

## Educación sanitaria para promover la Lactancia Materna en niños menores de 1500 gr

**Ana María San Martín Adán**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[amsanmartinadan@gmail.com](mailto:amsanmartinadan@gmail.com)

**Tutor**

**Enrique Pacheco del Cerro**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[quique@enf.ucm.es](mailto:quique@enf.ucm.es)

**Resumen:** Objetivo: Evaluar un programa de educación sanitaria a las madres de los grandes prematuros para aumentar la lactancia materna en estos. Material y método: estudio cuasiexperimental sin grupo control pre y postintervención que incluye a 155 recién nacidos de menos de 1500 gr en la maternidad del Hospital Clínico San Carlos que ingresan en la unidad de neonatología y a sus madres que elijan alimentar a sus hijos con lactancia materna. El periodo de este estudio será de mayo de 2011 a agosto 2013 durante el cual se harán las siguientes acciones: se dará una encuesta a las madres para valorar sus conocimientos y actitudes previos a la lactancia materna, se impartirán unas sesiones de educación sanitaria que incluirán teoría práctica coloquio o discusión, además de apoyo a pie de incubadora sobre todo al inicio de la lactancia y cuando ella lo demande para fomentar la lactancia materna. Al alta del niño se pasará el mismo cuestionario donde se evaluará si la intervención ha sido positiva tanto para ella como para el niño (si al alta se va con lactancia materna como único alimento). Esto será llevado a cabo por el personal de la unidad.

**Palabras clave:** Educación sanitaria de mujeres. Lactancia materna. Niños prematuros – Alimentación.

**Abstract:** Objective: To evaluate a health education program for mothers of large infants to increase breastfeeding in them. Material and methods: quasiexperimental without pre-post control group including 155 infants less than 1500 gr in the maternity ward of Hospital Clínico San Carlos who enter the neonatal unit and their mothers who choose to feed their children breast-fed the will study period May 2011 to August 2013 during which the following actions will: be given a survey to mothers to assess their prior knowledge and attitudes to breastfeeding, are taught about health education sessions include practical theory conversation or discussion, as well as support for foot incubator mainly at the beginning of breastfeeding and when she demande par

encourage breastfeeding. At discharge the child is passing the same questionnaire that assess whether the intervention has been positive for her and for the child (if discharge is being breast-fed as the only food). This will be carried out by the unit staff.

**Keywords:** Health education. Breastfeeding. Premature

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana<sup>(1)</sup>.

La OMS y UNICEF señalan que:

*“Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”<sup>(2)</sup>.*

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido, no sólo por los componentes beneficiosos que contiene, sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo<sup>(3)</sup>.

Sin embargo en los niños menores de 1500 gr. la vinculación no se hace a través del amamantamiento, eventualmente insistiremos a la madre que tomando su leche el niño mejora.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hasta ahora, la lactancia materna ha pasado por diversas fases de aceptación y negación a lo largo de la historia y en distintos países.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra<sup>(4,5,9)</sup>.

Se creía que las diosas romanas de la fertilidad y el amor ayudaban a la mujer en la lactancia. Las leyes antiguas requerían que los ciudadanos respetaran a las mujeres

que estaban en el periodo de la lactancia. Hipócrates escribió que solo la leche de la propia madre de un infante era benéfica.

La Biblia contiene varias referencias sobre la alimentación con leche materna. Encontramos que Moisés fue amamantado por una nodriza. La gente de esa época sabía que la leche de la mujer tenía efectos nutritivos y medicinales que la leche no humana no podía proporcionar<sup>(4,5,7,9)</sup>.

El Talmud especifica un periodo de 24 meses para la lactancia. El Corán también señala dos años de edad. Un antiguo texto hindú especifica que el destete de un bebé puede empezar después de su segundo cumpleaños. En la Mesopotamia del segundo milenio a.C., las leyes del código de Hammurabi establece tres años; en la India del periodo Ayurvédico (1800 a 1500 a.C.) se recomienda una lactancia de un año y destete hasta los tres en los papiros egipcios se podía leer: durante tres años te amamanto<sup>(4,5,7,9)</sup>.

En la Europa de los siglos VIII al X la lactancia era de 2 años y en la época feudal, de 18 meses. En el siglo XVI, en Francia se recomienda el destete hacia los 15 meses, en la misma época en España se recomienda 2 años. Y en los territorios que hoy son Italia los niños eran amamantados un promedio de 2 años.

En Inglaterra, en los siglos XV y XVI los niños eran destetados al año de edad. En América del Norte, en el siglo XVII los niños mamaban entre los 12 y 18 meses y en la Rusia Imperial de los siglos XVIII y XIX aunque la gran mayoría eran criados al pecho<sup>(4,5,7,9)</sup>.

En los datos anteriores también se incluye la lactancia de las nodrizas. En muchas civilizaciones, mujeres de distintas generaciones y clases sociales no han amamantado a sus hijos<sup>(4,5)</sup>.

Pero entorno al inicio del siglo XX y durante todo el siglo se nota un descenso impresionante en la lactancia materna, se ha modificado la alimentación del bebe por otro tipo de leche. En esto influyen varios factores: los avances en el campo de la química permitieron que a finales del siglo XIX se pudiera modificar la leche de vaca para que se acercara a la composición de la humana. Los cambios sociológicos ocurridos en la sociedad industrial. La incorporación de la mujer al mundo laboral que hace ver el amamantamiento como un problema. El pensamiento feminista que considera la alimentación con sucedáneos como una liberación y los enormes intereses económicos de la industria farmacéutica con todo su poder y publicidad<sup>(6,7,8)</sup>.

Hay muchas barreras y de diversos ámbitos que no ayudan a la madre a escoger la lactancia materna como el método de alimentación de sus hijos. La madre de todas las épocas y lugares, tiene miedo a no producir leche suficiente para su hijo, otras temen perder la silueta; otros inconvenientes vienen derivados del mundo laboral...<sup>(9)</sup>.

La OMS y UNICEF, a finales del siglo XX, presentaron la Iniciativa Hospital Amigos de los niños (IHAN), como una estrategia para la recuperación de la práctica del amamantamiento que podría aplicarse en todo el mundo. Actualmente se denomina "*Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia*" (Anexo I)<sup>(10)</sup>.

## SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más"<sup>(11,12,13)</sup>.

La Unión Europea (UE), también da recomendaciones sobre las mejores prácticas para la alimentación de lactantes y niños pequeños que han sido desarrolladas dentro del proyecto EUNUTNET (Red Europea para la Nutrición Pública Saludable: Trabajo en red, Monitorización, Intervención y Formación) financiado por la Comisión Europea para complementar el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa, como resultado de un proyecto anterior de la CE<sup>(14,15)</sup>.

En el momento actual, la OMS está fomentando la lactancia materna y se está empezando a formar a todo el personal sanitario intra y extrahospitalario implicados en la salud materno-infantil para que todos los niños que nazcan, madres y sociedad; puedan beneficiarse de las grandes ventajas que tiene la lactancia materna.

La tasa de parto pretérmino oscila entre el 8 y 10% de todas las gestaciones.

En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) de los últimos 10 años, la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas y entre los diferentes Hospitales que superan en algunos al 10 % del total de nacimientos<sup>(16)</sup> El registro oficial los recién nacidos de peso inferior a 1.500 gr. era de 0,62% en el año 1996 y el 0,75% en 2006<sup>(17)</sup>. El número de recién nacidos en España en el año 2006 fue de 482.957, y se atendieron 3.651 neonatos de peso inferior a 1500 gr. ambas tasas referidas a los que sobrevivieron más de 24 horas<sup>(16)</sup>.

El número de nacimientos pretérmino ha aumentado en España debido a las técnicas de reproducción asistida lo que conlleva aumento de partos múltiples y al incremento de las intervenciones obstétricas. Otros factores que aumentan la prematuridad son el estrés, la edad materna tardía por la incorporación de la mujer al mercado laboral y consolidación del puesto de trabajo materno

Los objetivos a alcanzar en un prematuro son lograr un crecimiento similar al crecimiento en el útero, la no adquisición de morbilidad asociada a la alimentación, lograr un desarrollo neurológico adecuado, prevenir deficiencias específicas y retención adecuada de nutrientes<sup>(18)</sup>.

Debido a su gran prematuridad el niño menor de 1500 gr Tiene todos sus órganos y sistemas inmaduros, por lo que su manejo no es fácil y tiene que ser un equilibrio<sup>(4,5)</sup>.

Las consideraciones especiales en prematuros como la inmadurez metabólica (deficiencias de enzimas digestivos y secreción biliar), inmadurez gastrointestinal (escasa movilidad intestinal) en la capacidad digestiva, inmadurez del sistema inmunitario, patologías propias del prematuro (enterocolitis necrotizante, distres respiratorio, etc.), inestabilidad hemodinámica e hídrica y alto gasto energético hacen que la lactancia materna sea la alimentación idónea<sup>(19)</sup>.

## **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **Ventajas para el niño**

Cabe destacar que mientras el niño esté alimentándose con leche materna, está obteniendo una serie de beneficios y protegiéndose contra numerosas enfermedades tales como:

- Infecciones: gastrointestinales, respiratorias, etc.
- Obesidad.
- Cáncer y tumores malignos.
- Hace más leve la retinopatía si la hubiere.
- Mejora el desarrollo neurológico.
- Futuras enfermedades inmunológicas como la diabetes, enfermedades celíacas, enfermedad inflamatoria intestinal o artritis reumatoide.
- Enfermedades alérgicas.
- La respuesta inmunológica en las vacunaciones es mejor en los niños con lactancia materna exclusiva.
- Ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé, muy importantes en la posición de la dentición permanente.

- Evita las caries del biberón (caries muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón, como leche o zumos<sup>(12,20,21,22,4,18)</sup>).

Además hay mayores tasas de rehospitalización entre los menores de 1500 gr. no amamantados que entre los amamantados, y estas tasas también dependen de la duración de la leche materna.

Para los recién nacidos pretérmino la leche de madre tiene además una serie de beneficios adicionales, entre las que destacan:

- Perfiles fisiológicos de lípidos y aminoácidos.
- Aminoácidos esenciales para el prematuro.
- Mejor digestibilidad y mayor absorción de principios inmediatos.
- Baja carga renal de solutos.
- Presencia de enzimas activas de factores antiinfecciosos.
- Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
- Baja osmolaridad.
- Especificidad de especie con biodisponibilidad única.
- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Protección frente a infecciones nosocomiales<sup>(4,5,7,20,21)</sup>.

### **Ventajas para la madre**

Los beneficios de la lactancia materna no sólo favorecen al recién nacido, sino que también aportan numerosas ventajas a la madre:

- Tiene menos probabilidad de sufrir la depresión postparto. La influencia psicológica de la leche materna en la madre hace que se sienta más útil para su hijo y disminuye el estrés que supone la prematuridad, incluso en la succión percibe una sensación placentera que la ayuda al optimismo frente a su hijo aunque esté enfermo.
- Ayuda a la involución del útero a su posición anterior al parto.
- Evita hemorragias e infecciones en el puerperio.

- Menor pérdida de hierro (por la amenorrea que se produce en la lactancia).
- Tiene menor riesgo de hipertensión.
- Disminuye el riesgo de tener en un futuro cáncer de mama y de ovarios.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis en el periodo post menopausia<sup>(12,20,21,22,4,18)</sup>.

#### **Ventajas socioeconómicas**

- Menor impacto medioambiental: la lactancia materna colabora con la ecología, ya que no hay nada que envasar, disminuyendo en número de industrias y de desechos industriales (botes, latas, artículos para biberones, etc.).
- Menor gasto sanitario.
- Menor coste económico: También es un modo de ahorro pues los precios de las fórmulas son muy elevados, así como los biberones<sup>(4,12,18,19)</sup>.

#### **Motivos de abandono de la lactancia materna en el menor de 1500 gr.**

En estos niños menores de 1500 gr. el establecimiento de la lactancia materna es distinto a los recién nacidos a término. Por varias razones:

- Dependiendo de su estado general se comenzará con alimentación parenteral y enteral trófica. (hipoglucemia, acidosis, etc.).
- Su estómago no tolera grandes cantidades por lo que tarda unos días en introducirse la alimentación enteral completa si su estado lo permite.
- El neonato menor de 30 semanas de edad gestacional no tiene establecido el reflujo de succión-deglución (se estimula con succión no nutritiva).
- A veces estos niños tienen comprometidas sus funciones vitales y necesitan ventilación mecánica.
- En las madres también dificulta la lactancia materna: Partos difíciles, estrés, obesidad, corticoides, diabetes, etc.

