



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Lactancia materna inducida en un caso de
adopción

Induced lactation in an adoption case

Autor/es

Hildoara Liena Béjar Torrijo

Director/es

Ana Belén Subirón Valera

Facultad de Ciencias de la Salud

2018

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
DESARROLLO	11
- Valoración.....	11
- Ejecución.....	17
- Evaluación	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXO 1: Protocolo farmacológico para Lactancia Inducida.....	23
ANEXO 2: Dicen los libros de Medicina...	24
ANEXO 3: Cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta de enfermería.....	27

RESUMEN

La lactancia inducida es un método para estimular la producción de leche materna en mujeres que no han pasado por el proceso del embarazo pudiendo resultar exitosa mediante técnicas fisiológicas y farmacológicas. Éste debe ser promocionado por los profesionales de salud, ya que permite la posibilidad materna de la lactancia del hijo adoptivo estableciéndose un fortalecimiento del vínculo afectivo entre ambos, tan beneficioso como las razones nutritivas para la lactancia inducida.

Los objetivos propuestos en este plan de cuidados han sido exponer la evidencia científica sobre la lactancia inducida, así como los beneficios sobre el vínculo madre-hijo y las técnicas necesarias para su instauración.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva y rigurosa para obtener información actualizada y precisa con la que desarrollar un plan de cuidados sobre el caso de una madre adoptiva que opta por inducir la lactancia.

Se concluyó que existe necesidad de realización de protocolos o estudios sobre la lactancia inducida, en los que el profesional de enfermería ejerce un papel fundamental en el apoyo de éste método por sus beneficios no nutritivos.

Palabras clave: lactancia inducida, madre adoptiva, vínculo, beneficios no nutritivos.

ABSTRACT

Induced lactation is a method to stimulate the production of breast milk in women who have not gone through the pregnancy process and can be successful through physiological and pharmacological techniques. This should be promoted by health professionals since it allows the maternal possibility of breastfeeding the adoptive child establishing a strengthening of the affective bond between both, as beneficial as the nutritional reasons for induced lactation.

The objectives proposed in this care plan have been to expose the scientific evidence on induced lactation as well as the benefits on the mother-child bond and the techniques necessary for its establishment.

A thorough and rigorous bibliographical search has been carried out to obtain updated and accurate information with which to develop a care plan on the case of an adoptive mother who chooses to induce breastfeeding.

It was concluded that there is a need to carry out protocols or studies on induced lactation in which the nursing professional plays a fundamental role in the support of this method for its non-nutritive benefits.

Keywords: Induced lactation, adoptive mother, bond, non-nutritious benefits.

INTRODUCCIÓN

Estudios de prevalencia en España muestran tasas muy bajas de lactancia materna exclusiva que se alejan mucho del patrón ideal siendo apenas un tercio de los niños los que la mantienen de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad (1, 2). Por este motivo los profesionales sanitarios debemos promoverla siempre que no exista riesgo en el bienestar del niño o de la madre y ofrecer también a la madre adoptiva la oportunidad de amamantar a su hijo apoyando la inducción de la lactancia (3, 4). Del mismo modo, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia anima a sus miembros a "ofrecer a la madre adoptiva la oportunidad de amamantar a su hijo" y "ayudar a la madre a desarrollar un suministro de leche" (5).

La lactancia inducida es un método para estimular la producción de leche materna en mujeres que no han pasado por el proceso del embarazo, indicada en caso de enfermedad de la madre que imposibilita la lactancia materna, muerte materna o en caso de adopción (6, 7, 8).

Puede resultar exitosa mediante técnicas fisiológicas y farmacológicas (5). En el método fisiológico la lactancia inducida puede empezar sin los grandes cambios hormonales de la gestación y parto, pues solo con la succión del pezón, el bebé induce lenta y progresivamente los cambios fisiológicos (crecimiento de los alveolos secretorios en el tejido glandular de la mama y la secreción de leche por células de éstos) y hormonales necesarios (9, 10). La inducción de la lactancia puede iniciarse y mantenerse simplemente por la acción de un bebé que succione los pezones con suficiente frecuencia (10).

