

## Aplicación del proceso enfermero ante dificultades en la instauración de la lactancia materna

**M<sup>a</sup> Teresa Pingarrón Montes**

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II. 3<sup>a</sup> planta. Avda Complutense s/n.28040 Madrid.  
[maite.pingarron@gapm@salud.madrid.org](mailto:maite.pingarron@gapm@salud.madrid.org)

**Tutora**  
**Nury Alejo Brú**

[nuryalejobru@hotmail.com](mailto:nuryalejobru@hotmail.com)

**Resumen:** La práctica de la lactancia materna representa múltiples beneficios para los lactantes y las madres. La Organización Mundial de la Salud OMS y la American Academy of Pediatrics (AAP) consideran la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como el alimento óptimo para el lactante y junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida; sin embargo, diversos estudios muestran que la prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS. Los resultados demostraron que la prevalencia del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz fue del 93.5% lo cual significa que aunque la lactancia materna está reconocida científicamente como la mejor forma de nutrición en los primeros seis meses de vida las madres no están lactando adecuadamente a sus hijos. Los estudios refieren que una buena educación sanitaria preparto y posparto aumenta el tiempo de lactancia materna. Los problemas durante el primer mes son determinantes para la continuidad de la lactancia materna y se pueden solucionar con una buena educación maternal.

**Palabras clave:** Lactancia materna. Educación maternal. Educación sanitaria de mujeres.

**Abstract:** Breastfeeding represents multiple benefits for the breast-fed babies and the mothers. OMS and the American Academy of Pediatrics (AAP) considers the mother exclusive lactation up to 6 months; nevertheless, diverse studies show that The prevalence and duration of the mother lactation in all the European countries is far below of the recommended for the World Health Organization (WHO) The results they demonstrated that the prevalence of the diagnosis of infirmary mother ineffective lactation was 93.5 % Which means that though the mother lactation is recognized scientific as the best form of nutrition in the first six months of life together with a complementary supply up to two years of life, the mothers are not nursing adequately his children. The studies recount that a good sanitary before and after birth education it increases the time of mother lactation. The problems during the first month are

determinant for the continuity of the mother lactation and can be solved by a good maternal education.

**Keywords:** Breastfeeding. Maternity education. Women health education

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM)<sup>(1)</sup> es tan antigua como la humanidad, se define como el acto instintivo, fisiológico, de herencia biológica y vital por el que la madre nutre a su recién nacido durante sus primeros meses de vida.

La evidencia científica<sup>(2)</sup> acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna por su especificidad de nutrientes, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento y receptores análogos para la alimentación del recién nacido y lactante. Es la mejor alimentación para las primeras etapas de la vida, no crea intolerancias, es económica, no precisa pautas médicas y es un buen medio para favorecer un adecuado vínculo madre-hijo. Por otro lado además de los beneficios que recomiendan la lactancia materna, existen inconvenientes que desaconsejan la lactancia artificial, entre los que destaca el mayor enlentecimiento del sistema digestivo y con él toda una serie de alteraciones como Aumento de regurgitaciones, cólicos, flora intestinal patógena, etc. (Anexo I).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(3)</sup> podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 4 meses de vida.

Además una lactancia materna prolongada<sup>(4)</sup> contribuye a mejorar la salud de las madres, ayuda a la involución uterina, previene la osteoporosis, es factor de protección del cáncer de mama, útero y ovarios, La American Academy of Pediatrics (AAP), establece que el riesgo de padecer cáncer de mama se reducen en un 4.3% cada año que lacta al bebé, existiendo un mayor beneficio si la lactancia se da a diferentes bebés.

La OMS y la AAP<sup>(4)</sup> consideran la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como el alimento óptimo para el lactante y junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida. Sin embargo, mientras la OMS<sup>(5)</sup> asegura que el 97 % de mujeres en edad fértil puede amamantar a sus hijos hasta los 2 años o más, la realidad es muy distinta.

Tras la Segunda Guerra Mundial<sup>(6)</sup>, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas, la LM fue abandonándose progresivamente alcanzando en Estados Unidos durante la década de los 60 cifras prácticamente indetectables. Esta moda se trasladó desde Estados Unidos (exponente máximo de la Revolución Industrial) a Europa

Occidental y posteriormente a Europa Oriental. Con un decalaje aproximado de quince o veinte años se exportó posteriormente a los países menos desarrollados, al denominado “Tercer Mundo” (Anexo II). Dentro de cada país fueron las clases económicamente más pudientes las que en primera instancia adaptaron la nueva moda alimenticia y posteriormente las clases inferiores las imitaron.

En nuestro País desde mediados del siglo XX<sup>(7)</sup> fueron disminuyendo tanto el número de mujeres que iniciaba la LM como su duración. Las razones de este fenómeno partieron de los ámbitos social, económico y cultural. Con la aparición de modernas tecnologías para el proceso de atención a la maternidad y la adopción de nuevos estilos de vida, se concedió menor importancia a esta práctica tradicional desde el ámbito sanitario. En general, durante los años ochenta y noventa<sup>(8)</sup>, la mediana de duración de la LM no superaba los 2 meses y la lactancia más allá de los 6 meses era excepcional.

Desde las primeras llamadas de alerta en 1974 y 1978 de la Asamblea Mundial de la Salud<sup>(2)</sup>, en las últimas tres décadas las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un problema de salud pública y diversos organismos internacionales publicaron recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo.

En 1992 La OMS y el Fondo de las naciones unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>(2)</sup> lanzaron una estrategia conjunta “Hospital amigo de los niños” con el objetivo de promocionar la LM en todo el mundo a través del cumplimiento de “Los 10 pasos para una lactancia feliz” (Anexo III). En 2002, la Estrategia Global de la OMS/UNICEF para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño hizo una llamada urgente para renovar el apoyo a la promoción de la LM exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación del amamantamiento desde entonces hasta los 2 años, complementado con alimentos seguros y apropiados.