Por todos estos motivos las madres de estos niños tendrán que sacarse la leche para ellos tan beneficiosa por medio de máquina, lo que a veces hace más difícil la instauración de la subida de la leche y la duración de la lactancia<sup>(4,23,24,25,26)</sup>.

### **Intervención necesaria para conseguirlo:**

- Alimentación trófica (Anexo II)<sup>(5,28)</sup>.
- Alimentación por gavage (Anexo III)<sup>(5,27)</sup>.
- Succión no nutritiva (Anexo IV)<sup>(27,33)</sup>.
- Método madre canguro en cuanto se pueda (Anexo V)<sup>(27,34)</sup>.
- Extracción periódica de la leche por método de sacaleches (Anexo VI)<sup>(4,5,19)</sup>.
- Reducir el estrés materno<sup>(4,5,19)</sup>.

### **JUSTIFICACIÓN**

- Porque el neonato menor de 30 semanas de gestación no tiene el reflejo de succión deglución establecido.
- El niño menor de 1500 gr ingresa en la UCIN donde no es posible una lactancia materna a demanda y por organización... En mi hospital no está la unidad acondicionada.
- Si no se inicia al ingreso la lactancia materna, la madre no tiene subida de la leche y el niño pierde el reflejo de succión con el que nace.
- A demás, la lactancia materna favorece el vínculo madre- hijo, minimiza la enterocolitis necrotizante y mejora el neurodesarrollo del prematuro.
- También se debe tener en cuenta que la mayoría de las madres actuales, provienen de la cultura del biberón, por lo que desconocen muchos aspectos sobre la lactancia materna y desconfían de su propia capacidad<sup>(4,28,29,30,31,32)</sup>.

### **Antecedentes de formación educativa en madres con prematuros.**

Existen escasos estudios y ninguno en niños tan pequeños, pero en todos ellos, el resultado es el mismo, una intervención educativa a las madres de grandes prematuros, mejora y aumenta la lactancia materna y su duración. Por lo que los programas educativos, son eficaces.

Por ello se ha decidido enfocar este estudio en éste tema.



## BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506.
2. Organización Mundial de la salud. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
3. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. 54ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 1 2001. Ginebra: OMS; 2001.
4. Aguayo Maldonado J, Gómez Papi A, Hernandez Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, et al. Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008
5. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004
6. Vahlquist B. Introducción. In: Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: OMS; 1981.
7. Huard P, Laplane R. Histoire illustrée de la puériculture. Aspects diététiques, socio-culturels et ethnologiques. Paris: Roger Dacosta; 1979.
8. Cone TE. Historia de la alimentación infantil. En: Rudolph AM, editor. *Pediatría*. Barcelona: Labor; 1985. p.175-7
9. Lawrence R. Breastfeeding the infant with a problem. In: *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. 5th ed. St Louis, Miss: Mosby; 1999.
10. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division of child health and development. Geneva:WHO; 1998
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2002. [citado 28 nov 2009]. Disponible en:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf)
12. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Feb [citado 2009 nov 28];115(2):496-506. Disponible en:  
<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>

13. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la lactancia materna [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [citado 28 nov 2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. IRCSS. UNICEF. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [Internet]. Ginebra: : Comisión Europea; 2004 [citado 28 nov 2009] Disponible en: <http://www.vialactea.org/files/Plan%20estrat%C3%A9gico%20LM%20Europa.pdf>
15. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union. EUNUTNET. Available from: [http://www.burlo.triest.it/old\\_site/Buro%20English%20version/Activities/research\\_develop.htm](http://www.burlo.triest.it/old_site/Buro%20English%20version/Activities/research_develop.htm)
16. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos.año. Disponible en: [http://www.INEbase/Demografía\\_y\\_Población/Movimiento\\_natural\\_de\\_la\\_población](http://www.INEbase/Demografía_y_Población/Movimiento_natural_de_la_población)
17. Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz Aragón García M . El recién nacido prematuro. Protocolos actualizados al año 2008 [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/>
18. Aguilar Cordero MJ, Lactancia materna. Madrid: Elsevier España; 2005.
19. Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia materna una guía para la profesión médica. 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007
20. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. Available from: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/bob-main.htm>
21. González C. Manual práctico de lactancia materna. 2ª ed. Barcelona: ACPAM; 2008.
22. Department of Child and Adolescent Health and Development. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. WHO/UNICEF 2002. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>
23. Yáñez MT. Lactancia materna en prematuros y recién nacidos de bajo peso. Disponible en: <http://www.prematuros.cl/lactanciaprematuros.htm>

24. Heiman H, Schanler RJ. Beneficios de la leche materna y de leche humana de donante para prematuros. *Early Human Development*. 2006; 82:781-787.
25. Torres G, Argés L, Alberto M, Figueroa R. Leche humana y nutrición en el prematuro pequeño. *Nutr Hosp*. 2004; XIX(4):236-242.
26. Pitaluga E, Vernal P, Mena P, Figueroa BA, Henríquez HMT, Tohá TD, et al. Crecimiento postnatal hasta las 40 semanas de 250 recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento egresados vivos. Estudio multicéntrico. *Rev Chil Pediatr*. 1998; 69(2):47-55
27. Bulecheck GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2008.
28. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Modorhead S, et al, editors. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
29. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 1999;50:333-340.
30. Aguayo Maldonado J. Lactancia materna en recién nacidos pretérminos. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001.
31. Schanler RJ. Uso de leche materna para lactantes prematuros. *Pediatr Clin North Am (Ed Esp)*. 2001;1:201-212.
32. Meier PP. Breastfeeding in the special prematures and infants with medical problems. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:425-442.
33. Pinelli J, Symngton A. Succión no nutritiva para la promoción de la estabilidad fisiológica y la nutrición en lactantes prematuros. Disponible en: [www.cochrane.org/reviews/es/ab001071,html](http://www.cochrane.org/reviews/es/ab001071,html)
34. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Medicina fetal y neonatología*. 1998;49(5):495-498.

## HIPOTESIS

La capacitación de las madres sobre lactancia materna aumenta el número de grandes prematuros con este tipo de lactancia.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

Aumentar el número de niños de menos de 1500gr con lactancia materna eficaz.