A pesar de ello, el apoyo farmacológico suele ser necesario en mujeres que nunca han amamantado, de hecho, los enfoques más comunes para inducir la lactancia incluyen la intervención farmacológica mediante la administración de galactólogos (clorpromazina, metoclopramida, domperidona, sulpirida...) y terapia hormonal mediante anticonceptivos orales combinados de estrógenos y progesterona junto con la intervención fisiológica, ya que ésta última por sí sola puede no tener éxito (4, 5, 11)(ANEXO 1).

Tanto la clorpromazina como la metoclopramida a veces pueden producir efectos secundarios para la madre entre los que se han observado la sedación o la depresión, entre otros. Pese a ello, los riesgos vinculados a la lactancia inducida en madres no gestantes se consideran muy mínimos (si acaso). El beneficio nutricional para el lactante adoptado típico supera incluso el riesgo mínimo para la madre adoptiva en la mayoría de los casos de lactancia inducida (4) aunque siempre habrá que estudiar cada caso de forma individualizada. Verónica Valdés, pediatra especialista en lactancia, cuenta que la técnica de la relactación no tiene limitaciones, puede aplicarse también en mujeres mayores basándose en el caso de Louise: una abuela lactante (8)(ANEXO 2).

Los riesgos potenciales de estos métodos farmacológicos para el bebé son mínimos o inexistentes (4), por lo que teniendo en cuenta las recomendaciones para la lactancia materna de la OMS, la inducción a la lactancia estaría indicada en los primeros seis meses de vida del niño, habiéndose demostrado que una edad menor de 3 meses a la hora de iniciarla favorece el éxito en su establecimiento (11, 12).

En lo relacionado a la calidad de la leche no puerperal, un estudio piloto afirma que ésta tiene niveles similares o superiores de proteína total frente a la puerperal 11 meses postparto (13).

En cuanto a la cantidad de leche producida con este método en mujeres que nunca han estado embarazadas, algunos estudios establecen que en estos casos puede no ser suficiente para satisfacer de manera exclusiva las necesidades nutricionales de un bebé (5, 14). A su vez, afirman que con la posibilidad materna de la lactancia del hijo adoptivo se establece un fortalecimiento del vínculo afectivo entre ambos muy beneficioso (4, 6, 14, 15), además de hacerles sentirse más completas como mujeres y madres (6).

Wittig afirma que "las mujeres que intentan inducir la lactancia lo hacen para lograr una mejora en la relación madre-hijo que promueve la lactancia, en lugar de los beneficios nutricionales que aporta" (4). Por lo tanto, se entiende que los beneficios no nutritivos son tan importantes como las razones nutritivas para la lactancia inducida en un bebé adoptivo (16).

Es un concepto que se conoce desde la antigüedad y por parte de otras culturas. Brown, observó en 1971, al visitar un campamento de refugiados en Bangladesh, que aproximadamente 600.000 niños eran amamantados y que no era raro que una hermana, madre, tía o abuela asumiese el papel de ama de cría, si es que la madre estaba enferma o había muerto (17). Hay evidencias de que en partes de África, la lactancia inducida a veces se inicia como método de alimentación cuando los bebés son huérfanos o como prevención en enfermedades maternas como en los casos de bebés con madres seropositivas (4).

Se observa que el objetivo de la lactancia inducida en los países en desarrollo sin acceso a agua limpia consiste en garantizar el alimento, la nutrición adecuada y la disminución de la morbilidad neonatal (4, 17). Por el contrario, el perfil familiar para inducir la lactancia en una madre no gestante de países desarrollados pertenece a una madre adoptiva que desea amamantar a un bebé adoptado, seguido de parejas lesbianas que eligen alimentar a su bebé mediante lactancia materna (4, 16).

En el presente trabajo se aborda la lactancia inducida debido a la necesidad de estudios sobre diferentes procedimientos o protocolos para inducir la lactancia (6, 16, 17). En consecuencia a los cambios sociológicos y la aparición de nuevas estructuras familiares, la lactancia materna en situaciones de adopción es una opción considerada (11, 16) aunque no muy frecuente. No se han encontrado datos concretos sobre el porcentaje de bebés adoptados menores de 6 meses pero sabemos que el 54% de niños adoptados en 2016 se encontraban entre los 0 a 3 años (18).