A pesar de este esfuerzo<sup>(2)</sup> la instauración y duración de la lactancia materna en todos los países europeos diferentes informes revelan que está muy por debajo de lo recomendado por la OMS y los resultados de estudios recientes dibujan una situación poco alentadora: los países europeos no cumplen las políticas y recomendaciones de la Estrategia Global para la Nutrición del lactante y niño pequeño que suscribieron durante la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2005, no se cumplen las metas de la Declaración de Innocenti, la formación de los profesionales sanitarios es inadecuada e incompleta, la iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN) está poco implantada (en nuestro país sólo 12 maternidades tienen el galardón IHAN) y la incidencia y prevalencia de lactancia materna es muy baja a los 6 meses en todos los países.

En 2006<sup>(2)</sup> la Iniciativa IHAN es revisada. Se reconoce que el apoyo continuado a la madre durante todo el amamantamiento es tan necesario como el apoyo en los primeros días de vida y se extiende la estrategia más allá de las maternidades hacia el resto de los sectores de cuidado materno-infantil. Se legislan los pasos necesarios para ser miembros de IHAN tanto de Hospitales como Centros de Salud (Anexo IV).

UNICEF<sup>(9)</sup> describe como uno de los principales problemas de la instauración de la lactancia la presión social y comercial, incluida la comercialización y la promoción agresiva por parte de los productores de leche adaptada. La orientación médica incorrecta por parte de los trabajadores de salud que carecen de conocimientos adecuados y capacitación en apoyo a la lactancia materna agravan a menudo estas presiones. Además, muchas mujeres tienen que volver al trabajo inmediatamente después del parto, y hacen frente a una serie de problemas y presiones que suelen obligarlas a dejar la lactancia materna exclusiva antes de tiempo. Las madres que trabajan necesitan apoyo, incluidas medidas legislativas, para poder continuar con la lactancia.

En la actualidad en España<sup>(2)</sup> no se dispone de un sistema adecuado de monitorización de la situación de la lactancia por lo que los datos de los que disponemos provienen de estudios locales con mayor o menor rigor y obtenidos con diferente metodología. Sólo es posible dibujar un mapa aproximativo de la situación real. La encuesta nacional de salud del instituto nacional de estadística, (INE), muestra los valores de prevalencia y duración de la lactancia materna por comunidades autónomas (Anexo IV).

Algunos estudios han descrito los factores maternos asociados con la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna:

- Las variables significativas<sup>(10)</sup> con relación a la duración de LM serían: deseo de dar el pecho, disponer de un alojamiento conjunto, recibir ayuda de los profesionales de enfermería durante la estancia en el hospital, no recibir suplementos en el hospital, no tener problemas durante el primer mes de vida y recibir información en los centros de salud.
- Y aquellos que influyen negativamente<sup>(2)</sup> englobarían: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, la escasez de medidas de apoyo a la LM y la mujer trabajadora y el temor a la pérdida de libertad.
- Otros estudios aportan datos relativos a la prevalencia en LM, entre ellos cabe destacar las siguientes conclusiones:
  - ✓ Existe una estrecha vinculación<sup>(11)</sup> entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna, ya que el 68,33 % de las madres tienen conocimiento sobre la lactancia materna.
  - ✓ La frecuencia mayor de lactancia materna<sup>(11,12)</sup> se relacionó con la ocupación

de la madre y fue en las amas de casa con el 60,8 %. La principal causa que provocó destete precoz fue la hipogalactia (60 %).

- ✓ Los principales problemas y abandono de la lactancia materna<sup>(10,11)</sup> fueron: Las grietas, las mastitis, el dolor mamario y el cansancio. Las principales causas de abandono eran los problemas durante el primer mes, con un 29% (IC del 95%, 20,1-37,6). La vuelta al trabajo fue considerada causa de abandono por un 6% (IC del 95%, 2,14-12,1).
- ✓ La razón<sup>(11,12)</sup> más habitualmente que dan las madres en todo el mundo, para suspender la lactancia o introducir alimentos complementarios precozmente, es que piensan que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala. Algunas madres se preocupan por la cantidad de leche que producen incluso ya en los primeros días tras el parto. A veces, son los parientes, amigos o agentes de salud quienes sugieren a la madre que puede no tener leche suficiente. Parece que en todas las sociedades, la confianza de las madres en su capacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos se minan fácilmente. Cuando se habla de hipogalactia <sup>(11)</sup>, hay que referirse al momento en que ocurre, pues a veces se quiere hablar de un destete precoz alegando la producción insuficiente de leche en los primeros días después del parto, cuando se produce el calostro o leche transicional. En este período la cantidad de secreción láctea es inferior a la etapa de la producción de leche madura.
- ✓ Las semanas posteriores al alta y tras el cuarto mes de vida son los momentos de mayor abandono<sup>(13)</sup> precoz de LM Complementaria y LM. El abandono tras el alta hospitalaria probablemente esté relacionado con problemas precoces en la LM, mientras que los picos del cuarto y quinto mes pueden explicarse por el retorno al trabajo de las madres y la recomendación de inicio de la alimentación complementaria al cuarto mes, práctica común de los profesionales sanitarios.
- ✓ Algunos de los factores que influyen en el abandono de la LM son modificables desde el sistema sanitario y otros son independientes de éste.
- ✓ Una revisión sistemática Cochrane<sup>(14)</sup> proporciona pruebas de que diversas formas de educación en lactancia materna son efectivas para el aumento de las tasas de comienzo de la lactancia materna entre las mujeres con bajos ingresos en los EE.UU. Sin embargo, la repercusión de la educación prenatal en lactancia materna sobre su duración no se ha informado ampliamente. En Australia más del 90% de las madres inician la lactancia materna; sin embargo, sólo el 48% de las madres lactan al mes posparto y sólo el 23% mantiene cualquier forma de lactancia materna a los seis meses. Tasas similares de duración de la lactancia materna se informaron en los EE.UU y Gran Bretaña así como en los países en desarrollo (UNICEF 1998).
- ✓ Se han estudiado varios métodos de promoción de la lactancia materna, incluidos los programas educativos, para apoyar la tendencia al aumento de la duración de la lactancia materna. En general se considera que, al mejorar el conocimiento prenatal de las madres sobre la lactancia materna, aumentarían las tasas y la duración de la lactancia materna. La falta de

información y educación prenatales acerca de la lactancia materna ha sido un factor referido por las madres de Nueva Zelanda entrevistadas acerca de la interrupción de la lactancia materna.

