



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO
*PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA Y EFECTOS EN LAS
MADRES Y RECIÉN NACIDOS*

Autor/a: Adriana Galindo Fago

Tutor/a: Milagros Villarroya Lacilla

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos	6
Metodología	7
Desarrollo	9
Bibliografía	14
Anexo 1	16
Anexo 2	17
Anexo 3	18

INTRODUCCIÓN

La glándula mamaria es una estructura anatómica presente tanto en los hombres como en las mujeres. En los primeros, ésta se encuentra atrofiada permanentemente aunque algunos fármacos y enfermedades puedan provocar su desarrollo, sin embargo, en las mujeres evolucionan para alcanzar su principal función, la producción de leche para nutrir al recién nacido durante los primeros meses¹.

Ubicadas en la cara anterior del tórax sobre los músculos pectoral mayor, serrato anterior y recto abdominal, entre la segunda y sexta costilla. Poseen un tamaño y peso variables, con un promedio de 12 a 13cm de diámetro y un volumen medio de 250 a 300ml. Tienen forma discoidea y su porción lateral se prolonga hacia la axila².

La piel que recubre la mama, es elástica y delgada, con una zona central más oscura formada por el pezón y la areola; El pezón con forma cilíndrica y prominente, constituye la desembocadura de los lóbulos, es decir, los conductos galactóforos, y la areola está formada por músculo liso y fibras elásticas de forma circular; Ambos se encuentran muy vascularizados para garantizar la erección del pezón y un buen vaciamiento de los conductos galactóforos^{2, 3}.

La irrigación sanguínea que reciben estas glándulas procede principalmente de las arterias mamarias interna y torácica lateral, y en menor medida, de las intercostales subclavia y axilar^{1, 2}.

En los neonatos, sean varones o hembras, comienza la formación de la glándula mamaria a partir de la quinta semana de gestación. Su tejido mamario quedará formado por los principales conductos galactóforos en estado de reposo hasta la pubertad⁴.

En las hembras, durante la pubertad, se inicia el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario que provoca el desarrollo de la glándula con el crecimiento de ductus, alvéolos y estroma que proliferan gracias a la acción

de estrógenos y progesterona principalmente, que actúan junto a la hormona del crecimiento, la insulina, el cortisol y las hormonas tiroideas, dando lugar a un sistema ducto-lobulillar ramificado rodeado de estroma y tejido adiposo^{3, 4}.

Este sistema ducto-lobulillar evoluciona desde la pubertad hasta la gestación, dando origen a una clasificación en función de sus diferencias histológicas en *lóbulo 1 o virginal*, el cual predomina en las nulíparas, es altamente proliferativo y poco diferenciado, *lóbulo 2 y 3* se encuentran en menor cantidad en las nulíparas, disminuyen la proliferación epitelial y aumenta la diferenciación y *lóbulo 4* se desarrolla únicamente en el embarazo, es el momento en el que culmina el desarrollo mamario por acción de la prolactina (PRL) y el lactógeno placentario, el epitelio es poco proliferativo y altamente diferenciado, con gran cantidad de unidades ducto-lobulillares terminales⁴.

Durante el embarazo, las glándulas mamarias aumentan de tamaño y forman tejido glandular nuevo. Los alveolos secretores de leche se agrupan en forma de racimo y al final de la gestación, la mama está prácticamente compuesta por glándulas separadas por una cantidad escasa de estroma. Se produce también una dilatación de las venas entre las semanas 5^o y 8^o del embarazo, intensificándose la pigmentación del pezón y la areola.

El calostro, sustancia cremosa entre blanca y amarillenta, precursora de la leche, comienza a acumularse en la luz de los alvéolos a partir del tercer mes de gestación pudiendo iniciar su secreción durante el último trimestre del embarazo hasta fases iniciales de la lactancia, momento en el que se produce un descenso súbito en las cifras de estrógeno, progesterona y lactógeno placentario, así como un aumento de la prolactina y oxitocina^{1, 3}.

La principal hormona responsable de la producción láctea es la prolactina (PRL), producida fundamentalmente en la adenohipófisis pero también en la glándula mamaria, parece desempeñar funciones inmunológicas al ser secretada en la leche. Su función requiere de la acción conjunta de otras hormonas como el lactógeno placentario, la hormona de crecimiento placentaria, factores de crecimiento y hormonas tiroideas⁴.