En conclusión, la inducción a la lactancia debe ser promocionada para ofrecer a todos nuestros pacientes tratamientos de forma equitativa (11, 16). Las mujeres no amamantan por instinto, el amamantamiento es una destreza que se debe aprender, estimular y apoyar (19). Para ello es imprescindible el papel de los profesionales de salud, sobre todo por parte de enfermería, que deberán incentivar esta práctica como forma de fortalecer el vínculo materno infantil acercándose a la red familiar de la madre y aportando tanto solución de dudas como difusión de cuidados en estos casos (8, 15, 20).

OBJETIVOS:

General:

- Realizar un plan de cuidados estandarizado de enfermería en relación a los métodos de actuación y los beneficios en el vínculo madre-hijo dentro del proceso de la lactancia inducida en madres adoptivas.

Específicos:

- Describir la evidencia científica presente sobre los cuidados que se aplican en la realización de esta técnica.
- Explorar los beneficios de la lactancia inducida sobre el vínculo que proporciona en la diada madre-hijo.
- Explicar las técnicas farmacológicas y fisiológicas presentes en la inducción a la lactancia.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este plan de cuidados, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva y rigurosa de documentación adquirida en artículos científicos, revistas especializadas y guías clínicas especializadas en Enfermería.

El periodo de búsqueda comenzó en el mes de febrero de 2018 y se ha prolongado hasta el momento de la entrega de este trabajo. En este proceso se han utilizado las siguientes palabras o descriptores claves (lactancia inducida, induced lactation, adopción, adoption, lactancia materna, breastfeeding y leche no puerperal), además del uso de los operadores booleanos AND, OR y NOT. Las bases de datos consultadas han sido Cuiden, Enfispo, Medline, Pubmed, Scielo y Dialnet. Además, ha sido necesaria la utilización de Google Académico para la recopilación de algunos textos completos con el fin de realizar una revisión bibliográfica completa.

Los criterios de inclusión han sido artículos publicados a partir del año 2012 y artículos publicados tanto en español como en inglés o portugués. Debido a la escasa cantidad de artículos publicados acerca del tema de lactancia inducida ha sido complicada la realización de la búsqueda bibliográfica, por lo que el principal criterio de inclusión ha sido artículos que abordaran este tema o el de la lactancia materna en situaciones especiales.

Por el contrario los criterios de exclusión han sido artículos publicados antes del 2012 y artículos que no estén publicados en bases científicas.

	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS UTILIZADOS	ARTICULOS DESECHADOS
CUIDEN	Induced lactation Adoption Breastfeeding	12	10	2
ENFISPO	Induced lactation Adoption Breastfeeding	1	1	0
MEDLINE	Induced lactation Adoption Breastfeeding Nonpuerperal milk	3	3	0
PUBMED	Induced lactation Adoption	3	3	0
SCIELO	Induced lactation Adoption	1	1	0
DIALNET	Breastfeeding Adoption	1	0	1
GOOGLE ACADEMIC	Induced lactation Adoption	3	3	0
OTROS:				
https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccion19provisional.pdf				
https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/				
http://www.asociacionsina.org/2010/10/06/dicen-los-libros-de-medicina/				

DESARROLLO

- VALORACIÓN:

El presente plan de cuidados va a ir destinado principalmente a la madre adoptiva que desea iniciar el proceso de la inducción a la lactancia, teniendo en cuenta al bebé y la situación del núcleo familiar.

En estos casos la intervención sobre la madre comienza semanas antes de que se produzca la entrega del bebé, para comenzar con las medidas farmacológicas mediante la toma de galactólogos y anticonceptivos orales combinados, al mismo tiempo que se emplean medidas no farmacológicas a través de la continua estimulación frecuente del pezón, por lo general cada 2 - 3 horas, para imitar el hábito de lactancia de los recién nacidos. La estimulación puede ser hecha manualmente o con un extractor de leche (5, 11).

En esta primera fase, se hará una valoración inicial de la madre y del entorno para conocer el punto de referencia y conocer la situación de la unidad familiar junto con la capacidad de la madre para llevar a cabo las técnicas de inducción a la lactancia.