- Se encontró que el asesoramiento por pares solo fue efectivo para aumentar el comienzo de la lactancia materna.
- Que una combinación de un folleto de lactancia materna, un video y una consulta de lactancia fue efectiva para aumentar la lactancia materna a los tres meses en comparación con la atención habitual.
- Y que una combinación de un folleto de lactancia materna, un video y una consulta de lactancia fue más efectiva para aumentar la lactancia materna exclusiva a los seis meses en comparación con un folleto de lactancia materna y un video.

Llegado este punto habría que diferenciar<sup>(14)</sup> entre educación maternal preparto y apoyo a la lactancia o educación maternal en posparto:

- La educación prenatal en lactancia materna se define como la información en lactancia materna que se imparte durante el embarazo mediante varias formas. Dicha educación podría ser individual o grupal, podría incluir programas de visitas al domicilio, programas de educación por pares o citas en consultorios específicamente con el objeto de impartir el conocimiento en lactancia materna y podría incluir o no a los futuros padres. Generalmente la educación en lactancia materna es un programa formalizado, definido, descriptivo y orientado a metas con una finalidad específica.
- El apoyo a la lactancia materna generalmente se dirige a la persona individual cuando surgen necesidades y se define como una persona, un grupo o una organización que proporciona apoyo en muchos aspectos. Éstos podrían ser apoyo psicológico (reafirmación y estímulo de la madre), apoyo físico (proporcionar alimentos, cuidar a otros niños por ella, limpieza del domicilio y realizar la jardinería), apoyo económico o servicios de información en lactancia materna disponibles para consultar cuando surge una pregunta sobre la lactancia materna. El apoyo a la lactancia materna comienza generalmente en el período posnatal, no prenatalmente. No suele tratarse de un problema definido y formal.

Otros estudios también recientes apuntan hacia la educación para la promoción<sup>(1,10,14,15,16,17)</sup> de la LM como el factor más influyente en el mantenimiento de la misma, haciendo énfasis en la educación postnatal. En éste sentido parece ser que de dos sesiones<sup>(15)</sup> separadas después del parto pueden ser algo más efectivas que una sola para hacer que inicie, continúe y aumente la prevalencia de la lactancia materna. Así mismo encontraron que una mayor dedicación por parte del personal de enfermería del centro de salud condiciona una mayor duración de LM.

Este mismo estudio también refleja<sup>(10)</sup> que las variables más significativamente

estadísticas para favorecer la lactancia materna son:

- La previa voluntad de que la madre quiera dar el pecho, alojamiento conjunto y no recibir suplementos en el hospital.
- Y que los problemas durante el primer mes son determinantes para la continuidad de la lactancia materna y se pueden solucionar con una buena educación sanitaria.

El beneficio aportado por los diferentes grupos de intervención de apoyo en el posparto aparecen en una revisión Cochrane<sup>(18)</sup>, ésta exploró el beneficio mediante un análisis de subgrupos y señalado que el efecto mayor de las intervenciones de apoyo sobre las mujeres que amamantan ocurrió en las comunidades con niveles intermedios de comienzo de la lactancia materna. Aunque el tamaño del efecto de las intervenciones de apoyo para reducir el cese de cualquier lactancia materna es modesto, hay pruebas de un efecto mayor sobre la prolongación de la lactancia materna exclusiva:

- Cuando se utilizó el apoyo de no profesionales hubo una reducción acentuada en el cese de la lactancia materna exclusiva dentro de los tres primeros meses.
- El apoyo profesional, el apoyo no profesional y las combinaciones de ambos no difirieron significativamente en su efecto sobre la continuación de cualquier lactancia materna, aunque hubo una tendencia a que el apoyo combinado sea más efectivo.
- Para la continuación de la lactancia materna exclusiva el apoyo no profesional y las combinaciones de apoyo profesional y no profesional fueron más efectivas que el apoyo profesional solo.
- No obstante, este estudio concluyó que al parecer las estrategias que dependen principalmente del apoyo "cara a cara" son más efectivas que aquellas que se basan principalmente en el contacto telefónico.

La sociedad ha ido cambiando y con ello nuestra relación con la maternidad y en consecuencia con la lactancia materna. Las mujeres afrontan la maternidad a edades más tardías, la mayoría de las familias no pasan de los 5 miembros.

Vivimos en la era de la información donde todos estamos conectados con todo en todo momento, por lo que las madres que se acercan a la maternidad consciente de su desconocimiento buscan información casi desde el primer momento que saben que están embarazadas. La información que obtienen es muy dispar dependiendo donde busquen esta información e incluso dentro del mismo sitio, así dos profesionales sanitarios podemos recomendar cuidados muy diferentes para una misma cuestión. Esto crea mucha incertidumbre a las madres.

Existe una gran presión social por parte de los profesionales como de la sociedad

tanto para dar como para no dar LM, esto unido a la inseguridad, la incertidumbre, el desconocimiento de la propia madre y la “no cultura de LM” de nuestra sociedad como del hecho de que los profesionales sanitarios no coincidamos en nuestras aportaciones y recomendaciones, son factores determinantes para la no consecución de la lactancia.

La educación maternal es fundamental para tomar contacto con su embarazo, para comenzar a vincularse con el bebé e ir tomando contacto con la nueva situación, con las posibles complicaciones y adquiriendo recursos para reconocerlas y hacerlas frente. Sin embargo una vez existen problemas durante la lactancia lo más importante es tener un apoyo en lactancia, un profesional referente que le ayude a solventar los problemas que puedan surgir sobre todo en el primer de vida del recién nacido.

Es por tanto determinante en la consecución de la LM un apoyo profesional, como también lo es sentirse apoyada por su pareja y familiares, para darla confianza y seguridad en sus decisiones y por último y no menos importante es el no sentirse presionada por los beneficios de la lactancia, por los familiares y por la sociedad y tomar la decisión con la que esté más cómoda independientemente de cuál sea esta porque será muy difícil conseguirlo si ni ella está convencida de quererlo.