### Otros objetivos

- Que las madres conozcan las actuaciones a seguir para la producción y un buen establecimiento de la lactancia materna.
- Que las madres aprendan los beneficios de la lactancia materna para ellas y sus hijos.
- Que las madres realicen posturas correctas para amamantar a su hijo
- Utilicen lo aprendido en la educación sanitaria para mejorar la lactancia materna y tener una mayor duración.
- Participen en los cuidados de su niño.
- Consigan que la subida de la leche sea temprana.
- Que las madres Adopten una actitud positiva ante el estrés que supone un recién nacido pretérmino.
- Disfruten con su hijo con el método madre canguro<sup>(6,14,16)</sup>.

## METODOLOGIA Y PLAN DE TRABAJO

### Tipo de estudio

Es un estudio cuasiexperimental que pretende identificar, definir, analizar y comparar la tasa del establecimiento de la lactancia materna en los grandes prematuros mediante una intervención educativa sobre la madre.

### Población diana

Los pacientes grandes prematuros de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Clínico San Carlos, que consta de 31 camas neonatales: 11 de UCIN y 20 camas de cuidados medios.

Donde el proceso de establecer lactancia materna en los recién nacidos menores de 1500 gr. se encuentra:

Se comienza con sonda nasogástrica u orogástrica, alimentación trófica, succión no nutritiva, hasta llegar a las 32 semanas en que el neonato tiene establecido el reflejo de succión-deglución y se continúa con la alimentación por boca. Sin hacer educación a la madre.

### **Ámbito de estudio**

El Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid. Es un hospital terciario con 1.011 camas que atiende a una población de 530.000 habitantes del área 7 sanitaria de la provincia de Madrid. La unidad de Neonatología tiene 11 camas de UVI y 20 camas de cuidados medios.

### **Criterio de inclusión**

Se incluirán todos los pacientes que ingresen en la unidad menores de 1500 gr, nacidos en el Hospital Clínico San Carlos a partir del día siguiente a la obtención del consentimiento de realización del estudio por parte de los profesionales de enfermería.

### **Criterios de exclusión**

Todas las contraindicaciones de la lactancia materna:

#### **En las madres**

- Negación de la madre a la lactancia materna.
- Infecciones maternas
- VIH ( en los países desarrollados)
- virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo II)
- herpes simple con lesiones en el pezón o alrededor de él.
- Fármacos y drogas contraindicados directamente en la lactancia (Anexo VII).
- Gran depresión de la madre diagnosticada por el especialista y bajo consentimiento de éste.

#### **En el recién nacido de menos de 1500gr**

- Enfermedades metabólicas (Galactosemia, deficiencia primaria congénita de la lactasa, tiroxinemia, etc.<sup>(10,11)</sup>).

### **Selección de la muestra**

Todos los recién nacidos menores de 1500 gr hasta llegar a 155 niños (tamaño muestra).

Los recién nacidos menores de 1500 gr que no han nacido en nuestro hospital pero que ingresa en nuestra unidad trasladados de otros centros, no entran en el estudio, aunque sí se les dará a sus madres la intervención educativa<sup>(3,16)</sup>.

## **VARIABLES A ESTUDIO**

### **Variable principal**

Lactancia materna eficaz en recién nacidos menores de 1500 gr ingresados en la Unidad: Variable cualitativa dicotómica.

Se calculará con el cociente: nº de recién nacidos menores de 1500 gr con lactancia materna / nº total de recién nacidos menores de 1500 gr ingresados.

### **Otras variables a estudio**

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes de las madres sobre lactancia materna, mediante autoevaluación. (Al final de todo el test): Variable cuantitativa discreta.

#### **Variables sociodemográficas:**

- Nacionalidad: Cualitativa.
- Edad: Cuantitativa continua.
- Estado civil: Cualitativa.
- Nivel de estudios: Cualitativa.
- Número de hijos: Cuantitativa discreta.
- Número de personas dependientes a su cargo: Cuantitativa discreta.
- Actividad laboral: Cualitativa.
- Partos anteriores: Cuantitativa discreta.

- Niños muertos: Cuantitativa.
- Patología en el embarazo: Cualitativa<sup>(14,15)</sup>.

## ESQUEMA DE TRABAJO

### Plan de trabajo

Previo inicio a la recogida de información, será precisa la presentación del proyecto y aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Clínico San Carlos.

El desarrollo del estudio, va a tener cuatro etapas definidas:

1. A la llegada del niño a la unidad, la enfermera registrará la edad de gestación, peso talla, PC. La primera vez que venga la madre de este niño, se le preguntará si la opción elegida es lactancia materna o fórmula. Si decide lactancia materna, se le pedirá el consentimiento informado de participación en el estudio, informándole de todos sus derechos.

Ya en ese momento, le hablaremos de lo importante que es la lactancia materna para su hijo. Le daremos un folleto informándole de las sesiones educativas que se impartirán en la Unidad de Neonatología (aula) (Anexo XII).

Se le dará a la madre el cuestionario sobre conocimientos y actitudes (Anexo X).

2. Intervención educativa, que tendrá como objetivo fomentar la lactancia materna, instauración temprana de la subida de la leche, ayudar a la madre a resolver sus dudas, desmitificar sus creencias acerca de la lactancia materna hasta ahora, y también que dure hasta los seis meses de edad corregida.

En la educación sanitaria, les hablaremos de: La fisiología de la lactancia, beneficios, técnicas, utilización del sacaleches, Método Madre Canguro...y resolveremos todas sus dudas y miedos en el momento que surjan.

La enfermera de Neonatología que lleve al niño, seguirá apoyando la lactancia materna, durante toda la estancia del neonato<sup>(16, 19)</sup> (Anexo VIII).

### 2.1.- Metodología o desarrollo de la intervención:

- ✓ **Intervención:** Consta de cuatro sesiones impartidas por una enfermera, con apoyo a pie de cama en la Unidad por la enfermera de neonatología.

- ✓ **Duración:** 40 minutos, 20 minutos de exposición y 20 minutos de coloquio con apoyo durante toda la estancia del niño.
  - ✓ **Periodicidad:** Martes y Jueves por la mañana y por la tarde.
  - ✓ **Temporalización:** Todo el tiempo que dure el estudio e intentando protocolizar en el tiempo.
  - ✓ **Lugar:** Aula del hospital en la planta de neonatología.
  - ✓ **Número de participantes:** 10-15 padres de niños ingresados en la unidad (ANEXO IX).
3. Al alta del menor de 1500 gr le daremos a la madre el mismo cuestionario, para valorar el resultado de las medidas educativas respecto a sus conocimientos y actitudes, y analizaremos y registraremos si el niño sólo toma leche materna, necesita ayuda de fórmula y cómo ha sido su alimentación enteral durante toda la estancia (Anexo X) (Anexo XI).
  4. A los seis meses de edad corregida, la enfermera visitará al niño en el domicilio, para ver si la lactancia materna ha sido eficaz.