Por lo tanto, nos encontramos ante un núcleo familiar con gran ilusión por ser padres, en el que la madre tiene 35 años de edad y nuligesta. El entorno familiar es adecuado. Este será su primer hijo, del que se prevé la recepción en los próximos meses.

Tomando como referencia las 14 necesidades de Virginia Henderson, se establecen los Diagnósticos de Enfermería asociados a la lactancia inducida revisados por la NANDA y se aplican resultados e intervenciones descritos más adelante.

El presente plan de cuidados se va a centrar tanto en la etapa previa a la adopción del bebé como en la etapa posterior a partir de la recepción de éste disponiéndolos de manera cronológica.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres que intentan inducir la lactancia lo hacen para lograr una mejora en la relación madre-hijo que promueve la lactancia, y el aspecto psicológico que ello conlleva, nos

encontramos con numerosos diagnósticos posibles. Por ello se centrará en los que han considerados prioritarios y propios de la madre, que es la que a priori lleva a cabo el tratamiento.

Esto no impide que también sean susceptibles de estudio otros posibles Diagnósticos de Enfermería como los de la figura paterna, por ejemplo.

Disponiendo los Diagnósticos de manera cronológica, los respectivos a la etapa previa a la adopción incluyen los siguientes:

1. Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c ilusión por inducir la lactancia m/p expresión de deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito.

Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162): Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.

NOC: 1601 - Conducta de cumplimiento.

Indicadores:

- Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito (160103)
- Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción (160108)

NIC y actividades:

5246 - Asesoramiento nutricional:

- Determinar los hábitos alimentarios del paciente.
- Comentar las necesidades nutricionales recomendadas para llevar a cabo la técnica propuesta.

5510 – Educación para la salud:

- Determinar las conductas saludables del estilo de vida de la madre adoptiva.
- Fomentar entorno de vida saludable mediante la realización de ejercicio físico regular.

2. Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimientos insuficientes sobre la lactancia inducida.

Conocimientos deficientes (00126): Carencia o deficiente de información cognitiva relacionada con un tema específico.

NOC: Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814)

Indicadores:

- Procedimiento terapéutico (181401)
- Pasos del procedimiento (181402)

NIC y actividades:

5244 – Asesoramiento en la lactancia

- Resolver dudas sobre el régimen farmacológico prescrito por el médico.
- Indicar la frecuencia de estimulaciones del pezón (cada 2-3 horas) (5, 11).
- Instruir sobre los tipos de estimulación: manual y mediante sacaleches (5, 11).
- Explicar el manejo de dispositivos de extracción de leche (5, 11).

3. Temor r/c entorno desconocido m/p disminución de la seguridad de sí misma y sentimiento de temor.

Temor (00148): Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

NOC: Autocontrol del miedo (1404).

Indicadores:

- Supervisa la intensidad del miedo (140401)
- Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140415)
- Controla la respuesta del miedo (140417)

NIC y actividades:

5380 – Potenciación de la seguridad:

- Disponer un ambiente no amenazador
- Escuchar los miedos de la madre sobre los resultados posibles de la inducción a la lactancia en su caso.
- Explicar a la madre el proceso al que va a someterse.

5240 – Asesoramiento:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar información objetiva sobre el proceso de inducción a la lactancia según sea necesario.
- Favorecer la expresión de los sentimientos de la madre adoptiva.

Una vez se haya producido la entrega del bebé, en el proceso de inducción a la lactancia se van a poder observar nuevos Diagnósticos de Enfermería que se tendrán que analizar y tratar, entre los que se encuentran:

4. Riesgo de deterioro de la vinculación r/c ansiedad y adaptación al proceso de adopción.

Riesgo de deterioro de la vinculación (00058): Vulnerabilidad a una interrupción del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y recíproca.

NOC: Lazos afectivos padres – hijo (1500)

Indicadores:

- El lactante mira a los padres (150019)
- El lactante responde a las señales de los padres (150020)
- El lactante busca la proximidad de los padres (150021)

NIC y actividades:

6710 – Fomentar el apego:

- Proporcionar una educación y ayuda adecuadas para la lactancia materna.