Tras muchos años de investigaciones, prevalece la superioridad de la lactancia materna sobre otros métodos de alimentación alternativos debido a los múltiples efectos beneficiosos para el bebé y para la madre⁵.

Numerosos estudios hacen referencia a que los beneficios más importantes y visibles de la lactancia materna son la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de diarrea, infecciones de vías respiratorias, otitis media junto con otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades, son menores en niños amamantados. Esto es debido a una mayor inmunidad proporcionada por la presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna que proporcionan una protección local y general, y una menor exposición a los agentes infecciosos del lactante^{5, 6}.

Otro de los resultados obtenidos es el mayor desarrollo intelectual y motor atribuido a los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, presentes en la leche materna y conocidos por su importancia para el crecimiento y desarrollo cerebral. Así mismo, el contacto físico que se produce en el momento de la lactancia entre madre-hijo conlleva un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionaría beneficios para el crecimiento psicológico e intelectual^{5, 7}.

La reducción del riesgo de enfermedades crónicas como las alergias, obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedad de Crohn también es atribuible a este tipo de lactancia.

Por otro lado, algunos de los beneficios para la salud materna son la liberación de oxitocina, hormona cuya función ayuda a contraer el útero, expeler la placenta, reducir el sangrado posparto y retrasar la fertilidad, reduciendo así la exposición a los riesgos asociados a cortos intervalos entre nacimientos y un menor riesgo de sufrir cáncer de mama o cáncer de ovario^{5, 8}.

Varios estudios realizados en países desarrollados han concluido que existe una relación inversa entre mayor lactancia materna y menor riesgo de

cáncer de mama. A pesar de que los resultados no son convincentes en algunos estudios, la tendencia es que la lactancia materna es un factor protector significativo y se informa de que el riesgo relativo se reduce en 4,3% por cada 12 meses de lactancia. Esta disminución del riesgo relativo del cáncer mamario asociada con la lactancia materna no varió de acuerdo a edad, estado menopáusico, origen étnico, número de hijos, edad al primer hijo y entre países desarrollados y en desarrollo. Se concluye que cuanto más extenso sea el tiempo de lactancia, hay mayor protección contra el cáncer de mama⁹.

Pese a los múltiples beneficios que el recién nacido obtiene de la leche materna, existen circunstancias contraindicadas para la lactancia.

En nuestro país, esta práctica está contraindicada en casos de enfermedad materna por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la leucemia humana (HTLV) I y II, galactosemia clásica, en madres dependientes de drogas, algunos fármacos como los quimioterápicos e isótopos radiactivos^{10, 11}.

Por otra parte, debido al desconocimiento o miedo de las madres, se suspende la lactancia por causas no justificadas como la infección materna por virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), infección materna por citomegalovirus (CMV), tuberculosis activa en la madre, fiebre, tabaquismo, ingesta esporádica de alcohol, mastitis, ictericia neonatal y fenilcetonuria^{10, 12}.

Desde las primeras llamadas de alerta en 1974 y 1978 de la Asamblea Mundial de la Salud, las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna en las últimas tres décadas han sido reconocidas como un problema de salud pública y por ello, diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo¹⁰.

La mayoría de los países europeos tienen tasas de amamantamiento bajas y su duración media está muy por debajo de lo recomendable, siendo algunas

de las principales barreras para el inicio y la continuación las siguientes: la educación prenatal inadecuada, las políticas en hospitales y maternidades, la falta de apoyo y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y familiares, la publicidad de la alimentación con fórmula y la vuelta temprana al trabajo de la madre.

Esta situación obligó a la Comisión Europea a elaborar un Plan Estratégico para la protección, promoción y apoyo de la lactancia como prioridad de salud pública en Europa, consistente en un proyecto que incluye, entre otros, aspectos relacionados con la educación y la formación, pregrado y continuada, en lactancia materna de los profesionales sanitarios^{13, 14}.

Para que la lactancia materna se inicie debidamente, es preciso que durante el embarazo y puerperio, las madres reciban el apoyo activo de sus familiares, de la comunidad y de la totalidad del sistema de salud. Gran parte de las embarazadas deciden, antes de llegar el momento de dar a luz, acudir a cursos de parto, escuchar experiencias, leer, investigar...con el fin de estar preparadas para el momento de la lactancia, sin embargo, el verdadero aprendizaje será adquirido por los padres en el momento que vivan esas experiencias. El temor y las dudas no resueltas generan ansiedad y temor a no hacerlo bien, por ello, se considera también fundamental, la continuidad del apoyo por parte de los profesionales de salud cualificados en prestar esa información^{15, 16}.