### ANALISIS ESTADISTICO

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su medida y desviación estándar (DE) junto a su intervalo de confianza al 95%.

Para evaluar las diferencias entre las variables cualitativas basales y las características clínicas de los pacientes, se utilizó el test de  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. En el caso de variables ordinales, se contrastó la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones.

Aplicamos el test de la T de Student ya que se trata de un problema paramétrico cuya distribución de la muestra es normal.

La población tendrá una distribución normal con intervalo de confianza del 95% y errores definidos  $\alpha = 0,05$  y  $\beta = 0,02$

El paquete estadístico utilizado para el análisis fue SPSS para Windows versión 15.0<sup>(15,19,20)</sup>.



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se solicitara la aprobación del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitario Clínico San Carlos.
- Para formar parte del estudio se requerirá Consentimiento informado por escrito propio de la investigación a los padres del menor de 1500 gr.

Los participantes tienen derecho a:

- Derecho a recibir información sobre la investigación.
- Derecho a decidir sobre su participación
- Derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho al anonimato y la confidencialidad.
- Derecho al trato justo.
- Derecho a la protección frente a la incomodidad y daño<sup>(12,23,24)</sup>.

## MATERIAL

### Material Necesario

- Sillones y balancines.
- Almohadas.
- Cinturones anchos MMC
- Mesitas portátiles con ruedas para instrumentos
- Saca leches.
- Nevera exclusiva para leche
- Biombos.

- Ordenador.
- Retroproyector.
- Pantalla.

**Material Existente**

- Saca leches.
- Nevera exclusiva para leche
- Ordenador.
- Retroproyector.
- Pantalla.

**CRONOGRAMA**

<b>MESES</b>																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
REVISION BIBLIOGRAFICA: 3M																																	
MARCO TEORICO: 3 M																																	
DESARROLLO DE HIPOTESIS:1M																																	
SELECCION DEL DISEÑO: 1,M																																	
IDENTIFICACION DE LA POBLACION: 2M																																	
SELECCION DE VARIABLES:1M																																	
DISEÑO DEL MUESTREO: 1M																																	
RECOGIDA DE DATOS: 24M																																	
CODIFICACION: 24M																																	
ANALISIS DE DATOS 3M																																	
PUBLICACION 2M																																	

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
2. Gerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2008.
3. Rey Calero J del, Herruzo Cabrera R, Rodriguez Artalejo F. Fundamentos de epidemiología clínica. Madrid: Síntesis; 1996.
4. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
5. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2008.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
7. Henderson V. The principles and practice of nursing. New York: McMillan; 1978
8. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
9. Luis Rodrigo MT, director. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2008
10. Aguayo Maldonado J, Gómez Papi A, Hernandez Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre M J, Pallás Alonso C R, et al. Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008
11. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004
12. Manzini JL. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Dic [citado 2010 Mayo 30]; 6(2): 321-334. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X200000200010&lng=es.doi:10.4067/S1726-569X200000200010.\(comites\\_éticos\)](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X200000200010&lng=es.doi:10.4067/S1726-569X200000200010.(comites_éticos))

13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
14. Polit DF, Hunglet BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México D.F.: Interamericana Mc Graw-Hill; 1996.
15. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Bioestadística médica. México D.F.: El Manual Moderno; 1990.
16. Bermejo Fraile B. Estudios experimentales. Matr Prof. 2008; 9(1):15-20.
17. Bermejo Fraile, B. Análisis de los datos en un proyecto de investigación. Matr Prof. 2005;6(3):30-36.
18. Pujols, M.A. Búsqueda bibliográfica en MEDLINE/PubMed. Matr Prof. 2006; 8(3): 28-33.
19. Epi Info 6. versión 6.04. New York: Center for Disease Control & Prevention.
20. SPSS para Windows, Rel. 11.0.1. Chicago: SPSS Inc; 2001.
21. Ryan AS. The Resurgence of Breastfeeding in the United States. Pediatrics 1997; 99: E 12.
22. Aguayo Maldonado J. Lactancia materna en recién nacidos pretérminos. Sevilla: Universidad de Sevilla. 2001
23. Ley Organica 14/ 1986, de 25 abril. General de sanidad.
24. Ley Organica 15/ 1999, de 13 diciembre. De protección de datos de carácter personal.
25. Hay W, Lucas A, Heird C, Ziegler, E, Levin, E. Workshop: Nutrition of the extremely low birth eeight infant. Pediatrics 1999; 104:1360-1368.
26. Atención Primaria de Extremadura. Foro Ped. 2006:37-55.
27. Jiménez R, Figueras-Aloy J. Prematuridad. En: Cruz Hernández M, director. Tratado de pediatría. 9ª ed. Madrid: Ergón; 2006. p.69-77
28. Schmidt B, Roberts RS, Davis P, Doyle LW, BarringtonK.J, Ohlsson A, et al. Caffeine therapy for apnea of prematurity. N Engl J Med. 2006;354: 20-28.

29. Hernandez Gonzalez N, Salas Hernandez S, Garcia-Alix A, Rodriguez Herrero C, Perez Rodriguez J, Omeñaca Teres F, et al. Morbilidad a los 2 años de edad en niños con peso al nacimiento menor de 1500 gramos. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62:320-327
30. Rodriguez García J, Bosch Gimenez VM, Alonso García MA, Borrajo Guadarrama E, Pérez Flores D. Estudio longitudinal del crecimiento del recién nacido pretermino. *An Pediatr. (Barc)*. 2003;53:241-251
31. Carlos Castesana Y, Castro Laiz C, Centeno Monterrubio C, Martin Vargas L, Coterio Lavin A, Valls i Soler A. Crecimiento postnatal hasta los dos años de edad corregida de una cohorte de recién nacido de muy bajo peso de nacimiento. *An Pediat (Barc)*. 2005;62: 312-319
32. Department of Child and Adolescent Health and Development. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. WHO/UNICEF 2002. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>
33. Pitaluga E, Vernal P, Mena P, Figueroa BA, Henríquez H MT, Tohá TD, et al. Crecimiento postnatal hasta las 40 semanas de 250 recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento egresados vivos. Estudio multicéntrico. *Rev Chil Pediatr*. 1998; 69(2):47-55
34. Pinelli J, Symngton A. Succión no nutritiva para la promoción de la estabilidad fisiológica y la nutrición en lactantes prematuros. Disponible en: [www.cochrane.org/reviews/es/ab001071,html](http://www.cochrane.org/reviews/es/ab001071,html)
35. Gómez Papí. A. Lactancia materna en prematuros. *Bol Pediatr*. 1997;37:147-152.
36. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Medicina fetal y neonatología*. 1998;49(5):495-498.
37. Heiman H, Schanler RJ. Beneficios de la leche materna y de leche humana de donante para prematuros. *Early Human Development*. 2006; 82:781-787.