### **DESARROLLO CASO CLÍNICO**

Ana, es una mujer de 38 años, actualmente se encuentra en el posparto de su primer hijo. Vive con su pareja desde hace 3 años, su hija Rebeca es el fruto de un embarazo buscado durante un año y medio.

Ana ocupa un puesto directivo en una entidad bancaria, soportando mucho estrés y presión en su trabajo, especialmente en la situación laboral actual.

Su hermana 3 años menor que ella, trabaja y vive en Irlanda donde colabora con un grupo de apoyo a la lactancia materna desde que nació su primer hijo. A pesar de estar tan lejos mantiene una estrecha relación con ella, habiéndola asesorado y animado en su maternidad y en su actual lactancia.

A pesar del poco tiempo que aparentemente su trabajo la deja, Ana y su pareja se han preparado para el embarazo, el parto y la adaptación con su bebe. Ha acudido a todas las clases de educación maternal y leído varias libros y revistas para estar bien informada de todos los posibles eventos o contratiempos que pudieran surgir, así mismo su hermana la ha informado puntualmente de todos los problemas frecuentes que ellos atienden en sus grupos de apoyo diariamente.

La pareja de Ana, Adrián es italiano y trabaja como profesor de italiano, al no tener familia aquí y su trabajo, hace que pueda pasar mucho tiempo con su familia y participar activamente en los cuidados de Rebeca.

Ana dio a luz hace 10 días, un parto natural que considera una bonita experiencia, se sintió muy bien acompañada por su pareja y por los profesionales sanitarios que la atendieron, llevó un plan de parto que atendieron y se cumplió en gran medida. Desde el nacimiento Rebeca se ha alimentado exclusivamente con lactancia materna, aunque ésta no ha sido muy satisfactoria para Ana. Tiene heridas en los pezones, siente dolor cuando Rebeca mama, no sabe si el bebe se engancha bien al pecho y si cuando llora es porque tiene hambre o porque quiere el pecho a modo de chupete, también tiene dudas sobre si Rebeca está bien alimentada o si tendrá leche suficiente. Dice estar muy cansada a ratos y no sabe si lo estará haciendo bien.

Está decidida a alimentar a su bebe con lactancia materna, acude al centro de salud para asesorarse sobre los problemas con su lactancia.

## METODOLOGÍA

En el abordaje del caso, realizo la valoración por patrones de M Gordon, para recoger de forma sistemática y ordenada información sobre el estado de salud general de Ana, prestando especial atención a los problemas presentados por ella y a los problemas potenciales que puedan surgir consecuencia de los actuales.

Una vez hecha la valoración, obtengo los diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.) y contextualizandolo e interrelacionandolo las taxonomías NANDA, NOC (Nursing Outcome Classification) y NIC (Nursing Intervention Classification).

En base a los diagnósticos encontrados se plantean una serie de actividades pormenorizadas e individualizadas para Ana. Una vez realizadas todas ellas evaluaré el caso en general y el motivo de consulta particular.

## VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud.** Ana es una joven sana, que ha tenido un desarrollo normal y goza de buena salud. No consume tabaco, ni alcohol, ni drogas. No tiene antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.
- **Patrón 2: Nutricional – Metabólico.** Dieta variada, sana, con un aumento de aporte calórico acorde a su situación de madre lactante, Ingesta de líquidos de aproximadamente 2- 3 l/día y aumento de aporte de productos ricos en calcio. . Buen estado de piel y mucosas. Peso: 66 kg. Talla: 1,59 m. incremento de peso en el embarazo: 10 Kg.

- **Patrón 3: Eliminación.** Patrón de micción de 6- 8 veces/ día. Patrón de defecación de 1 vez/ días. Pasados los tres primeros días posparto, no refiere alteraciones. Aun así se valora el riesgo de tener debilidad de suelo pélvico como consecuencia del parto vaginal.
- **Patrón 4: Actividad – Ejercicio.** Desde el parto no ha tenido mucha actividad, la propia de acudir a realizar los papeleos de inscripción de Rebeca y el centro de salud, también intenta salir todos los días a dar un paseo en las horas centrales del día. No presenta limitaciones en la función ni en la tolerancia de la actividad. TA: 120/75 mmHg. FC: 80 p/min. FRP: 19 resp/min.
- **Patrón 5: Sueño – Descanso.** No refiere alteraciones normalmente, desde Que Rebeca llegó a casa las horas de descanso han estado muy limitadas, suele descansar en ratos sueltos cuando Adrián se lleva a Rebeca de paseo o se encarga de ella, no tolera muy bien el sueño y descanso repartido en diferentes momentos del día, aunque intenta ir acostumbrándose.
- **Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.** No presenta alteraciones. Atribuye su inquietud a la incertidumbre propia de la adaptación a la nueva situación familiar...
- **Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.** Se define como abierta y sociable, se considera una mujer capaz y preparada. Ha dedicado mucho tiempo en este embarazo para prepararse para su maternidad, aunque ahora que se encuentra en su nuevo rol se siente insegura, le da miedo no hacerlo bien. En ocasiones se siente abrumada por los cambios físicos y hormonales a los que está sometida.
- **Patrón 8: Rol – Relaciones.** Buena relación con su pareja, su entorno familiar y amistades. Refiere cercanía con su hermana, principal apoyo en este momento. Actualmente se encuentra en proceso de adaptación a su nuevo rol maternal.
- **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.** Ha mantenido el control de natalidad sin ningún problema desde que empezó a tener relaciones, Rebeca es fruto de un embarazo buscado y deseado por ambos miembros de la pareja, el parto no ha tenido complicaciones y no se le ha realizado episiotomía.
- **Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.** Buen afrontamiento basado en sistemas de apoyo de la red familiar, aun presentando momentos de mayor incertidumbre y llanto, provocado por la falta de descanso, la novedad de la situación y la alteración hormonal propia del proceso en el que se encuentra...
- **Patrón 11: Valores- Creencias.** Está totalmente convencida de la elección de lactancia materna para su hija. Posee convicción de que su red natural de apoyo es útil y contempla al sistema sanitario como un recurso fiable ante su actual situación.