Los datos de la última encuesta de salud realizada a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística, muestran que los índices de lactancia materna son bajos y el abandono precoz alto; A los 6 meses, tan solo entre un 7-28% de madres alimentan a sus hijos al pecho¹⁷.

Puesto que la lactancia al pecho no ha alcanzado el impulso deseado en la sociedad ni llegado a los mínimos establecidos por la OMS, este trabajo pretende, en la medida de lo posible, presentar estrategias de actuación por parte de los profesionales de enfermería para promocionar la lactancia materna.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Educación sanitaria, promoción de la lactancia materna, apoyo y seguimiento a las madres.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer las ventajas de la lactancia materna.
- Enseñar técnicas apropiadas de amamantamiento.
- Enseñar cómo identificar y resolver alteraciones producidas en las mamas a consecuencia del acto de amamantar.

Estos objetivos van dirigidos a mujeres que acaban de dar a luz y desean dar a su hijo lactancia al pecho y mujeres que están pensando tener hijos.

METODOLOGÍA

- Bases de datos consultadas:

- Cuiden: <http://www.doc6.es/index/>
- Pub Med: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Scielo: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/>
- Elsevier: <http://www.elsevier.es/es>

- Buscadores científicos:

- Google Académico: <http://scholar.google.es/schhp?hl=es>
- Google Libros: <http://books.google.es/bkshp?hl=es&tab=pp>

- Palabras clave utilizadas:

Lactancia materna, embarazo, fármacos, ventajas, inconvenientes, fisiología glándula mamaria, lactancia materna y cáncer de mama, leche materna.

Para elaborar este trabajo me he basado en el modelo de Virginia Henderson, valorando las necesidades humanas para la vida y salud, fomentando el autocuidado y tratando de ayudar a conseguir la independencia lo antes posible proporcionando los conocimientos necesarios para ello¹⁸.

Como herramienta informática para registrar los datos, utilizaremos el programa implantado actualmente en los Centros de Atención Primaria, el OMI, que agrupa los patrones funcionales en las 11 necesidades de M. Gordon: percepción-manejo de la salud, nutrición-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia al estrés y valoraciones-creencias.

Para el registro y estudio de los cuidados utilizaremos taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) y para medir los

resultados de las intervenciones utilizaremos escalas tipo Likert (ANEXO 1)¹⁹.

DESARROLLO

El papel de enfermería sobre la promoción de la lactancia materna es muy importante, por ello, las consultas de pediatría de los centros de salud serían una buena ocasión para llevarla a cabo. De esta manera se busca disminuir las barreras y cambiar actitudes, conocimientos o creencias.

La formación adecuada en este ámbito de las enfermeras y enfermeros proporcionaría a las madres información detallada y actualizada y les daría la oportunidad para resolver cualquier duda.

Las actividades a desarrollar son informativas donde se incluyen carteles y charlas: elaboración de carteles informativos para colgar en el centro de salud que anuncien este tema e informen sobre la posibilidad de recibir charlas acerca de la lactancia materna (ANEXO 1), grupales, organización de grupos que estén interesadas en la lactancia al pecho y preparación de las charlas, e individuales, intervención individualizada en la consulta de pediatría durante las primeras revisiones del lactante.

En las consultas de pediatría, la intervención de enfermería consistirá en valorar los conocimientos y actitudes de la madre en cuanto a la lactancia materna y según éstos, informar a la madre de que tienen derecho a tomar una decisión informada y libre sobre el método de alimentación y crianza de sus hijos.

En caso de que la madre esté interesada, le aportaremos información sobre la alimentación al pecho que ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, el más adecuado desarrollo psicomotor y la mejor protección frente a problemas de salud y de su madre.

Registraremos diagnósticos enfermeros como los aquí descritos:

- 1. Lactancia materna eficaz r/c conocimientos necesarios m/p satisfacción con el proceso de amamantamiento. (00106)*

Definición: la familia o la díada madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna.

Este diagnóstico está relacionado con el primer patrón funcional de M. Gordon, percepción-manejo de la salud, para conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Criterios de resultados (NOC):

- La madre seguirá mostrando satisfacción mientras dure el proceso de lactancia materna.
- Demostrará competencia en los conocimientos acerca de la lactancia materna.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación al pecho.
- Determinar el conocimiento de la alimentación al pecho.
- Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación al pecho.
- Vigilar la capacidad del bebé para mamar, observando cómo mama.
- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de 8 a 10 veces cada 24 horas.

