

Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna

Raquel Gallardo Sánchez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid
rgallardos28@enfermundi.com

Tutora
Consuelo Álvarez Plaza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid
calvarezpl@yahoo.es

Resumen: La lactancia materna es la alimentación con leche de madre. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Además, las recomendaciones internacionales abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años. En muchos países desarrollados del mundo occidental se han diseñado diferentes estrategias que tienen por objeto incrementar el número de mujeres que amamantan a sus hijos e intentar que la lactancia materna se prolongue el máximo tiempo posible. El presente proyecto es un estudio experimental controlado aleatorizado y su principal objetivo es demostrar que las intervenciones educativas en cursos posparto durante el puerperio tardío podrían ser eficaces para mejorar las tasas de lactancia materna, contribuyendo a recuperar un bien precioso para nuestra sociedad presente y futura: la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia materna. Educación sanitaria de mujeres.

Abstract: Breastfeeding is the feeding with breast milk. The World Health Organization and the United Nations Children's Fund also note that "it is an unequalled way of providing ideal food for the healthy growth and development of infants". Nowadays, there is great interest to return to breastfeeding on infant feeding in all social, cultural and economic fields. Also, international guidelines call for exclusive breastfeeding for the six months of life, and up to two years with complementary foods. In many

occidental developed countries different strategies that aim to increase the number breastfed children and to encourage mothers to breastfeed as long as possible are being applied. The above-mentioned project is a randomized controlled pilot study and its main purpose is to prove that educational interventions in postpartum programs during the late puerperium may be effective in improving breastfeeding rates, helping to recover a valuable asset to our present and future society: breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Health education.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es, por naturaleza, la mejor forma de alimentación del lactante y niño pequeño, ya que contiene todos los nutrientes que necesita, factores de crecimiento y componentes inmunológicos⁽¹⁾, ofreciendo muchas más ventajas que la leche de fórmula⁽²⁾. La bibliografía científica demuestra que la lactancia materna (LM) no sólo es conveniente para el niño, sino que también es beneficiosa para la madre, para la sociedad y para el medio ambiente, siendo su promoción un concepto a tener en cuenta en la mayoría de los objetivos nacionales e internacionales de salud⁽³⁾. Los beneficios de la lactancia materna⁽⁴⁾, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. La mayoría son de dominio público, pero se puede encontrar fácilmente información más extensa en numerosas publicaciones asesoradas por profesionales⁽⁵⁾ así como en informes científicos y políticos. Las ventajas de la LM van desde los aspectos nutricionales e inmunitarios hasta los preventivos y psicológicos⁽⁶⁻⁹⁾.

En la actualidad, existiendo evidencia científica suficiente para afirmar que la lactancia materna beneficia al lactante amamantado desde el nacimiento y que sus efectos se prolongan durante años después de haberse producido el destete, deberíamos contemplar como norma biológica el amamantamiento y, por ello, parece preferible hablar de los problemas o perjuicios causados por la lactancia artificial que podrían evitarse si aumentara el número de niños amamantados y la duración de la lactancia materna⁽⁹⁾. La lactancia artificial debería ser la excepción e indicarse con el cuidado y conocimiento de los riesgos y complicaciones que conlleva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promueven, protegen y apoyan la Lactancia Materna en todo el mundo. Dar y recibir el pecho es un derecho incluido en las Declaraciones Internacionales que figuran en el Anexo I.

Todos los organismos internacionales, OMS, Academia Americana de Pediatría, Asociación Española de Pediatría, recomiendan la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses como alimentación óptima e ideal para el buen desarrollo del lactante. Alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y

después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados, es la vía para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, asegurar la salud futura de la madre y ahorrar costes innecesarios a las familias y a la sociedad. Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo exponen a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud presente y futura y acarrear perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente⁽⁹⁾.

La lactancia materna es un bien precioso que debemos recuperar por el bien de nuestra sociedad presente y futura. Aún respetando la decisión de la mujer sobre la forma de alimentar a su hijo, las bajas tasas de prevalencia de lactancia materna deben ser consideradas como un problema de Salud Pública y la balanza debe inclinarse a su recuperación progresiva⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La promoción de la lactancia materna (LM) es una de las estrategias prioritarias para el fomento y la protección de la Salud en todo el mundo. Así lo han reconocido la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF⁽¹³⁻¹⁴⁾ y diversas organizaciones científicas^(6,15,16). En la actualidad existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Sin embargo, pese a las recomendaciones de diversas organizaciones mundiales como la OMS o UNICEF de mantener como patrón de oro de la alimentación infantil la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y posteriormente, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida, los avances logrados no están siendo suficientes, como se afirma en la Declaración de Innocenti del 2005, y aunque en la última década las tasas de inicio de lactancia materna (LM) han mejorado, los índices de mantenimiento de la misma a los 6 meses todavía son bajos.