## ANEXO I

### LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN) ha sido lanzado por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia es un proyecto, global de la OMS y UNICEF que acredite con la distinción “amigo de los niños” a los servicios de salud que adoptan practicas para apoyar la lactancia.

El plan de acción europeo fija los objetivos

#### 10 PASOS EN HOSPITALES

1. Disponer de una **política por escrito** 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 de los beneficios de la lactancia materna y como realizarla.
4. **Ayudar** a las madres a **iniciar la lactancia** en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre **cómo se debe dar de mamar** al niño y cómo mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos **más que la leche materna**.
7. Facilitar la **cohabitación** de la madre y el hijo 24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia **a demanda**.
9. **No dar** a los niños alimentados a pecho chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de **grupos de apoyo** a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

## ANEXO II

### ALIMENTACIÓN TRÓFICA

#### **Nutrición Enteral mínima o alimentación trófica**

Administración de un pequeño volumen de leche materna con el objetivo de estimular el crecimiento y trofismo de la mucosa intestinal para la producción de hormonas y péptidos gastrointestinales y favorecer la colonización normal más temprana. Con lo que se consigue:

- Reducción del tiempo total de hospitalización.
- Reducción de la enterocolitis necrotizante.
- Reducción de las infecciones.
- Crecimiento óptimo: Ganancia aproximada 15gr/ Kilo/ día.



### ANEXO III

#### ALIMENTACIÓN POR GAVAJE

##### **Alimentación por gavage**

En los niños inmaduros que no tienen reflejo de succión ni coordinación succión-deglución adecuados debido a su prematuridad pero que si pueden utilizar el intestino como vía de absorción de nutrientes, se puede administrar la leche materna por gravedad. Se inicia la estimulación de la succión al tiempo que el niño recibe su alimentación, (succión no nutritiva, etapa importante para estimular la maduración de la succión).

#### ANEXO IV

### SUCCIÓN NO NUTRITIVA

#### **Succión no nutritiva**

La succión no alimentaria que se debe proporcionar en cuanto se objetiva que el niño empieza a succionar del pezón materno en los periodos de piel con piel.

Hasta que el niño no tenga estabilizada la coordinación succión – deglución (a partir de las 32 semanas), se recomienda el vaciamiento previo del pecho, asociar la alimentación con sonda. Se puede realizar con tetina si no está la madre, hasta las 32-33 semanas.

#### Beneficios:

- Estimular la producción de prolactina materna y aumentar la producción de la leche.
- Iniciar movimientos de deglución, mejora la respuesta fisiológica del tracto gastrointestinal.
- Relaja al bebe. La succión por si misma produce efectos analgésicos.

## ANEXO V

### MÉTODO MADRE CANGURO

#### Método Madre Canguro

Fue creado en Colombia hace aproximadamente 30 años por los doctores Edgar Rey y Héctor Martínez por falta de recursos técnicos para asegurar la supervivencia del recién nacido prematuro y bajo peso. Siendo luego impulsado por UNICEF a nivel mundial. Se define como el contacto piel con piel precoz, prolongado y continuo, mientras las circunstancias lo permitan entre el recién nacido pretérmino y su madre tanto hospitalaria como tras el alta hasta al menos las 40 semanas de edad gestacional corregida junto con la lactancia materna como alimento exclusivo y adecuado seguimiento. Se realiza cuando:

- El recién nacido se encuentra estable.
- La pulsioximetría es constante
- Cuando se demuestra alguna succión del recién nacido.

Las ventajas:

- Estimulación permanente y lactancia materna a demanda.
- Estabilidad fisiológica: FC y FR se mantienen estables.
- Ganancia ponderal.
- Disminución de infecciones graves: Neumonías y Sepsis.
- El niño esta mas tranquilo, llora menos.
- Menos depresión postparto.
- Disminución del dolor.

**ANEXO VI**

**EXTRACCIÓN PERIÓDICA DE LA LECHE POR MÉTODO DE SACALECHES**

**Extracción periódica de la leche por método de sacaleches**

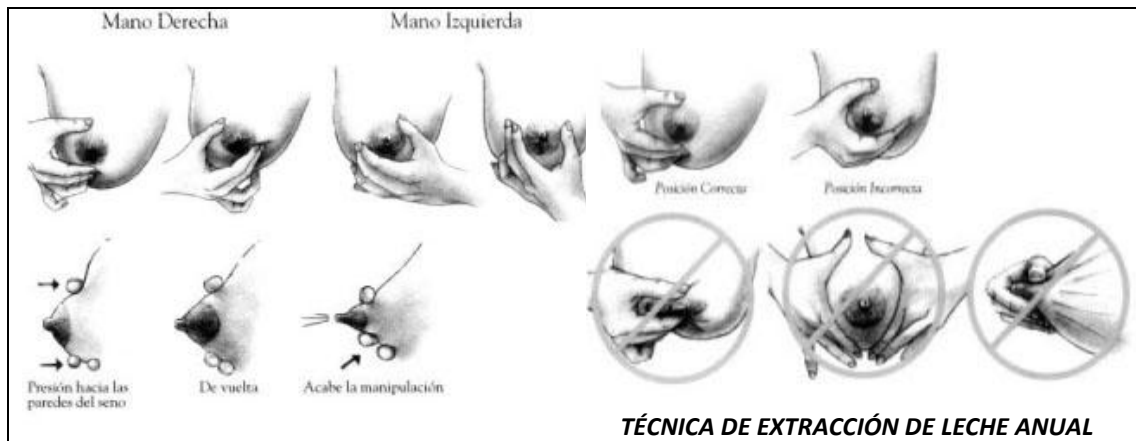
1. Si puede ser se sacara la leche al lado de su hijo o junto el.
2. Busque una posición cómoda: evite movimientos innecesarios que podrían causarle molestias.
3. La extracción debe ser indolora: si siente dolor, no dude en consultar a su médico. Esto no debe suceder en condiciones normales.
4. Estar relajada la ayudará a realizar la extracción más fácilmente.
5. Si nota la mama endurecida, coloque paños calientes o tome una ducha tibia, esto la ayudará a que la leche baje más rápidamente.
6. Refrigere siempre la leche. En la nevera, puede conservarse por 48 hs. En el congelador, hasta seis meses. No olvide rotular la fecha y hora de extracción.
7. Utilice siempre recipientes limpios, rígidos y cerrados, para guardar la leche.