2. Disposición para mejorar el proceso de maternidad. (00208)

Definición: patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

Este diagnóstico está relacionado con el noveno patrón funcional de M. Gordon, sexualidad-reproducción. Analizaremos la salud de la madre tras el nacimiento y si se presentan alteraciones físicas.

Criterios de resultados (NOC):

- Demuestra el cuidado apropiado de las mamas.
- Utiliza adecuadamente los sistemas de soporte.
- Después del alumbramiento informa de un estilo de vida apropiado.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Controlar la integridad de la piel de los pezones.
- Enseñar cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Informar a la madre acerca de las posibilidades de extracción de la leche materna disponibles, manual o con sacaleches.
- Indicar cómo se ha de almacenar y conservar la leche.
- Fomentar periodos de descanso frecuentes y transmitir apoyo.
- Evaluar la comprensión de los conductos de leche taponados y la mastitis.
- En caso de que la madre tuviera pezón plano o invertido enseñaremos cómo manejarlo.
- Enseñar a la madre a consultar a su cuidador antes de tomar cualquier medicamento, con receta o de venta libre, durante el periodo de la lactancia²⁰⁻²².

Las intervenciones aquí descritas se desarrollarán tanto de forma individual en la consulta de pediatría como en las charlas trimestrales dirigidas a la población femenina en edad fértil, en las cuales el principal tema a tratar será las ventajas de la lactancia materna, ayudándonos de documentos audiovisuales.

Dichas charlas constarán de dos fases:

- En la primera parte se dará información sobre la lactancia materna y los beneficios para la madre y el bebé como los anteriormente descritos.
- En la segunda parte se informará sobre las leyes que recogen los derechos relacionados con la maternidad.

Si fuera necesario, para que la información estuviera disponible para la madre en todo momento sin riesgo de olvido, entregaríamos documentos escritos (ANEXO 3) y trabajaríamos en colaboración con la matrona del centro.

Las mujeres cuentan con personas de su familia cuyo papel es crucial en la lactancia; Clásicamente, las actividades en torno al nacimiento del bebé y su primera infancia han sido terreno exclusivo de las mujeres, sin embargo, a día de hoy, la participación de los hombres es cada vez mayor.

Un ensayo realizado en Italia demostró que las mujeres cuyas parejas fueron informados sobre los beneficios y técnica básica de la lactancia materna, refirieron mayor satisfacción, menos dificultades y apoyo muy positivo que alargó la duración del amamantamiento y facilitó la adaptación a la paternidad/maternidad²³.

Una de las preocupaciones que invade a las madres es la disponibilidad de tiempo para amamantar a su bebé debido al trabajo fuera de casa. Este hecho desemboca en el abandono de la práctica con sentimientos de culpabilidad. Por ello hemos de informar de la existencia de derechos relacionados con la maternidad recogidos en el Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995 de 24 de Marzo), la Ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las trabajadoras y el Real Decreto 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

Recientemente, ha sido aprobada la nueva Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres que presta especial atención a la corrección de la desigualdad en el ámbito de las relaciones laborales^{23, 24}.

Para asegurarnos de que la información transmitida a las madres es comprendida y asimilada, tras las intervenciones en la consulta y charlas impartidas, valoraré los resultados con escalas de tipo Likert las cuales revisaremos para comprobar la efectividad de nuestro trabajo (ANEXO 1).

CONCLUSIONES

Las bajas tasas de inicio y duración media por abandonos de la lactancia materna se consideran un problema de salud pública. Esta situación desemboca en pérdidas de la protección de la salud para mujeres y lactantes, y de protección social para la comunidad y el entorno puesto que supone un incremento del gasto sanitario y de las desigualdades en salud de la población.

La implicación de enfermería en la promoción de la salud materno-infantil a través de la lactancia al pecho pretende conseguir una mayor adhesión a esta técnica de amamantamiento y reducir el abandono precoz de la misma porque el profesional enfermero en Atención Primaria tiene un papel relevante en la promoción y educación para la salud individual y de la población general.