En el informe Healthy People 2010⁽¹⁷⁾, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. establece como meta incrementar por lo menos a un 75% la proporción de madres que amamantan a sus bebés en el puerperio y al menos llevar a un 50% la proporción de aquéllas que continúan amamantando hasta los 6 meses e incrementar la lactancia al año de edad al 25%. Este informe también señala las barreras que se interponen el éxito de LM que requieren tanto de la educación pública como profesional del personal de salud.

Estudios sobre el fenómeno de la lactancia materna ponen de manifiesto la situación epidemiológica de la LM en grupos concretos y evidencian los innumerables riesgos que presenta la lactancia artificial. Además muestran la eficacia de las políticas de promoción de la lactancia materna que se están instaurando.

La prevalencia de la LM y su duración son dos de los aspectos que más preocupan a nivel general y que han sido referenciados constantemente en la literatura científica^(2,18-21) dada la absoluta variabilidad de los resultados, en función de las zonas donde se han llevado a cabo estos estudios.

Así, mientras que Gran Bretaña⁽²⁰⁾ y Francia⁽²⁾ son los países donde se obtiene la prevalencia de LM más baja de Europa (este último autor indica que en Francia, en 2003, solo el 58% de los bebés eran alimentados a pecho al alta hospitalaria, con una duración media de 10 semanas de LM), los países nórdicos obtienen los índices más altos. Así, Baerug *et al.*⁽²¹⁾ encontraron que el 99% de las madres de Oslo (Noruega) ofrecían el pecho a su hijo tan pronto abandonaban la sala de partos y el 80% de ellas seguían lactando después de seis meses.

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según diversos informes⁽¹⁴⁾ y los resultados de estudios recientes⁽²²⁾ 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 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002⁽¹⁴⁾, no se cumplen las metas de la Declaración de Innocenti⁽¹³⁾, la formación de los profesionales sanitarios es inadecuada e incompleta, la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños está poco implantada (en nuestro país sólo 12 maternidades tienen el galardón de Hospital Amigo de los Niños) y la incidencia y prevalencia de lactancia materna es muy baja a los 6 meses en todos los países⁽²³⁾.

En nuestro país 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. En España, tal y como se pone de manifiesto en los estudios de los últimos años, las cifras de lactancia natural (LN) en el momento del alta de la maternidad se mantienen constantes desde la década de 1990, en torno al 80-90%^(9,24,25). Sin embargo, a lo largo del primer semestre de vida es cuando la LM se abandona masivamente, de tal modo que a los seis meses, siendo muy variable la cifra según los diversos estudios, se sitúa en la mayoría de éstos por debajo del 30%. Los datos obtenidos en varias comunidades, en la encuesta dirigida por el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría en 1997, recogen una prevalencia de lactancia materna de alrededor del 20 % a los 4 meses⁽²⁶⁾, y según la Encuesta Nacional de Salud, el 62% de las madres llegan a dar de mamar 6 semanas, aunque sólo el 24,2% lo hace hasta los 6 meses recomendados⁽²⁷⁾. Es destacable que durante las tres primeras semanas del posparto, se aprecia un considerable porcentaje de abandonos. Por todo ello, resulta obvio que es imprescindible el correcto funcionamiento y unificación de ideas de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La OMS y UNICEF recomiendan la recogida periódica de datos sobre lactancia materna que permita conocer la evolución de la misma, así como la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo.

Las políticas de planificación y promoción deberían ajustarse a las estrategias del plan europeo de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. El Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos tienen la responsabilidad de adecuar su política de lactancia a las directrices de la OMS⁽¹⁴⁾ y del Plan Europeo de Promoción de la Lactancia Materna⁽¹⁵⁾ y los profesionales sanitarios de participar en actividades e iniciativas que impulsen propuestas sobre promoción y protección.

En 1989 OMS y UNICEF editaron una Declaración conjunta sobre Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, resumida en los Diez Pasos para una feliz lactancia natural que son la base de la (IHAN) INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS con el fin de favorecer en todos los servicios de maternidad las condiciones para el inicio de la lactancia materna y conseguir que se respete el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

La lactancia materna es parte esencial de los derechos humanos: el derecho a la alimentación y a la salud. Amamantar contribuye al derecho a la salud de todas las mujeres y de sus hijos e hijas, al reducir el riesgo de contraer muchas enfermedades.

