riesgo de hospitalización por procesos infecciosos el primer año de vida▪ Mayor incidencia global síndrome de muerte súbita del lactante▪ Mayor riesgo mortalidad postneonatal | <ul style="list-style-type: none">▪ Dificultades digestivas o de alimentación.▪ Aumento de riesgo de maloclusión y mordida abierta.▪ Peor desarrollo neurológico.▪ Obesidad.▪ Cáncer.▪ Enfermedades autoinmunes.▪ En familias susceptibles aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo I y II.▪ Aumento de riesgo de artritis reumatoide juvenil y de enfermedad tiroidea autoinmune.▪ Enfermedades alérgicas.▪ Peor vínculo afectivo. |
| Para la madre que no amamanta | <ul style="list-style-type: none">▪ Mayor riesgo de hemorragia postparto.▪ Peor involución uterina.▪ Pérdidas menstruales que aumentan el riesgo de anemia.▪ Peor recuperación del peso. | <ul style="list-style-type: none">▪ Aumento de incidencia de artritis Reumatoide.▪ El riesgo de diabetes tipo II disminuye un 15% por cada año de lactancia materna.▪ El riesgo de cáncer de mama se incrementa 4,3 veces por cada 12 meses de no lactancia.▪ Riesgo más elevado de cáncer epitelial y de cáncer endometrial. |

SESIÓN 3: TÉCNICA DE LACTANCIA

Hoja de Observación de una toma OMS/UNICEF 2006

OBSERVACIÓN DE LA TOMA. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento.

| Signos de amamantamiento adecuado | Signos de posible dificultad |
|---|---|
| Postura de la madre y del hijo | |
| Madre relajada y cómoda | Hombros tensos, inclinados sobre el niño |
| Niño sostenido en estrecho contacto con la madre | Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre |
| Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho | La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar |
| Barbillas del niño tocando el pecho | La barbillas del niño no toca el pecho |
| Cuerpo del niño completamente sostenido | Sostenido solamente por cabeza y cuello |
| Niño acercado al pecho nariz - pezón | Niño acercado bajo, labio/barbillas - pezón |
| Contacto visual entre la madre y el niño | No hay contacto visual madre - hijo |
| Lactante | |
| Boca del niño bien abierta | Boca no bien abierta |
| Labios superior e inferior evertidos | Labios apretados o invertidos |
| Lengua alrededor del pezón y la areola(*) | No se observa la lengua(*) |
| Mejillas llenas y redondas mientras mama | Mejillas hundidas mientras mama |
| Más areola por encima del labio superior | Más areola por debajo del labio inferior |
| Mamadas lentas y profundas, con pausas | Mamadas superficiales y rápidas |
| Puede verse u oírse tragar | Ruidos de chupeteo o chasquidos |
| Signos de transferencia eficaz de leche | |
| Humedad alrededor de la boca del niño | Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho |
| El niño relaja progresivamente brazos y piernas | La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón |
| A medida que el niño mama el pecho se va ablandando | El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido |
| Sale leche del otro pecho | La madre no refiere signos del reflejo de eyeción(**) |
| La madre nota signos del reflejo de eyeción(**) | La madre ha de quitar al niño del pecho |
| El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba | |

Problemas que pueden surgir, prevención, posibles soluciones

Dolor en el pezón

El pezón es muy sensible al dolor, precisamente para avisarnos de que hay un problema. Si duele durante la toma, sáquele el pecho de la boca y vuelva a empezar.

Grietas

Son pequeños cortes en el centro del pezón, que normalmente se deben a una mala posición del bebé al succionar, o porque no abarca la totalidad de la areola dentro de su boca, o porque la posición de su cuerpo no ha sido la correcta en alguna toma.

En caso de que aparezcan grietas en el pezón se debe buscar su causa y corregirla. Puede aplicarse una crema de lanolina para aliviar el dolor y acelerar el proceso de curación.