- Instruir a los padres sobre la alimentación como actividad de crianza, ya que proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física.
- Fomentar una cercanía física frecuente y mantenida entre el lactante y la madre mediante el contacto piel con piel, la lactancia materna, entre otros.
- Proporcionar a los padres la posibilidad de comentar los temas que les preocupan.

5. Lactancia materna ineficaz r/c secreción láctea inadecuada m/p ganancia insuficiente de peso del niño y percepción de secreción de leche inadecuada.

Lactancia materna ineficaz (00104): Dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

NOC: Mantenimiento de la lactancia materna (1002)

Indicadores:

- Crecimiento del lactante dentro del rango normal (100201)
- Reconocimiento de los signos de disminución del aporte de leche (100208)

NIC y actividades:

5244 – Asesoramiento en la lactancia:

- Ayudar a determinar la necesidad de tomas de alimentación suplementaria.
- Indicar a la madre adoptiva que contacte con un asesor sobre la lactancia para ayudar a determinar las características del aporte de leche al bebé (insuficiencia percibida o real).
- Instruir sobre el manejo de Sistemas de nutrición suplementaria (SNS) (5).

6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c agarre y succión del pezón.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047): Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

NOC: Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001)

Indicadores:

- Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones (100121).

NIC y actividades:

5244 – Asesoramiento en la lactancia

- Ayudar a asegurar que el lactante se sujet a bien a la mama (facilitar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Mostrar la forma de amamantar utilizando un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón.

Para finalizar, teniendo en cuenta la repercusión en el ámbito social que puede desencadenar esta técnica por su desconocimiento general, debemos considerar los siguientes Diagnósticos Enfermeros como posibles en el transcurso de las dos etapas anteriormente citadas:

7. Riesgo de trastorno de la identidad personal r/c percepción de prejuicios.

Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225): Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.

NOC: Conciencia de uno mismo (1215)

Indicadores:

- Diferencia el yo de los otros (121502)
- Reconoce los valores personales (121510)

NIC y actividades:

5480 – Clarificación de valores:

- Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
- Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
- Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados.

Cabe a destacar que a la hora de consultar en la plataforma NNNConsult (21) las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, nos hemos encontrado con la no propuesta de posibles NIC asociados al Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225).

- EJECUCIÓN:

En esta etapa se llevan a la práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

La intervención comenzaría 2 meses antes de la llegada del bebé con la instauración del tratamiento farmacológico combinado con las técnicas de estimulación del pezón, con la finalidad de que la bajada de la leche se produzca a tiempo para intentar comenzar con la lactancia materna en la fecha prevista de recepción del lactante.

- EVALUACIÓN:

Es un proceso continuo con el que conseguimos realizar una valoración continuada del Plan de Cuidados teniendo en cuenta los NOC propuestos en la valoración descrita anteriormente.

En cada nueva cita en consulta se evaluará lo conseguido desde la anterior a través de la observación por parte de la enfermera y utilizando como herramienta un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta de enfermería (ANEXO 3). Los resultados obtenidos a priori positivos pueden ser diferentes entre un individuo y otro. El objetivo de conseguir inducir la lactancia materna durante un período mayor de 3 meses puede no conseguirse pero aun así, la madre adoptiva puede percibirlo con satisfacción plena.

Con esto, iremos observando la inducción de la lactancia en la madre adoptiva y la evolución del vínculo madre-hijo.

Cuando los resultados propuestos se hayan cumplido, espaciaremos en el tiempo las visitas a la enfermera asegurando siempre una continuidad en los cuidados y revisiones tanto de la madre como del lactante.

CONCLUSIONES

A pesar de la poca frecuencia de casos de lactancia inducida, los cambios en las alternativas socioculturales pueden favorecer un mayor número de casos que exijan una promoción de este tipo de lactancia en nuestros pacientes, así como de realizar protocolos que la regulen o estudios que plasmen sus procedimientos.

Teniendo en cuenta los estudios consultados, los enfoques más comunes para el abordaje de una lactancia inducida exitosa se basan en: la combinación de estimulación fisiológica del pecho junto con tratamiento farmacológico.