Los criterios globales de la IHAN indican incluir en la capacitación, la práctica clínica supervisada, trabajando especialmente las habilidades de comunicación para aprender a escuchar, aceptar y sugerir actitudes que favorecen la comunicación con la madre y aumentan su confianza para dar el pecho.

La LM y los problemas que la rodean, son especialmente sensibles a la calidad de la comunicación. Por ello, el conocimiento teórico sobre el problema no servirá apenas sino se acompaña de una comunicación adecuada con la madre que amamanta.

En un estudio cualitativo, realizado recientemente en Cambridge, para averiguar qué información, orientación y apoyo desean las mujeres en torno a la lactancia y las dificultades que encuentran las madres durante las primeras semanas se identificaron cinco componentes del tipo de apoyo que deseaban las mujeres: información acerca de la lactancia materna, orientación eficaz y ayuda práctica con la posición del bebé para amamantar, sugerencias, reconocimiento de las experiencias y los sentimientos de las madres, apoyo y aliento. Lo que demuestra la importancia de añadir a la información el apoyo individual sensible a los sentimientos y emociones de las madres (Graffy J 2005).

En nuestro país, se han incluido estrategias para la promoción de la lactancia materna. Sin embargo, éstas no han sido suficientes y se ha demostrado que es imprescindible que las personas que participen en el cuidado de la madre y de su hijo sean capaces de transmitir la conveniencia de la lactancia natural, facilitar su inicio y su mantenimiento, ayudando a soslayar las frecuentes dificultades que surgen, asesorándoles de forma profesional⁽²⁸⁻³³⁾.

Numerosos estudios reflejan que la intervención de los profesionales sanitarios^(21-26,34-36) es un factor predictor positivo para el éxito de la LM.

Una vez iniciada la LM, la continuidad de ésta depende muchas veces de las dificultades que surgen en los primeros días del puerperio: irritabilidad del bebé, dolor por grietas, depresión post-parto, estrés ante la nueva responsabilidad, ideas negativas del entorno más cercano respecto de la LN, la propia inexperiencia de la madre (no debe olvidarse, que la técnica de amamantamiento, transmitida de madres a hijas a lo largo de la historia, se ha perdido en las últimas generaciones).

En el abordaje de muchas de estas dificultades, los profesionales sanitarios se encuentran en una situación privilegiada para influir de forma positiva con su actuación. Es por ello, que estos profesionales, deben ser conscientes de la necesidad de mantener actualizada la formación sobre LM y participar activamente en el apoyo y promoción de ésta, dada la importancia que su intervención tiene, en la alimentación del niño de forma natural.

Por otro lado, se observa el excelente conocimiento que tienen ya muchas mujeres sobre los temas de LM, lo que obliga a los profesionales a mantener bien actualizados sus conocimientos y a cambiar la forma de su discurso, asegurándose de que sus afirmaciones están basadas en la evidencia científica más actual.

El adecuado seguimiento de la lactancia materna y la evaluación de los programas y actuaciones de apoyo y promoción a la lactancia materna requiere el reflejo adecuado de registros de lactancia en las historias clínicas y la introducción de estos datos en las medidas de calidad. Todo ello redundará en un mejor control de las actividades de apoyo y promoción de la lactancia y en el avance en la dirección correcta de los programas de salud maternos infantiles. Es necesario continuar y avanzar en la investigación en lactancia humana, un campo apasionante que requiere la colaboración interdisciplinar, la aplicación de métodos epidemiológicos y analíticos que refuercen los hallazgos de los estudios de observación. Además, la realización de estudios fiables y válidos sobre lactancia exige la definición de la lactancia con indicadores precisos como los aconsejados por la OMS (Anexo II) que faciliten la comparación y seguimiento de resultados y asegurar que los estudios carezcan de errores de diseño o de análisis. Este campo abarca un amplio rango de intereses en la investigación clínica, básica y social.

La decisión de lactar al pecho o artificialmente es un fenómeno claramente multifactorial.

Es importante incidir en un aspecto como es el de la eficacia de las actividades o programas⁽³⁷⁾, para conseguir aumentar el amamantamiento en la población infantil.