## RESULTADOS

Tras la valoración de la situación encuentro varios problemas que priorizo de la siguiente manera:

1. Motivo de consulta y problema principal en este momento: Lactancia materna ineficaz.
2. Adaptación de la nueva situación: Disposición para mejorar su situación para alcanza una mayor bienestar y una mejor adaptación: Disposición para mejorar el afrontamiento, disposición para aumentar el auto –cuidado, disposición para mejorar los conocimientos y disposición para mejorar el proceso de maternidad.
3. Riesgos potenciales: Derivados del problema actual y de la situación en la que se encuentra Ana. Riesgo de infección y riesgo de cansancio del rol de cuidador, en este caso adaptación al rol maternal.

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
<b>Disposición para mejorar el afrontamiento 00158.</b>	Es consciente de los posibles cambios ambientales. Define los agentes estresantes como manejables. Busca el conocimiento de nuevas estrategias Busca soporte social.	
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas suficientes para el bienestar y que puede ser reforzado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0906 Toma de decisiones.</li> <li>• 0907 Procesamiento de la información</li> <li>• 1901 Crianza de los hijos: seguridad.</li> <li>• 1702 Ideas sobre la salud: control percibido.</li> <li>• 1703 Ideas sobre la salud: recursos percibidos.</li> </ul>	5380 Fomento de la seguridad. 5440 Potenciación del sistema de apoyo. 5250 Apoyo en la toma de decisiones.  <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarla a valorar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.</li> <li>• Fomentar técnicas de asertividad para obtener apoyo emocional de su entorno.</li> <li>• Fortalecer la seguridad y confianza en las decisiones que toma.</li> <li>• Animar a verbalizar y transmitir sus emociones, sentimientos y necesidades.</li> <li>• Animar a verbalizar sus preocupaciones.</li> </ul>

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
<b>Disposición para aumentar el autocuidado 00182.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de salud.</li> <li>• Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.</li> <li>• Expresa deseos de aumentar el autocuidado.</li> </ul>	
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1701 Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar.</li> <li>• 1703 Ideas sobre la salud: recursos percibidos.</li> <li>• 2511 Estado maternal posparto.</li> <li>• 1818 Conocimiento: postparto.</li> </ul>	0610 Cuidado de la incontinencia Urinaria. 6930 Cuidado posparto. 5606 Enseñanza: individual.  <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir sobre el proceso fisiológico del posparto: Asesorar sobre los cuidados del posparto: Tiempo de expulsión de loquios, motivos de acudir a urgencias, alteraciones emocionales y físicas propias del posparto.</li> <li>• Asesorar sobre potenciales problemas derivados de la debilidad del suelo pélvico posterior al parto: fortalecimiento del músculo con ejercicios de kegel.</li> </ul>

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
<b>Disposición para mejorar los conocimientos 00161.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica su conocimiento del tema.</li> <li>• Manifiesta interés en el aprendizaje.</li> <li>• Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados.</li> </ul>	
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
La adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1819 Conocimiento: cuidado del niño.</li> <li>• 181901 Características del lactante normal.</li> </ul>	5244 Asesoramiento para la lactancia. 5510 Educación sanitaria. 5520 Facilitar el aprendizaje. 5540 Fomentar la disposición al

<p>los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 181911 Signos y síntomas de deshidratación.</li> <li>• 181918 Patrones del sueño y despertar del lactante.</li> <li>• 0118 Adaptación del recién nacido.</li> <li>• 180004 Primeros signos de hambre del lactante.</li> </ul>	<p>aprendizaje.                      5564 Educación paterna: familia con un nuevo bebé.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar cuidados del recién nacido y problemas habituales de estos y como resolverlos: micciones y deposiciones, limpieza del ombligo, periodos de sueño y comida, expulsión de gases, cólicos del lactante.</li> <li>• Corregir conceptos equivocados sobre los cuidados diarios del recién nacido.</li> <li>• Asesorar a la unidad familiar sobre los cuidados del bebe y sobre cambios más frecuentes producidos con la llegada del bebe a casa: cambios en los periodos de sueño de la familia, en las actividades diarias, visitas familiares, asesoramiento de amigos y conocidos.</li> </ul>
---	--	---

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
<p><b>Disposición para mejorar el proceso de maternidad 00208.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demuestra técnicas apropiadas para la alimentación del lactante,</li> <li>• Demuestra el cuidado apropiado de las mamas, utiliza adecuadamente los sistemas de soporte</li> <li>• Demuestra una conducta de vinculación con el lactante</li> <li>• Demuestra técnicas de cuidados básicos del lactante</li> </ul>	
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
<p>Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1501 Desempeño del nuevo rol maternal.</li> <li>• 250804 Satisfacción con la realización de los roles.</li> <li>• 2511 Estado maternal posparto.</li> <li>• 1701 Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar.</li> <li>• 1703 Ideas sobre la salud: recursos</li> </ul>	<p>6880 Cuidados del recién nacido.                      5244 Asesoramiento en la lactancia                      1054 Ayuda en la lactancia materna                      5520 Facilitar el aprendizaje.                      5606 Enseñanza: individual.                      5604 Enseñanza grupal.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a los padres a desarrollar habilidades en los cuidados del bebe.</li> </ul>

	percibidos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1819 Conocimiento: cuidado del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la adaptación de los padres a la paternidad.</li> <li>• Determinar la aceptación de su papel.</li> <li>• Animar a verbalizar y transmitir sus emociones, sentimientos y necesidades.</li> <li>• Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante.</li> <li>• Repetir la información importante.</li> <li>• Ofrecerle la posibilidad de acudir a consulta tantas veces sea necesaria.</li> <li>• Ofrecer la posibilidad de acudir a clase de educación maternal en el posparto.</li> </ul>
--	--	---