El profesional de enfermería ejerce un papel fundamental en ésta práctica, incentivando y apoyando la inducción de la lactancia por los beneficios que tiene éste modo de crianza sobre la diada madre – hijo. Para las madres adoptivas que eligen este procedimiento superan incluso los beneficios nutritivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio González, Lorena; Aladro Castañeda, Miguel. Lactancia natural y resultados de salud a los nueve años. Estudio de cohortes. Bibl Lascasas. 2015; 11(1).
2. Márquez Díaz, Rita. Relación entre la antropometría y el tipo de alimentación del lactante en sus primeros meses de vida. Nure Inv [Internet]. 2017; 14(86). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1049/743>
3. Palazuelos Aramberri M, López Sotos A, Fernández Morell E, Santiago Durán MªA. Beneficios de la lactancia materna frente a la lactancia artificial exclusiva en la fenilcetonuria. En: Llamazares F. Lactancia Materna. Nutr Hosp. 2012; 27 (3):9-27.
4. Wahlert, Lance; Fiester, Autumn. Induced Lactation for the Nongestating Mother in a Lesbian Couple. Virtual Mentor. 2013; 15(9):753-6.
5. Catby, A; Bryant MD. Nursing the adopted infant. J Am Board Fam Med. 2006;19(4): 374-9.
6. Norsyamrina, CAR; Zaharah, S; Tengku Alina, TI. The availability of information on induced lactation in Malaysia. Malays J Med Sci. 2017; 24(4):5-17.
7. De Rodríguez, Isabel Cluet; Del Rosario Rossell-Pineda, María; De Acosta, Thais; Chirinos, Rosanny. Comparación entre los niveles de prolactina de madres en relactancia y madres con lactancia materna exclusiva. Arch Latinoam Nutr. 2014; 64(1):1-8.
8. Espinosa Oliva, Yeisimy. Plan de Comunicación promocional para dar a conocer el tema de la lactancia inducida en las instituciones de salud del Municipio de Las Tunas. Las Tunas: Universidad de las Tunas. [Internet] 2013. Disponible en: <http://roa.ult.edu.cu/jspui/handle/123456789/2599>
9. Zanardo V, Savona V, Cavallin F, D'Antona D, Giustardi A, Trevisanuto D. Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 15(3): 18-23

- 10.Román Lafont, Joaquin. Lactancia masculina inducida. Rev Cubana Pediatr. 2015; 87(4):487–98.
- 11.García Ávila, Paula. Lactancia materna en situaciones especiales: relactación y lactancia inducida Revisión narrativa. UAM. [Internet] 2015. p. 1–63. Disponible en:
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/674840>
- 12.Kayhan-Tetik, Burcu; Baydar-Artantaş, Aylin; Bozduk-Güzeldemirci, Gamze; Üstü Yusuf; Yilmaz, Gonca. A case report of successful relactation. Turk J Pediatr [Internet]. 2013; 55(6):641–4. Disponible en:
http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372289246%5Cnhttp://www.turkishjournalpediatrics.org/pediatrics/pdf/pdf_TJP_1274.pdf
- 13.Perrin, Maryanne Tigchelaar; Wilson, Erica; Chetwynd, Ellen; Fogleman, April. A pilot study on the protein composition of induced nonpuerperal human milk. J Hum Lact. [Internet] 2015 Feb; 31(1):166-71. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25288606>
- 14.Ramirez Ontiveros, Mª Pilar; Cabrera Cabeza, Olga; Minchón Cano, María. Superación de problemas en lactancia materna y relactancia. Bibl Lascasas [Internet]. 2013; 9(2). Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0534.pdf>
- 15.Da Rocha Lage, Suellen; Meneses dos Santos, Inés María; Nazareth, Isis Vanessa. Narratives of lives of women who breastfed their adoptive children. Rev Rene [Internet]. 2014; 15(2):249–56. Disponible en:
http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1596/pdf_1
- 16.Wilson, Erica; Perrin, Maryanne; Fogleman, April; Chetwynd, Ellen. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. J Hum Lact. 2015;31(1):64–7.
- 17.Karim Ruiz, Miriam; Hernández Rabal, María; Barranco Berrocal, Mª Gloria. Amamantar a un bebe sin dar a luz. Enfermería Docente [Internet]. 2015; 2(104):58–9. Disponible en:

http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/64/pdf_59

18. Fallis A. Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. (Datos 2013). J Chem Inf Model. 2013; 53(9):1689–99. Disponible en:

<https://www.mssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccion19provisional.pdf>

19. Becerra-Bulla, Fabiola; Rocha-Calderón, Libertad; Fonseca-Silva, Dayana; Bermúdez-Gordillo, Laura Andrea. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev Fac Med. 2015; 63(2):217–27.