Existen analgésicos compatibles con la lactancia en caso de dolor. Se debe evitar la humedad en la zona, así que lo ideal es que si se usan discos, se cambien con frecuencia.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Adoptar una buena postura al amamantar
- Comprobar que el labio inferior esté hacia fuera
- Amamantar con frecuencia para evitar una succión exagerada
- Mantener los pezones limpios y secos (aire natural)
- No es aconsejable el lavado del pezón después de cada toma
- Restregar el pezón con leche materna después de la toma
- Cambios frecuentes en caso de usar discos absorbentes
- No es recomendable el uso de sustancias astringentes
- Ofrecer primero el pezón no afectado o el menos lesionado
- Si fuera necesario vaciar el afectado manualmente
- En casos extremos suspender temporalmente la succión

Ingurgitación mamaria

Es frecuente en ciertas mujeres en los primeros días posparto debido a una mayor producción de leche de la que demanda el bebé. Las mamas se hinchan, se ponen duras y los pezones se aplanan. Se previene poniendo el bebé al pecho con mucha frecuencia desde el principio, para que lo vacíe bien. Si sientes molestias, conseguirás alivio si antes de la toma te aplicas calor húmedo (paños con agua caliente, ducha de agua caliente), masajes manuales, descarga o vaciamiento manual para ablandar el pecho antes de la succión y disminuir la tensión mamaria. Te ayudará a calmar el dolor la aplicación después de la toma de frío seco durante media hora (una bolsa de guisantes congelados envuelta en un paño o una hoja de col lavada y enfriada en la nevera y colocada dentro del sujetador). Si a pesar de todo persiste el dolor, puedes tomar un analgésico (ibuprofeno o paracetamol).

Mastitis

La mastitis es la infección del seno mamario, por lo general se da en uno de los dos pechos. La vía de entrada del agente infeccioso es usualmente una grieta en el pezón. Algunos de los síntomas son dolor, hipersensibilidad, enrojecimiento y fiebre. Cabe destacar que la leche no se suele infectar, por lo que se puede continuar con la lactancia materna.

Absceso mamario

Es una infección del tejido mamario, concretamente en el tejido graso de la mama que ocasiona inflamación, y comprime a su vez los conductos galactóforos, causando dolor e hinchazón en la mama afectada.

Algunos de los síntomas más comunes son:

- Dolor de mamas.
- Tumor mamario.
- Agrandamiento de la mama.
- Hinchazón.
- Sensibilidad, enrojecimiento y calor.
- Secreción del pezón.
- Picor.
- Fiebre.

SESIÓN 4: CONCILIACIÓN DE LA LACTANCIA CON LA VIDA LABORAL Y SOCIAL

Los derechos mínimos a los que se puede acoger cualquier madre trabajadora se resumen en:

- La madre tiene derecho de ausencia de una hora durante la jornada laboral (2 horas para gemelos) o de media hora al inicio o término de la misma, durante 9 meses (12 meses para los funcionarios.) En caso de parto prematuro, los 9 meses se cuentan a partir de las 40 semanas de gestación (intrauterina + extrauterina).
- Si se solicita la reducción de jornada, se tiene derecho a la hora de lactancia íntegra, no en proporción a la jornada trabajada y si se trabaja por turnos -guardias de 24 horas, por ejemplo se tiene derecho a una hora por cada periodo de ocho horas, es decir, a tres horas por guardia.
- La concreción del horario dentro de la jornada le corresponde a la trabajadora.
- Tiene derecho a acumular estas horas a fin de prolongar el permiso de maternidad en vez de disfrutarlas cada día.
- Se mantiene la retribución normal, la conservación del empleo y la categoría asociada durante el permiso.
- La trabajadora expuesta en el trabajo a riesgos para la lactancia (contacto con productos tóxicos, condiciones difíciles estrés, horarios) tiene el derecho a solicitar un cambio en las condiciones de trabajo, a un cambio de puesto de trabajo o a una suspensión de contrato por riesgo. Este permiso es remunerado en las mismas condiciones de la baja por maternidad, dura 9 meses y requiere un informe de un médico del SNS y la certificación del INSS.
- Estas condiciones pueden mejorar a través de las leyes propias de cada autonomía, los convenios colectivos o un acuerdo particular con el empresario que la trabajadora puede plantear a conveniencia de ambos.
- Se considera nulo todo despido durante el embarazo, el permiso de maternidad o de lactancia salvo que un órgano judicial declare la procedencia del despido por motivos no relacionados con estas causas.