Estudios recientes apuntan hacia la educación para la promoción de la LM como el factor más influyente en el mantenimiento de la misma. Hasta el momento había

evidencia sobre su efecto sobre el mantenimiento en el tiempo o sobre el número de madres que inician la LM⁽²⁸⁾ pero no sobre el efecto sobre las tasas de LME a los seis meses. En este estudio ni se evaluaron las intervenciones implementadas después del primer amamantamiento, ni aquellas que combinan la educación sanitaria antes del nacimiento con las que sólo ofrecen educación. En un proceso de tantos meses como debería ser el de la LM, parece fundamental incidir en la importancia conjunta de todos los refuerzos. La lactancia materna se halla en el contrapunto de naturaleza y cultura y las bajas tasas de prevalencia son un problema de Salud Pública. Se debe trabajar activamente para su recuperación progresiva. Profesionales que se esfuerzan por afianzar la base de estos cambios, por facilitarlos, por difundir las razones profundas e investigar con ayuda de la tecnología y la ciencia. Los resultados en cuanto a iniciación y duración de la lactancia materna indican que es conveniente seguir insistiendo en el apoyo de la misma.

Tras la revisión bibliográfica queda demostrada la necesidad de potenciar la lactancia materna ya que las cifras conseguidas distan aún de las recomendaciones internacionales y se debe trabajar para lograr todos los objetivos y estrategias contenidas en las declaraciones que la apoyan y fomentan para conseguir aumentar el número de lactancias naturales, su duración y la recuperación de la lactancia como norma de alimentación y crianza de nuestros lactantes, siendo necesarias intervenciones de tipo sanitario, social y político.

El presente proyecto en el hospital Infanta Cristina es la primera monitorización o recogida de datos de lactancia que se realiza en nuestra zona de salud, permitirá realizar estudios comparativos de tasas de lactancia en un futuro, conocer la situación actual de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses en el hospital de Parla, y podrá evaluar, con posterioridad, la eficacia de nuestras intervenciones, medidas preventivas y las áreas de mejora.

Hasta ahora los diferentes estudios⁽³⁸⁻³⁹⁾ evalúan diferentes estrategias para la promoción de la lactancia materna, explican actuaciones realizadas en el periodo prenatal y en el posparto inmediato, pero muy pocos de ellos comparan las intervenciones entre si.

Hoy en día, en nuestro medio, las mujeres cuentan con la información recibida en el periodo prenatal y con la educación que reciben durante su estancia en el hospital. Es un hecho que a pesar de esto las cifras de lactancia materna no alcanzan las recomendaciones de los organismos internacionales. Es por ello que este proyecto pretende determinar si una intervención adicional en el periodo tras el alta hospitalaria, que las mujeres no reciben actualmente, puede conseguir mejorar los resultados de duración de lactancia materna y aumentar las tasas actuales.

En la actualidad la importancia de las clases de educación maternal no se pone en duda y la mayoría de las embarazadas disponen de un centro de referencia donde poder recibir estos cursos. El tema de la lactancia materna está sin duda incluido en alguna de las sesiones. El beneficio principal de la educación prenatal es lograr que las

mujeres den el pecho de forma óptima y que superen de manera efectiva las dificultades que se pueden presentar. Aunque no hay unanimidad en todos los estudios, en muchos de ellos se refiere que la decisión de lactar se ha tomado previamente, por lo que la educación prenatal no suele modificar su elección. Como se ha indicado la mayoría de las mujeres planifican su lactancia materna y un alto porcentaje de las mismas llegan a iniciar ese tipo de alimentación, sin embargo, el abandono en el primer mes de vida es muy elevado.

Como se ha señalado la formación e intervención de los profesionales sanitarios parece un factor positivo para la lactancia materna, sin embargo la teoría del aprendizaje nos enseña que es relativamente sencillo mejorar el conocimiento y las habilidades en un área determinada, pero que el cambio de las actitudes y del comportamiento son dos resultados difícilmente alcanzables con sólo la provisión de información. Tener conocimientos teóricos sobre los beneficios y sobre la técnica del amamantamiento no garantiza su práctica, puesto que existen muchos factores externos a la mujer que pueden influir de forma negativa en el éxito de la lactancia materna.

La realidad es que a pesar de ser la mejor opción nutricional para los bebés, la lactancia materna también puede conllevar preocupaciones que comparten muchas madres y puede ser todo un desafío para ellas. Es importante tener en cuenta que la lactancia materna adquiere su verdadera dimensión cuando se engloba dentro del largo y complejo proceso que se inicia cuando la mujer y su pareja piensan en la posibilidad de tener un hijo. Por ello, el conocimiento y el apoyo que se prestan a la lactancia materna deben estar en sintonía con los que se prestan a la maternidad el parto y la crianza.