20. Alende Prates, Lisie; Moreira Schmalfuss, Joice; Mendes Lipinski, Jussara. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014; 4(2):359–67. Disponible en: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10631>

21. NNNConsult [Internet] [Consulta 29 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/>

ANEXO 1: Santonja J, Sanz E, Barona C. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. En: Cabero L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2013. P.1202-9.

ANEXO 2: SINA: Asociación de apoyo a la lactancia materna y crianza con apego en Valencia [Internet]. Valencia. [Consulta 28 de abril del 2018I]. Disponible en: <http://www.asociacionsina.org/2010/10/06/dicen-los-libros-de-medicina/>

ANEXO 3: Fernández San Martín, María Isabel; Rebagliato Nadal, Oriol; de Gispert Uriach, Blanca; Roig Carrera, Helena; Artigas Guix, Jordi; Bonay Valls, Berta et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Aten Primaria. [Internet] 2008;40(12):611–6. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adaptacion-un-cuestionario-satisfaccion-del-13129516>

ANEXO 1: Protocolo farmacológico para Lactancia Inducida

En el caso de la lactancia inducida, se inicia un tratamiento hormonal precoz con estrógeno y progestágeno que intente imitar los cambios hormonales de la gestación desde unos meses antes de la adopción. Unos días antes de la adopción, este tratamiento se interrumpe y se inicia la estimulación mecánica frecuente junto al uso de galactólogos. Los galactólogos son necesarios durante al menos 2-3 semanas al inicio para acelerar el proceso de producción de un volumen de leche mayor. Algunas madres pueden suspenderlo tras estas semanas y otras precisarán tomarlo durante meses o toda Lactancia Materna (LM). Los galactólogos disponibles son:

- Sulpirida: 50 mg./8h.
- Domperidona: 20-30 mg./6-8h.
- Metoclopramida: 10 mg./8h.

Los suplementadores suelen ser necesarios al menos al principio y en ocasiones hasta el final de la LM. El inicio de la producción de leche ocurre siempre entre los 2-7 días, pudiendo conseguirse prácticamente siempre una lactancia parcial entre los 4 y 8 días. La lactancia completa se establece entre los 7 y 60 días de haber iniciado el procedimiento, aunque no siempre. La composición de la leche es la misma que en la lactancia habitual, aunque normalmente no se produce calostro.

ANEXO 1: Santonja J, Sanz E, Barona C. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. En: Cabero L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2013. P.1202-9.

ANEXO 2: Dicen los libros de Medicina...

Por Óscar Sánchez-Rey (República Centroafricana, MSF).

05 de octubre de 2010

La historia de Louise y de su pequeña nieta, Micheline, no es una historia ni más excepcional ni más difícil que el resto de historias de los muchos pacientes que a diario vemos en los centros donde trabajamos. Pero es la historia personal, y por tanto única, de dos personas. Una pequeña paciente de apenas tres meses de vida, que nunca tendrá recuerdos de estos días, y de su abuela, que seguro que no olvidará su paso por nuestro centro nutricional de Boda.

Micheline es una paciente con una situación un tanto atípica entre los pacientes desnutridos. De hecho, técnicamente, ella no está desnutrida. Forma parte de los pacientes menores de seis meses que debe recibir un tratamiento especial e intensivo. A Micheline hay que buscarle una forma de alimentación adecuada para su edad y sostenible para al menos los próximos seis meses. La leche materna no está disponible, y los médicos de nuestro centro están usando una técnica para **devolver la leche a su abuela, que hace más de 30 años que no amamanta.**

Dicen los libros de Medicina que mediante la estimulación del seno se produce la hormona responsable de regular el flujo lácteo, y que es posible que una mujer que alguna vez haya dado el pecho lo vuelva a dar sin necesidad de estar embarazada. En Boda **es la primera vez que veo el caso real en el terreno.** Aproveché para hablar con Louise y que me contara la historia de cómo llegó a nuestro CNI, el centro nutricional intensivo.