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
<b>Riesgo de cansancio del Rol del cuidador 00062.</b>		Falta de experiencia en el cuidado de bebés.
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
<p>El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar, relacionado con la falta de experiencia para cuidar un bebé.</p>	<p>2203 ALTERACION DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL                      220315 Trastorno de la rutina.                      220318 Trastorno del entorno vital.                      20310 Responsabilidades del rol.                      2508 BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL                      250804 Satisfacción con la realización de los roles.                      250813 Capacidad para el afrontamiento.</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal.                      5440 Aumentar los sistemas de apoyo.                      5270 Apoyo emocional.                      4920 Escucha activa.                      5370 Potenciación de roles.                      604 Técnica simple de Relajación.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.</li> <li>• Implicar a la pareja y otros miembros de la familia en los cuidados del recién nacido.</li> <li>• Animar a los padres a descansar en cualquier momento del día que descanse el bebé.</li> <li>• Animar a que intercambien los periodos de descanso.</li> <li>• Animar a realizar técnicas simples de relajación en momentos del día que el bebé descanse.</li> <li>• Enseñar otras técnicas de manejo de estrés.</li> <li>• Animarles a verbalizar y transmitir sus emociones, sentimientos y necesidades.</li> </ul>

NANDA	Características definitorias	Factores Relacionadas
Riesgo de infección 00004.		Destrucción tisular en la zona del pezón.
Definición	NOC e Indicadores	NIC y Actividades
Aumento de riesgo de ser invadido por organismos patógenos .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1101 Integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas.</li> <li>• 1102 Curación de heridas: intención primaria.</li> </ul>	3584 Cuidado de la piel: tratamientos tópicos. 3660 Cuidado de las heridas. 6540 Control de infecciones. 3590 Vigilancia de la piel. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón: corrección de la postura.</li> <li>• Instruir a la madre en la limpieza y cuidado de la herida, antes y después de la toma.</li> <li>• Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebe: diferencia entre succión completa de alimentación y succión para relajarse, sólo con labios.</li> <li>• Enseñar la técnica correcta de retirada del bebé del pecho</li> <li>• Preparar un informe con recomendaciones como cuidar las grietas existentes y cómo prevenir la aparición de grietas sucesivas: estimular el pezón antes de ofrecer al bebé, colocar postura del bebé cuello y cuerpo alineado y en contacto vientre de la madre y el niño, observar postura de los labios del bebé con labios e vertidos hacia fuera, retirada correcta del bebé y protección con la misma leche materna el pezón al terminar la toma.</li> </ul>

## Evaluación

Habiendo realizado las actividades elaboradas de forma personalizada y planteadas con Ana a lo largo de su puerperio y que han sido descritas en el apartado anterior. Llegamos a la siguiente evaluación del caso:

Tras las primeras visitas a la consulta, supervisión de la postura y corrección de ésta, Ana mejoró las grietas, que fue su motivo de consulta primario. La lactancia duró 6 meses de forma exclusiva y hasta los 8 meses con suplemento de alimentación complementaria.

Las grietas de Ana no llegaron a infectarse dado que fue adquiriendo los conocimientos necesarios para cuidar su bebé y adaptándose a su nuevo rol maternal utilizando los recursos familiares y profesionales en función de sus necesidades. No tuvo complicaciones derivadas del proceso fisiológico en el que se encontraba.

La lactancia de esta madre distó mucho de ser una lactancia materna placentera. Durante el tiempo que ésta duró tuvo 3 mastitis, Además Ana vivió con mucha presión la elección de la LM, el que su hermana fuera asesora de lactancia y ella estuviese tan informada de los beneficios y tan motivada intelectualmente y familiarmente para conseguirlo no favoreció la situación. Por otro lado su vida laboral como ejecutiva de banca no le ayudaba sentirse cómoda con la situación de falta de libertad que sentía.

Tras la finalización de la excedencia maternal, retirada de la lactancia materna y la reincorporación a su vida laboral, Ana comenzó a disfrutar de la maternidad y de estar con su hija sin la presión y la obligación de la lactancia.

## CONCLUSIÓN

Es un factor fundamental en la consecución de la lactancia que la madre elija esta opción de forma voluntaria, convencida de que es de verdad lo que quiere hacer, sin ninguna excepción, ni presión social o familiar.

Hoy en día hay ya mucho personal formado en lactancia materna que revisan y corrigen la postura y que conocen y saben la “teoría de la lactancia materna”, sin embargo las cifras de LM pasadas las primeras 7 semanas avanzan muy poco a poco.

La “puérpera” es una mujer con una connotación muy especial, para empezar ninguna es ni siente igual que las demás, las características personales y la carga emocional con la que esta mujer se acerca al embarazo y vive el parto va a determinar su acercamiento a la maternidad y a la LM, el primer mes de ubicación familiar, de conocimiento y adaptación al nuevo bebé van a ser clave para la consecución de la LM. Es igualmente importante que la mujer en esta situación tenga un profesional de referencia y sobretodo de confianza que la acompañe.

Pasado este primer periodo si la mujer se ha adaptado y se trata de una opción elegida libremente, seguramente que hablaremos de una lactancia exitosa y placentera.

Si bien es verdad que la lactancia tiene múltiples beneficios también lo es el hecho de que la mujer ha de ser capaz de disfrutar con su bebé cada momento y querer estar con él sin la presión de obligatoriamente tener que darle el pecho.