Algunas de las actividades de promoción se han adoptado de manera institucional y otras han nacido de la iniciativa de grupos y organizaciones aisladas en las cuales el papel de enfermería puede llegar a destacar por sus intervenciones^{23, 25}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales A, Morimoto S, Natsuko Taniyama O. Glándula mamaria. Rev Esc Med. 2009;23(1):6-8.
2. Aguilar Cordero MJ. Lactancia materna. Elsevier; 2005:31-35.
3. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. 5º edición. Medicina Panamericana; 2008.
4. Hómez de Delgado B. Hormonas en la mama: de la fisiología a la enfermedad. Revisión. Rev Venez Endocrinol Metab. 2008;6(2):9-14.
5. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C.: OPS. 2002.
6. Rodríguez JM, Jiménez E, Merino V, Maldonado A, Marín ML, Fernández L, Martín R. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. Acta Pediatr Esp. 2008;66(2):77-82.
7. Juez G. Lactancia materna: ventajas generales y nutricionales para el niño menor de un año. Rev Child Pediatr. 1989.
8. Mariel Rodríguez G. Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. Interdisciplinaria. 2006;23(2):175-201.
9. Rojas Camayo J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. An Fac Med. 2008;69(1):22-28.
10. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63(4):340-356.
11. Tremblay E, Thérasse E, Thomassin-Nagara I, Trop I. Quality initiatives: Guidelines for use of medical imaging during pregnancy and lactation. Radiographics. 2008;8.
12. Seth A. Care of the HIV-Exposed child-to breast feed or not?. Indian J Pediatr. 2012;1.
13. Purizaca Benites M. Cambios fisiológicos en el embarazo. [En Internet] [Fecha de acceso 21 de marzo de 2012] Disponible en:

<http://www.unp.edu.pe/pers/mpurizaca/CAMBIOS%20FISIOLOGICOS%20-%20Corregido%5B1%5D.pdf>

14. Velillas Lasarte JJ, Hernández Aguilar MT. Lactancia materna. Preguntas más frecuentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(17):405-414.
15. Molina Conejo I. Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna. [En Internet] [Fecha de acceso 21 de marzo de 2012] Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/exitolactancia.pdf>>ISSN1409-4568
16. Calzado Mustelier M, Rodríguez Rivero L. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Rev Cubana Enfermer. 2000;16(2).
17. Peñuelas Carcavilla MC, Enjuto Gutiérrez B, Cruz Argudo J, Peñuelas Carcavilla R. Prevalencia de la lactancia materna en atención primaria e influencia de factores sociosanitarios y culturales. Metas de enfermería. 2008;11(7):14-17.
18. García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare21. 2004;9 1-5.
19. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. España: Elsevier España; 2003.
20. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. 1ª ed. España: Elsevier; 2010.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. España: Elsevier; 2009 R 2011.
22. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. España: Elsevier; 2009 R 2011.
23. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial médica panamericana; 2008.
24. Maroto Navarro G, García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit. 2004;18(2).
25. Blázquez MJ. Ventajas de la lactancia materna. Rev Med Naturista. 2003;1 44-49.

ANEXO 1

Conductas	Inadecuado (1)	Ligeramente adecuado (2)	Moderadamente adecuado (3)	Sustancialmente adecuado (4)	Completamente adecuado (5)
Satisfacción con el proceso de la lactancia					
Beneficios de la lactancia materna					
Posición adecuada del lactante durante la lactancia					
Técnica adecuada para finalizar la succión del lactante					
Control del dolor de los pezones					
Control de la congestión mamaria					
Evaluación del pezón					
Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones					
Técnicas adecuadas de expulsión y almacenamiento de la leche materna					
Grupos de apoyo disponibles					

ANEXO 2

CARTEL INFORMATIVO "CHARLAS SOBRE LACTANCIA MATERNA"



Charlas
Lactancia Materna

Cómo hacerlo
Cuidados adecuados
Refuerzo de la confianza
Evitar prácticas nocivas

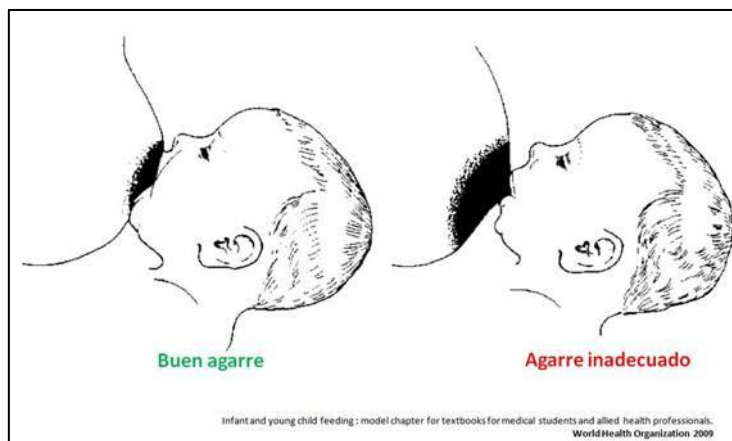
 **Graduado en Enfermería**
Inscripción en Admisión del Centro de Salud "Fernando el Católico"