SESIÓN 5. DESMONTANDO MITOS SOBRE LACTANCIA

"Hay madres que no producen suficiente leche"

REALIDAD: Es prácticamente imposible que una madre no tenga la capacidad de producir leche. El bebé, al igual que cualquier cría mamífera controla la cantidad de leche que debe producir su madre, en nuestra especie hay que respetar la demanda del bebé.

"Mi madre no tuvo leche, yo tampoco tendré". "La baja producción láctea se hereda"

REALIDAD: La producción de leche no tiene nada que ver con la suerte o la herencia, sino con la frecuencia con la que se coloca a mamar al niño, prendido eficientemente. La mayoría de las mujeres producen cantidad de leche más que suficiente. La mayoría de bebés que ganan peso muy despacio o pierden peso lo hacen no porque la mamá no tenga leche suficiente sino porque el bebé no obtiene correctamente la leche de la madre.

"Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos"

REALIDAD: El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna.

"Nunca tuve leche, por más que me ponía al bebe, no me salía"

REALIDAD: Hasta ahora no existe mujer que no esté naturalmente dotada para dar de lactar. La hipogalactia (falta de leche) es una patología que solo se da en el 0,5% de los casos.

"Para producir leche hay que consumir leche"

REALIDAD: Una dieta rica saludable de verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse y producir leche. Es conveniente no aumentar el consumo de lácteos que habitualmente consume la madre, porque esto está relacionado con posibles alergias en el bebé (por proteínas de la leche de vaca que pasan a la leche materna).

"Hay mujeres que tienen la leche aguada y no es buena para el bebé, porque no lo llena"

REALIDAD: Al comienzo de la toma la leche es aguada para saciar la sed del bebé, en el medio es como leche entera y al final es un rico postre cremoso, por eso es importante el vaciado completo del pecho.

"Algunos niños son alérgicos a la leche materna"

REALIDAD: Si el bebé muestra signos de sensibilidad relacionadas con la alimentación, en general se debe a alguna proteína ajena que ha logrado llegar a la leche materna.

"Si llora es por hambre, y porque la leche de la madre no le alcanza"

REALIDAD: La lactancia materna frecuentemente los calma, no solo porque le brinda alimento, sino porque además le da al niño el contacto amoroso de su madre, con su olor, su calor, sus latidos, su voz y su mirada.

"Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad"

REALIDAD: Los estudios demuestran que aun las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para cumplir las necesidades de crecimiento del niño.

"Un bebé amamantado necesita vitamina D extra"

REALIDAD: El bebé nace con su hígado lleno de vitamina D y las actividades al aire libre permiten al niño obtener la vitamina D directamente de los rayos del sol aún en invierno.

"La leche materna no contiene suficiente hierro para las necesidades del bebé"

REALIDAD: Si el bebé nació a término tendrá suficiente hierro hasta por lo menos los seis primeros meses de edad.

SESIÓN 5. DESMONTANDO MITOS SOBRE LACTANCIA

"Las formulas modernas son casi lo mismo que la leche materna"

REALIDAD:

- Las fórmulas no contienen anticuerpos. No contienen células vivas, no contiene enzimas ni hormonas.
- Las fórmulas contienen mucho más aluminio, manganeso, cadmio, plomo y hierro que la leche materna, contienen muchas más proteínas que la leche materna; sus proteínas y sus grasas son diferentes de las de la leche materna ya que derivan de la leche de vaca.
- La leche de fórmula no varía del principio de la toma al final de la toma o desde el primer día hasta el séptimo o el 30, no varía de mujer a mujer o de bebé a bebé.
- La leche de formula siempre tiene el mismo sabor y la leche materna va variando el sabor según la alimentación de la madre, así el bebé se va entrenando en los distintos sabores.