La mamá biológica de Micheline está enferma y no puede hacerse cargo de la niña. El padre desapareció. Abuela, madre y ahora nieta viven juntas en la misma casa. Son agricultoras y subsisten con lo poco que les da la cosecha. Ellas son de Bossui, un pueblo al que vamos una vez cada dos semanas con nuestro centro nutricional ambulatorio.

Louise sabía que **la única posibilidad de ayudar a su nieta era caminar los 30 kilómetros** de distancia entre Bossui y Boda para llegar al hospital.

Tardo toda una jornada en recorrerlos. No fue fácil porque, en plena época de lluvias, los aguaceros no dan tregua.

Louise me contó que la técnica de succión consiste en administrarle leche a la niña por una pequeña sonda pegada a su seno. Con la succión que realiza para beber la leche artificial, la niña estimula el pecho y, al cabo de varias semanas, la leche comienza a subir. Me dijo Louise que la última vez que dio de mamar fue en 1972, cuando nació su única hija. Y que, aunque la cosa parecía un poco rara, **ella creyó en todo momento a los doctores**. "Si ellos decían que podría volver a dar el pecho, sería verdad". Está bien en el centro y no tiene prisa por irse, la prioridad es la pequeña. "Me iré cuando me den el alta los médicos, no antes", me dijo con gran confianza en sí misma.

Hablé con Louise hace algunas semanas. Pensé que tal vez estaba bien dejar pasar un tiempo para ver cómo había ido todo. Mes y medio después, **la niña está fuerte y sana**. Los médicos han comenzado a retirar progresivamente la leche artificial, porque Louise ya tiene buena capacidad para dar de mamar a su nieta. Hemos encontrado una manera sostenible, segura y barata de alimentar a la bebé durante al menos su primer año de vida.

Seguro que, a lo largo de su vida, Micheline tendrá que enfrentarse a muchas más dificultades, pero **la primera batalla ya está ganada**.

Desde Boda,
Óscar



Foto: Louise y Micheline en el centro nutricional

ANEXO 2: SINA: Asociación de apoyo a la lactancia materna y crianza con apego en Valencia [Internet]. Valencia. [Consulta 28 de abril del 2018I]. Disponible en:

<http://www.asociacionsina.org/2010/10/06/dicen-los-libros-de-medicina/>

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

1. Estoy totalmente satisfecho de la visita con este médico/enfermera.
2. El médico/enfermera ha puesto mucha atención en examinar todos los problemas.
3. Seguiré los consejos del médico/enfermera porque creo que son muy acertados.
4. Me he sentido cómodo hablando con el médico/enfermera sobre temas muy personales.
5. El tiempo que he pasado con el médico/enfermera ha sido algo corto.
6. El médico/enfermera me ha dado una información completa sobre mi tratamiento.
7. Algunos aspectos de la consulta con el médico/enfermera podrían haber sido mejores.
8. Hay algunas cosas que el médico/enfermera no sabe de mí.
9. El médico/enfermera ha escuchado con mucha atención todo lo que **le** he dicho.
10. Pienso que el médico/enfermera me ha tratado de manera personalizada.
11. El tiempo que he estado con el médico no ha sido suficiente para comentarle todo lo que deseaba.
12. Después de la visita con el médico/enfermera entiendo mucho mejor mi problema de salud.
13. El médico/enfermera se ha interesado por mí no sólo a causa de mi enfermedad, sino también como persona.
14. El médico/enfermera lo sabe todo sobre mí.
15. Creo que el médico/enfermera sabía realmente lo que yo estaba pensando.
16. Me hubiera gustado estar más tiempo con el médico/enfermera.
17. No estoy del todo satisfecho con la visita al médico.
18. Me resultaría difícil hablar con el médico/enfermera sobre temas personales.

ANEXO 3: Fernández San Martín, María Isabel; Rebagliato Nadal, Oriol; de Gispert Uriach, Blanca; Roig Carrera, Helena; Artigas Guix, Jordi; Bonay Valls, Berta et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Aten Primaria. [Internet] 2008;40(12):611–6. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adaptacion-un-cuestionario-satisfaccion-del-13129516>