ANEXO 3

CONSEJOS PARA COLOCAR EL BEBÉ AL PECHO

La posición correcta del niño es con la boca abierta antes de agarrar el pezón y areola mamarios, cuerpo pegado al cuerpo materno y boca y mandíbula pegada al pecho, de modo que el niño no tenga que girar la cabeza, que debe descansar en la curva del brazo de la madre, cuyo antebrazo debe sostener la espalda. Debe quedar la mano libre para sostener las nalgas.

La introducción en la boca de la mayor parte de la areola mamaria evita la masticación directa del pezón y la producción de grietas.



La madre emplea su otra mano para ofrecer el pecho. La forma clásica de asir la mama es en forma de tijera, permitiendo succionar el pezón y la areola, al mismo tiempo que deja libre la nariz del niño, para que éste respire adecuadamente. La madre puede adoptar la postura sentada o tumbada con posiciones cómodas, esto evitará dolores posturales maternos.

En cada toma hay que darle al niño ambos pechos, siendo necesario que vacíe completamente un pecho antes de ofrecerle el otro para que obtenga así la leche final de la mamada, que al tener mayor contenido en grasa, hace que el niño crezca y engorde. Es mucho más importante dejar que el niño termine de tomar el primer lado antes de ofrecerle el segundo.



Es mejor permitir que el niño mame hasta que muestre señales de satisfacción como soltarse él solo o tener los brazos y manos relajados. Si tarda mucho se debe meter el dedo meñique presionando el paladar para así evitar que se dañe el pezón.

No es necesario lavar el pecho antes ni después de cada toma ni se debe usar jabón sobre los pezones ya que los reseca. El tiempo aproximado de succión es de unos 10 minutos, se aconseja la succión nocturna con la luz apagada para mantener elevada la producción de la leche y, en cuanto al número de tomas al día, conviene no utilizar pautas estrictas de alimentación, se aconseja lactancia a demanda.

Al finalizar las tetadas, es aconsejable mantener al niño en posición erecta durante unos minutos para que expulse el aire ingerido en forma de eructos, después se le podrá acostar sobre el lado derecho en la cuna sin almohada.

CONSEJOS PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DEL PECHO

Los problemas que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. En general, se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente, una postura incorrecta. Es necesario tratar el dolor y facilitar la continuidad del amamantamiento.

“Dolor de pezones”

Durante los primeros días después del parto es normal que duelan los pezones un poco, sobre todo al inicio de la toma. Si el dolor persiste después de unos días o no se limita al inicio de la toma, es indicativo de que existe algún problema. El más frecuente es que el bebé esté mal colocado por lo que el dolor de pezones se evita y corrige con la colocación correcta al pecho.

“Grietas”

Suelen aparecer durante los primeros días de lactancia, siendo raras tras unas semanas y pueden presentarse en ambos pechos o solo en uno. La principal causa de aparición de grietas es la mala posición del bebé al mamar, el lavado frecuente, la aplicación de pomadas en el pezón y la introducción de biberones o chupetes.



Lo más eficaz para el tratamiento de estas lesiones es corregir la posición del bebé al pecho para que abarque con la boca el pezón y gran parte de la areola. Otras de las medidas terapéuticas sería la aplicación, tras la toma, de gotas de leche materna y secar al aire durante unos minutos.

No se ha demostrado la utilidad de ningún tipo de pomada y si las grietas se sobreinfectan sería necesario el tratamiento tópico con antifúngicos o antibióticos, según la causa de infección.

“Ingurgitación mamaria”

La congestión del pecho se produce cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae. Suele ocurrir al comienzo de la lactancia con la “subida de la leche” y se da más frecuentemente con el primer hijo.