"La leche materna alimenta menos que la adaptada"

REALIDAD: La leche materna se digiere con mayor facilidad y por eso el bebé pide con mayor frecuencia. Por ello la leche materna no alimenta menos sino que se digiere con mayor rapidez.

"La lactancia prolongada más allá de los 12 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna empieza a deteriorarse a partir de los seis meses"

REALIDAD: La leche materna es su principal fuente de nutrición durante los primeros 12 meses, es decir, aunque a partir de los 6 meses se le empieza a ofrecer al bebé la alimentación complementaria (las papillas) éstas no deben sustituir las tomas de pecho, sino complementarlas y ofreciendo primero el pecho a demanda y después las papillas y no al revés. A partir del segundo año, la leche materna se convierte en complemento de los alimentos.

"Si eres fumadora no puedes dar el pecho" "tu leche es de mala calidad"

REALIDAD: Es mejor una lactancia materna de madre fumadora, que una lactancia artificial de madre fumadora, ya que los hijos de padres fumadores son más propensos a sufrir enfermedades respiratorias y la leche materna protege en gran parte al bebé de estas enfermedades.

Lo realmente peligroso no es la cantidad de nicotina que pueda pasar a la leche, sino la exposición del bebé al humo del tabaco, por lo tanto, si la madre fuma, el peligro potencial para el bebé no es la leche contaminada de nicotina.

"La lactancia debe estar organizada, se debe amamantar cada 2-3 horas, quince minutos de cada lado, organizando la conducta del bebé y dejando ese tiempo para que se llenen los pechos"

REALIDAD: La lactancia es perfectamente controlada por las necesidades del bebé quién sabe cuando quiere y necesita mamar. Las glándulas mamarias femeninas NO SON depósitos de leche que el niño deba vaciar en las tomas, y solo son capaces de acumular un poco de leche, pero la mayor cantidad de lo que el niño consume se produce en el momento mismo de la mamada, mientras succiona. El pecho se asemeja más a la idea de un grifo, que se abre y sale agua, que a la de una cisterna del inodoro, que hay que esperar a que se llene para que haya agua.

"El niño debe vaciar los dos pechos en cada toma"

REALIDAD: Es mejor que el niño termine de tomar del primer pecho antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo lado durante esa toma. La leche del final de la toma es rica en grasas (aportando mayor cantidad de calorías) y ésta se obtiene gradualmente a medida que el niño va tomando el pecho.

10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Declaración conjunta de la OMS y UNICEF (1989)

Todo servicio de maternidad y de cuidado de recién nacidos ha de:

1. Tener una política de lactancia materna escrita que sea comunicada periódicamente al personal.

2. Entrenar a todo el personal para llevar a término esta política.

3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.

5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia si se separan de sus bebés.

6. No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna. Hacerlo sólo por iniciación médica.

7. Practicar el alojamiento conjunto; dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.

8. Fomentar que la lactancia materna se dé cada vez que el bebé lo pida.

9. No dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para la succión de los bebés amamantados.

10. Promover la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a las madres a los mismos.

RECURSOS DE INTERÉS EN INTERNET

LACTARIA - GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
www.lactaria.org

ASOCIACIÓN DE MADRES «LA BUENA LECHE»:
personal3.iddeo.es/espro/lactancia/

ASOCIACIÓN DE MADRES «VIA LÁCTEA»:
www.vialactea.org

ASOCIACIÓN CANARIA PRO-LACTANCIA MATERNA
www.iespana.es/grupolactanciamaterna

SINA - ASOCIACIÓN VALENCIANA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
www.iespana.es/sinavalencia

AMAMANTA - ASOCIACIÓN DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
www.amamanta.net

LA LIGA DE LA LECHE
www.laligadelaleche.org
www.lalecheleague.org/LangEspañol.html