**EXTRACTOR MANUAL**



**EXTRACTOR ELÉCTRICO**



## ANEXO VII

### FÁRMACOS Y DROGAS CONTRAINDICADOS DIRECTAMENTE EN LA LACTANCIA

#### Fármacos y drogas contraindicados directamente en la lactancia

- Anticoagulantes
  - ✓ Fenindiona
- Cardiovasculares
  - ✓ Amiodarona (por contener yodo en grandes cantidades)
  - ✓ Derivados del ergot (inhiben la prolactina): ergotamina
- Ginecológicos antineoplásicos
  - ✓ Derivados del ergot: bromocriptina, cavergolina y lisurita
  - ✓ Psicofármacos
  - ✓ Anfetaminas
  - ✓ Yoduro, incluso tópicos
- Drogas de abuso social
  - ✓ Anfetamina, cocaína, fenciclidina, Heroína, LSD, marihuana
  - ✓ Alcohol en exceso

**ANEXO VIII**

**CONTENIDO DE LA SESIÓN EDUCATIVA PARA LOS PADRES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de la lactancia.</li> <li>• Fisiología de la lactancia.</li> </ul>	<b>1ª SESIÓN</b> <b>(20` – 20´)</b>	<b>TODO EL GRUPO</b>	- Charla educativa (con la ayuda de presentación Power Piont).	- Ordenador. - Retroproyector. - Aula preparada.	<b>CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y CUESTIONARIO DE CALIDAD.</b>
<b>Habilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de la lactancia.</li> <li>• Utilización de sacaleches.</li> <li>• Conservación de la leche.</li> </ul>			- Charla educativa. - Práctica con instrumental. - Práctica con muñecos.	- Ordenador. - Retroproyector. - Muñecos de RN - Sacaleches - Aula preparada.	
<b>Actitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método madre canguro.</li> <li>• relajación.</li> </ul>			- Charla educativa. - Práctica con muñecos.	- Ordenador. - Retroproyector. - Muñecos de RN. - Fajas. - Aula preparada.	
<b>Debate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dudas y preguntas sobre la sesión educativa</li> </ul>			- Lluvia de ideas. - Participación activa mediante la explicación de sus experiencias.	- Pizarra para la lluvia de ideas. - Ordenador. - Retroproyector. - Aula preparada.	

## ANEXO IX

### CONTENIDO ESQUEMÁTICO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

#### 1. CONTENIDO ESQUEMÁTICO DE LA SESIÓN

- Bienvenida. Presentación de la enfermera de neonatología al grupo.
- Entrega de documento: encuesta del estudio.
- Exposición de conceptos.
- Dudas, preguntas.
- Realización práctica de los procesos
- Entrega de documentos: folletos informativos, encuesta de calidad.
- Despedida.

#### 2. EVALUACIÓN

##### 2.1.- Evaluación de estructura

Se pretende valorar el que los recursos hayan sido los adecuados para la correcta realización del programa. En este sentido debe tenerse en cuenta si:

- El número de profesionales para impartir las sesiones ha sido el apropiado.
- La presentación del programa y el material informativo ha sido adecuado para captar a la población diana.
- Todas las sesiones han contado con el material didáctico adecuado.

##### 2.2.- Evaluación de proceso

Se pretende valorar el que se hayan realizado las actividades del programa. Este tipo de evaluación debe ser continua para poder reorientar las intervenciones adecuándolas a las necesidades del sujeto para que de una forma u otra se consiga cumplir cada objetivo.

#### INDICADORES DE EVALUACIÓN DE PROCESO

$\frac{\text{Número de padres que han recibido información}}{\text{Número de padres que han ido a las sesiones}}$	$\times$ Nº de niños ingresados
---	---------------------------------

$\frac{\text{Número de padres que realizan bien una técnica}}{\text{Número de padres informados de la técnica}}$	$\times$ Nº de niños ingresados
--	---------------------------------



$\frac{\text{Número de sesiones dadas}}{\text{Número de participantes}} \times \text{Nº de niños ingresados}$
---

### 2.3.- Evaluación de resultados

Se pretende valorar si los objetivos del programa han sido cubiertos. Se plantea realizar una evaluación continua del programa, para así poder valorar el producto final obtenido con las intervenciones realizadas. Este tipo de evaluación nos permite conocer lo que se ha conseguido con la población y nos aporta información para intervenciones futuras.

En este sentido se llevará cabo:

- Lista de verificación para saber si la enseñanza ha sido completa.
- Revisar todos los aspectos de la comprensión de las instrucciones que recibieron o las dudas que tengan, respondiendo a todas las preguntas.
- Cuestionario de calidad (ANEXO XI).

Además se les entregará unas guías para resolver sus dudas inmediatas y que les sirva de apoyo una vez que ya estén con el bebé.

ANEXO X

CUESTIONARIO



Hospital Clínico San Carlos



**CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA.**

**Voluntario**

Nombre Madre: .....

Nombre Niño: .....

Edad:.....