La parte del pecho afectada se pone dura y sensible al tacto; Para solucionar esta situación el niño vaciará los pechos, dándole de mamar libremente. Para facilitar la salida de la leche se pueden aplicar compresas de agua tibia. Si las molestias no se alivian, se deberá



extraer toda la leche posible manualmente o con sacaleches para ablandar el pecho. Cuando, a pesar de todo, persiste el dolor, puede ser necesario un analgésico o la aplicación de compresas muy frías durante media hora nunca antes de la toma.

“Mastitis o Inflamación del pecho”

Se trata de una complicación causada por la infección bacteriana de los pezones agrietados o sangrantes.



La mastitis puede empezar con síntomas similares a la gripe, como jaqueca, dolor en las articulaciones o fiebre. La madre se siente débil y muy cansada. En pocas horas le sube mucho la fiebre y la parte del pecho afectada se pone roja, caliente y dolorosa.

Si se tienen estos síntomas, se debe acudir al médico. Además de tomar las medicinas recetadas se debe amamantar del lado afectado al menos cada dos o tres horas.

“CÓMO CONSERVAR Y ALMACENAR LA LECHE MATERNA”

¿Cómo debo conservar la leche extraída?

Para conservar la leche se pueden utilizar recipientes de vidrio, plástico duro o bolsas especiales disponibles en las farmacias. Cuando interese congelarla, se tienen que extremar las medidas de higiene y guardarla en envases cerrados herméticamente inmediatamente después de recolectar la leche.

Es recomendable conservar la leche en pequeñas cantidades (60-120 ml) para así poder descongelar o retirar del frigorífico sólo la que el bebé vaya a tomar y poner siempre etiquetas a los recipientes con la fecha en la que se extrajo la leche.

¿Durante cuánto tiempo se conserva la leche extraída en perfecto estado?

Conservación leche materna	Temperatura ambiente 19-22°C	Nevera entre 0°C y 4°C	Congelador hasta -19°C	Congelador menos de -19°C
Recién extraída	10-12 horas	8 días	3 a 4 meses	6 meses
Descongelada	1 hora	24 horas	No volver a congelar	No volver a congelar

¿Cómo debo descongelar y recalentar la leche?

Si es leche congelada, lo más práctico es sacar la leche del congelador la noche anterior y dejarla en el frigorífico.

Si hay que descongelarla inmediatamente, se coloca el recipiente cerrado bajo un grifo de agua caliente hasta que la leche esté a temperatura ambiente, otra opción es poner el recipiente dentro de otro con agua que no esté demasiado caliente.

Una vez descongelada se puede calentar al "baño María". No hay que hervirla ni utilizar el microondas para descongelarla. Una vez descongelada, hay que agitar el recipiente suavemente para mezclar los distintos componentes de la leche que se ha sedimentado en capas.

La leche descongelada debe refrigerarse y consumirse en las 24 horas siguientes. Se desechará la leche que sobre en el biberón después de dar de comer al bebé.

Cuando se descongela la leche, huele a rancio ¿debo tirarla?

A pesar del olor la leche es buena y puede consumirse, aunque algunos bebés la rechazan.

Este problema puede evitarse calentando la leche antes de congelarla pero sin que llegue a hervir, tan sólo hasta que comienzan a aparecer pequeñas burbujitas en la periferia del recipiente.

“GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA”

En Aragón se fundó en 1987 la primera organización española no lucrativa de apoyo a la lactancia materna, Vía Láctea.

Su fin principal es la ayuda de madre a madre, especialmente durante la primera etapa de la maternidad y la crianza. Contempla la idea de universalidad hacia una maternidad que forma parte del deseo y de la sexualidad de las madres y las criaturas, una maternidad entrañable y gozosa.

En esta organización se ha trabajado desde el comienzo para poner palabras, crear pensamientos y plantear acciones que permitan la interiorización de la maternidad como algo subjetivo, como un hecho íntimo y personal de las mujeres-madres, y asimismo la exteriorización de la maternidad, como un hecho social, familiar, comunitario. Asimismo se ha trabajado cada vez más en relación con la paternidad, la construcción y la función de los hombres-padres.

También se ha contribuido para la recuperación de los derechos y la dignidad de la maternidad a través de diferentes vías de trabajo e investigación: ayuda de madre a madre, atención telefónica permanente, creación de espacios cualificados para las madres, encuentros con madres y padres, cursos de formación en todos los niveles educativos, conferencias, talleres y edición de materiales informativos y educativos.

Facilitamos el enlace de su página Web:

<http://www.vialactea.org/>