Sin ninguna duda las cifras de LM mejorarían si los profesionales sanitarios unificásemos la información y recomendaciones que damos a las mujeres y si fuéramos más capaces escucharlas, acompañarlas y apoyarlas en la decisión que ellas libremente elijan.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pinilla Gómez E, Orozco LC, Camargo FA, Alfonso EP Peña ER, Villabona LN, et al. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. Rev Univ Ind Santan Salud [Internet]. 2011 Dec [citado 16 marzo 2013]; 43( 3 ):271-279. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072011000300008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300008&lng=en)
2. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Basarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:513-29.
3. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. (Bibliotecas Salud Reproductiva de la OMS) American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics [Internet]. 2012 [cited 2013 mars 7];129(3): :e827-41. Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/3/e827](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/3/e827)
4. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé T, Mayor Peguerotes I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. An Esp Pediatr [Internet]. 2002; 57:534-9. Dec [citado 16 febrero 2013]: Disponible en: [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5I\\_LjPq5MY8tQoQkuAtZTCoR-CGB](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPq5MY8tQoQkuAtZTCoR-CGB)
5. Barriuso L, Miguel M de, Sánchez F. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. An Sist Sanit Navarr [Internet]. 2007 [citado 24 febrero 2013];30:383-391. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000500007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007).
6. De Valme P del ÁH. 14 Socorro Arnedillo-Sánchez Nuria Barberá-Rubini M. <sup>a</sup> Cecilia Ruiz-Ferrón. [citado 7 de enero de 2013]; Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/274/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/105/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol7n2pag14-21.pdf>
7. Barriuso Lapresa LM. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2007 [citado 24 febrero 2013];9:589-612, Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-710-pdf/739.pdf>
8. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: AEP; 2004. (Monografías de la AEP; 5).

9. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M. Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria. [Internet] 2005; [citado 24 febrero 2013];35(6):295-300, Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/lactancia-materna-puede-personal-sanitario-influir-positivamente-13073415-originales-2005>
10. Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2013];17(1)42-6. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=6871&id\\_seccion=750&id\\_ejemplar=732&id\\_revista=62](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=6871&id_seccion=750&id_ejemplar=732&id_revista=62)
11. Fidalgo Álvarez I, López Pacios D, Jiménez Rodríguez M, González Martínez A, Costales Álvarez A, Blanco Franco MP, et al. Factores relacionados con la lactancia materna. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet]. 20002 [citado 24 febrero 2013];4:579-91. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-259-pdf/266.pdf>
12. Oliver-Roig A, Chulvi Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. Enferm Clin. [Internet]. 2008 [citado 14 febrero 2013];18(6):317-20. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/sumario/vol-18-num-06-13007122>
13. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011 [citado 4 febrero 2013; 11. Art. No.: CD006425. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD006425&SessionID=0>
14. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr. [Internet]. 2007 [citado 24 febrero 2013] 3:93. Disponible en: [http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmfVNmEyuvxd\\_cnELPWvcbi6gPDe8d1QI9WKnL1-q-PIYdHux6DgknVZwdS\\_iFEG8Bw](http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmfVNmEyuvxd_cnELPWvcbi6gPDe8d1QI9WKnL1-q-PIYdHux6DgknVZwdS_iFEG8Bw)
15. García Vera C, Esparza Olcina MJ. Las intervenciones dirigidas a promover y mantener la lactancia materna son afectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. Evid Pediatr. [Internet]. 2009 [citado 24 febrero 2013];5:16. Disponible en: [http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmaj24b9F3YApIFZ9\\_PwGI\\_nSX\\_\\_FZNaj6b9Pghi-jYka-WYZ80CBJMI5IZgbNocLLg](http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmaj24b9F3YApIFZ9_PwGI_nSX__FZNaj6b9Pghi-jYka-WYZ80CBJMI5IZgbNocLLg)
16. Gallardo Sánchez, R. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)

Serie Matronas. 4(5) [Internet]. 2012 [citado 04 marzo 2013]:174-209, Disponible en:

<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/949/967>

17. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. [Internet]. 2008 [citado 7 marzo 2013] Oxford: Update Software Ltd.: Disponible en: <http://www.update-software.com>

### BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Gordon M, Avant K, Herdman TH, Hoskins L, Lavin M, Sparks S, editors. NANDA. Nursing diagnoses: defintions & classification 2002-2003. Barcelona : Harcourt; 2009.

Herdman TH, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B, editores. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.

Johnson M, Maas M, Moorhead S, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed Barcelona . Elsevier Mosby. 2009.

McCloskey J, Bulechek G, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Johnson M, Bulecheck G, McCoskey J, Maas M, Moorhead S, editores. Diagnósticos enfermeros. Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt Mosby, 2003.

Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J , Reyes Domínguez B , Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC[Internet]. 2010 [citado 7 marzo 2013] 14(2): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009&lng=es)

Baztan, I. Ortega, I. Armendariz, Barace, E. Evolución de la lactancia materna en la población que atiende el Centro de Salud de Mendillorri. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 7 marzo 2013]:43-49 Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182013000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182013000100008&script=sci_arttext)

Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Publica Mex

[Internet]. 2003 [citado 7 marzo 2013];45:276-284. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n4/a06v45n4.pdf>

## RECURSOS ELECTRÓNICOS

Gartner LM, Morton J, Lawrence RA. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics [Internet]. 2005 [cited 4 marzo 2013; 115; 496-506. Disponible en :  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>

World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2003. Disponible en:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1>. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2001. Ginebra: OMS; 2001

World Health Organization/ UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO; 1989 [citado 10 fevr 2013] Disponible en:  
[http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html)

IHAN (Iniciativa Hospital Amigos de los Niños) programa global de OMS / UNICEF. Disponible en: <http://www.babyfriendly.org.uk/home.asp>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2008. p. 30-67.

Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la salud. 16 abril de 2002. A55/15. Ginebra: OMS; 2002 [citad 4 marzo 2013. Disponible en: <http://www.who.int/gh/EB-WHA/PDF/WHA55>

Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Declaración Innocenti adoptada por la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.34). Ginebra: OMS; 1992.