**1. Es su primer hijo:**

SI  No

**2. ¿Qué tipo de alimentación ha elegido para su hijo?:**

Lactancia materna  Otras

**Si ha elegido lactancia materna:**

**3. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna en el embarazo?**

SI  NO

**4. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna para la madre y el hijo?**

SI  NO

**5. ¿Ha oído hablar de las posturas para amamantar a su hijo?**

SI  NO

**6. ¿Cree que el niño debe alimentarse de ambos pechos cada vez?**

SI  NO

**7. ¿Cree que el niño debe mamar 10 minutos de cada pecho?**

SI  NO

**8. Para que el niño aguante la noche. ¿cree que hay que darle un biberón?**

SI  NO

**9. ¿Sabe en que consiste la lactancia materna a demanda?**

SI  NO

**10. Si su niño llora ¿Cree que es por hambre?**

SI  NO

**11. ¿Los pezones invertidos impiden amamantar?**

SI  NO

**12. ¿Cree que hay que lavar los pezones antes y después de mamar?**

SI  NO

**13. ¿Es normal que duela dar el pecho?**

SI  NO

**14. Ante una mastitis ¿Cree que hay que suprimir la lactancia?**

SI  NO

**15. ¿Conoce algún método de extracción de la leche?**

SI  NO

**16. ¿Conoce la forma de conservación?**

SI  NO

**17. ¿Sabe cual es la duración de la leche materna en la nevera?**

SI  NO

**18. ¿Y en el congelador sabe cuánto dura?**

SI  NO

**19. ¿Conoce cómo transportar la leche para no romper la cadena del frío?**

SI  NO

**20. ¿Cree que su niño tiene que tomar agua o biberón de formula para recibir los líquidos suficientes?**

SI  NO

**21. A partir de los 6 meses: ¿Cree que la leche materna alimenta?**

SI  NO

**22. Si su hijo tiene más de un año y sigue dándole pecho, ¿cree que le creará dependencia o le está mal criando?**

SI  NO

**23. ¿ Le gustaría sentirse útil para ayudar a su niño?**

SI  NO

**24. ¿Tiene miedo de hacerle daño si le toca?**

SI  NO

**25. Si un profesional le ayuda, ¿le gustaría cogerle, abrazarle y ponerle al pecho?**

SI  NO

**26. ¿Conoce el método canguro?**

SI  NO

**27. ¿Cree que estrés afecta a la lactancia materna?**

SI  NO

**28. Si usted toma medicación, ¿cree que tendrá que suprimir la lactancia?**

SI  NO

**29. ¿Piensa que en cuanto se incorpore al trabajo tendrá que dejar de dar el pecho?**

SI  NO

**30. Señale "V" verdadero o "F"**

-Las madres embarazadas tiene calostro desde el 5º - 6º mes de embarazo.....

-El calostro lo tiene la madre nada más nacer su bebé aunque sea prematuro.....

-El calostro es una leche de poca calidad.....

- El calostro tiene propiedades protectoras para su bebé.....

-Cada gota de calostro vale.....

-La extracción de leche del pecho debe comenzar lo antes posible.....

-La extracción de la leche tiene que ser con sacaleches eléctrico.....

*-La leche del final de la extracción es más rica en grasas.....*

*- El método canguro favorece el desarrollo de tu bebé.....*

*- En la fase de inicio tras el parto debe sacarse la leche de 8 a 12 veces al día.....*

ANEXO XI

CUESTIONARIO DE CALIDAD

1. ¿El número de profesionales para impartir las sesiones ha sido el adecuado?  
Sí / No
2. ¿El profesional de enfermería que ha impartido la sesión estaba bien preparado? Sí / No  
¿Y ha sido asequible a sus dudas e inquietudes? Sí / No
3. ¿La presentación del programa y el material informativo ha sido apropiado?  
Sí / No  
¿Qué es lo que más llamó su atención y le hizo mostrar interés por estas sesiones?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Todas las sesiones han contado con el material didáctico adecuado? Sí / No
5. La información de las sesiones ha sido: Adecuada / Excesiva / Escasa.  
¿Ha entendido todos los conceptos o la información dada ha sido muy técnica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. La metodología empleada, ¿ha sido la apropiada? Sí / No
7. ¿Cree que las sesiones han tenido el tiempo necesario? Sí / No
8. El material entregado, ¿le ha sido útil? Sí / No
9. Los medios materiales utilizados para las sesiones (ordenadores, pizarra, muñecos para el taller, etc.), así como las condiciones del aula, ¿cree que eran los apropiados? Sí / No  
¿Qué mejoraría? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Con respecto a los talleres, ¿considera que eran adecuados y/o prácticos? Sí / No  
Destaque en breves palabras qué práctica es con la que más ha aprendido o cuál le ha parecido más interesante.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Señale los temas tratados en las sesiones que le hayan parecido excesivos o que considere que no deberían tratarse tan a fondo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Indique los temas o prácticas en los que haría mayor hincapié o que cree que deberían tratarse en las sesiones \_\_\_\_\_

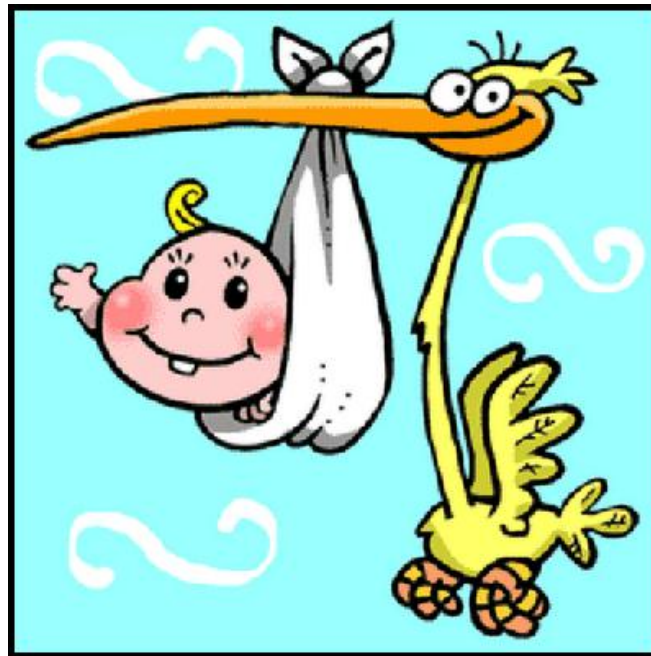
13. SUGERENCIAS. \_\_\_\_\_



ANEXO XII

CARTEL INFORMATIVO

# Intervención educativa Lactancia Materna



## **SESIONES PARA PADRES**

con TALLERES PRÁCTICOS

**MARTES Y JUEVES**

**Mañanas: 10 a 10:40 h.**

**Tardes: 19 a 19:40 h.**



**Impartidas por enfermeras del SERVICIO  
DE NEONATOLOGÍA**

Recibido: 17 enero 2011.

Aceptado: 23 diciembre 2011.