World Health Organization / UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

## ANEXO I

**Tabla 1.** Tomada del libro del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. "Lactancia Materna: guía para profesionales" (2004).  
 Formato pdf: [www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm](http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm)

		Nivel de evidencia
<b>Beneficios para la salud</b>		
<i>A corto plazo</i>	Disminución del sangrado postparto	A
	Aumento de la contracción uterina	A
	Mejoría de la anemia	A
<i>A medio plazo</i>	Recuperación del tamaño uterino	A
	Recuperación peso/silueta	A
	Amenorrea prolongada = ahorro de hierro	A
	Espaciamiento embarazos	A
<i>A largo plazo</i>	Disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico	A
	Disminución del riesgo de cáncer de ovario	A
	Disminución del riesgo de fracturas espinales y de cadera postmenopáusico	A
<b>Ventajas de tipo económico</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor gasto en fórmulas infantiles</li> <li>• Menor gasto en artículos para biberones</li> <li>• Menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé</li> </ul>		
<b>Beneficios de tipo emocional</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivencia única, especial, placentera</li> <li>• Mejor apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo</li> <li>• Satisfacción íntima</li> <li>• Superación de barreras biológicas</li> <li>• Menor depresión postparto/aparición más tardía</li> </ul>		

**Tabla 2.** Inconvenientes de la lactancia artificial para el bebé y la madre.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor vínculo afectivo</li> <li>• No tiene especificidad de especie</li> <li>• Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio. Enlentece la maduración intestinal. Flora intestinal patógena</li> <li>• Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental</li> <li>• Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante</li> <li>• Peor desarrollo intelectual</li> <li>• Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia</li> <li>• Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante</li> <li>• Existen evidencias científicas de que la alimentación con lactancia artificial tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé</li> <li>• El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración</li> </ul>
--

Tomada del libro del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, "Lactancia Materna: guía para profesionales" (2004).

## ANEXO II

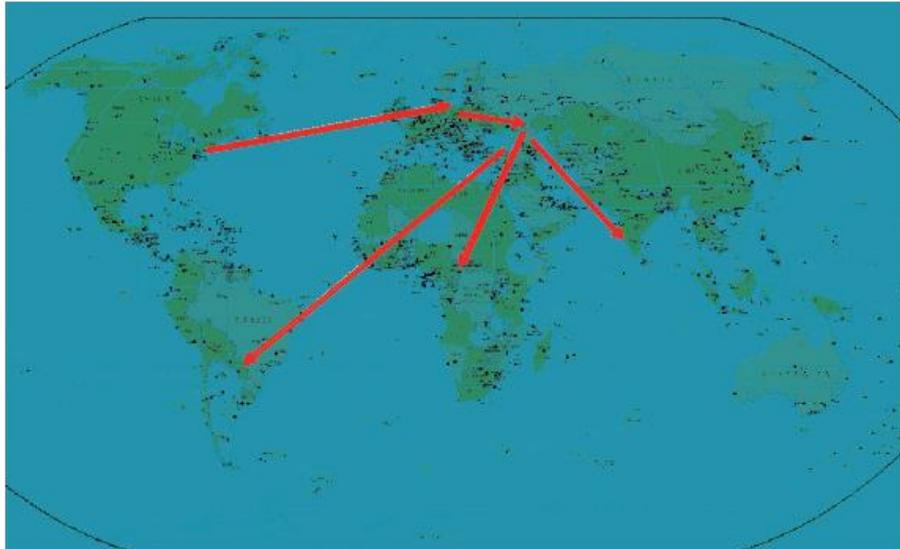


Figura 1. Direccionalidad en el abandono de la lactancia materna.

## ANEXO III

### 10 Pasos hacia una feliz lactancia natural

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

## ANEXO IV

### LOS PASOS PARA SER IHAN

#### 10 PASOS EN HOSPITALES

1. Disponer de una **normativa escrita** de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. **Capacitar** a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. **Informar a todas las embarazadas** acerca de los beneficios y manejo de la lactancia. Además de formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que facilite el mejor inicio de la lactancia tras el parto.
4. **Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.** Este Paso se interpreta ahora como:

Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.

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

#### 7 PASOS EN CENTROS DE SALUD

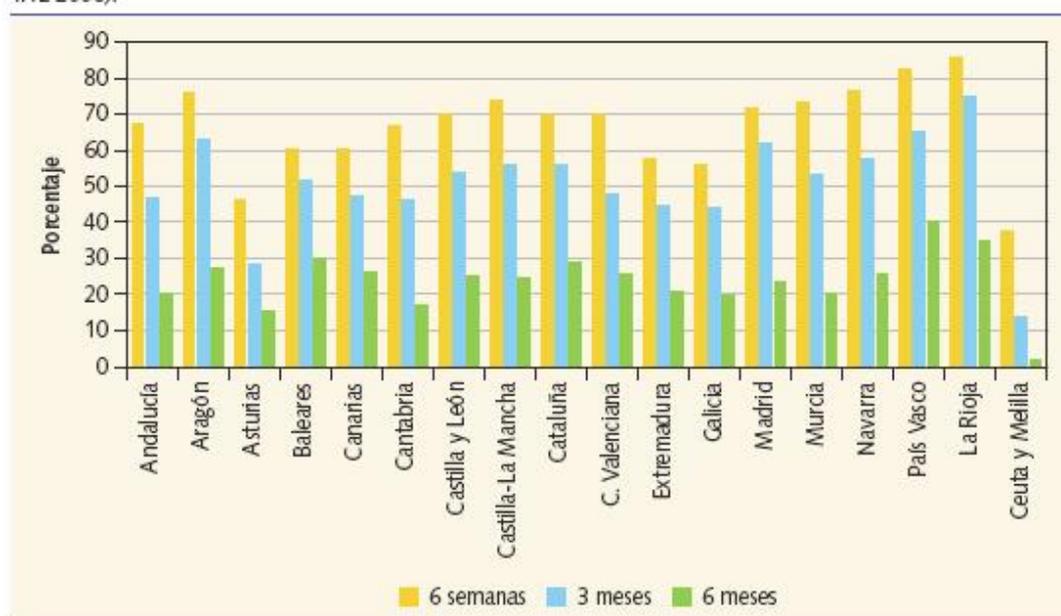
1. Disponer de una **normativa escrita** relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. **Capacitar** a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. **Informar** a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. **Ayudar** a las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

ANEXO V

Tabla I. Prevalencia y duración de la lactancia materna por comunidades (Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008)

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.
Total	68,40	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	0,00	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
Comunidad Valenciana	69,65	4,00	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	0,00	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja	84,11	0,00	15,89	74,37	0,00	25,63	35,02	19,89	45,10
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,30

Figura 1. Lactancia materna en las comunidades autónomas españolas (Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008).



Recibido: 14 enero 2015.

Aceptado: 14 diciembre 2015.