Cuando la mujer abandona el hospital, los primeros días de vuelta al hogar son fundamentales para la instauración de la lactancia materna, puesto que la mayoría de las veces se fracasa en este primer período, las dudas, los problemas y complicaciones surgen cuando el dúo madre-hijo tienen que enfrentarse a un hecho que además de un proceso biológico es un comportamiento determinado por la cultura, si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo y un importante componente socio cultural transmitido y éste se ha perdido, por lo que el apoyo en ese momento podría tener un papel fundamental en la mejora de las tasas de instauración y de mantenimiento.

La ayuda posparto puede ser crucial para la motivación de aquellas mujeres que se sienten inseguras, pero quieren dar el pecho, lo encuentran difícil o han tenido experiencias previas negativas. Poseen información recibida por diferentes fuentes y en momentos muy distintos de su proceso de maternidad, conocimientos que en muchas ocasiones no saben manejar cuando la situación personal les desborda, en estos casos, acudir a un grupo posparto puede ayudarlas a superar esos problemas, aumentar su motivación y adquirir un compromiso que favorezca la práctica de la lactancia.

Un estudio realizado en Singapur⁽³⁹⁾ confirma el valor de la educación para la promoción de la lactancia materna con objeto de conseguir que ésta se prolongue el máximo tiempo posible, evalúa la eficiencia de las distintas intervenciones pero las cifras que se consiguen distan aún de las recomendadas. Otro estudio realizado en Francia⁽⁴⁰⁾ que evalúa la efectividad de una intervención temprana en la consulta del médico de atención primaria tras el parto, sugiere que esta práctica se asocia a mejores tasas de lactancia materna exclusiva y que son necesarios estudios adicionales, ya que esta actuación tiene un impacto limitado.

Intervenir de forma precoz puede ayudar a mejorar los resultados puesto que en la bibliografía⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾ se observa que el mayor descenso de las tasas de lactancia materna se produce en las primeras semanas después del parto.

Aunque existen en determinadas áreas de salud, centros donde las mujeres pueden acudir en el posparto para tratar diferentes temas como la lactancia materna, el masaje del bebé o la recuperación posparto, esto no ocurre de forma homogénea en todo el territorio español ni en todas las zonas básicas de salud, y en las que se realiza no hay datos publicados. Las clases posparto sobre lactancia materna no están instauradas en todas las áreas de salud, con el presente proyecto se pretende explorar si esto se debiera realizar de forma protocolizada a la vista de los resultados obtenidos en la población de estudio.

Las medidas disponibles en la actualidad no consiguen alcanzar las metas deseables, por lo que es muy importante indagar si actuar en otro momento del proceso, según se propone en el siguiente proyecto, lograría mejorarlas.

No se debe olvidar el exceso de costes que se genera al permitir que las tasas de lactancia materna continúen en los niveles actuales. Se debe mantener una posición proactiva en su fomento, pues se trata de una actividad económicamente rentable para las familias y la sociedad, que beneficia la salud de los niños.

El siguiente proyecto presenta como novedad la actuación profesional en el puerperio tardío en grupos posparto, plantea una intervención adicional para las madres así como un seguimiento por parte de la matrona.

Las intervenciones y sus resultados se darán a conocer en medios profesionales, así como a las direcciones de enfermería para su implantación dados los beneficios de tales medidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leung AKC, Sauve RS. Breast is best for babies. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97:1010-9.
2. Turck D. Breast feeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatrice.* 2005; 12:145-65.
3. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr R. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the lactching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeeding Rev.* 2003;11:5-10.
4. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 2004 [consultado 28 de noviembre de 2009] Disponible en : <http://www.vialactea.org/files/Plan%20estrat%C3%A9gico%20LM%20Europa.pdf>
5. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la salud; 2002 [consultado 1 de febrero de 2012] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/bob-main.htm>
6. Pallás Alonso C. Promoción de la lactancia materna. Alimentación en el primer año de vida. En: Soriano Faura FJ, coordinador. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Madrid: ExLibris Ediciones; 2004. p. 101-127.
7. Barriuso L, Miguel M de, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:383-391.
8. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencia de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna: Guía para profesionales. Madrid: Ergón; 2004. (Monografías de la AEP;5).
9. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La Lactancia Materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr.* 2005;63:340-356.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Mosby; 2005.

11. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
12. Aguilar Cordero MJ. Lactancia materna. Madrid: Elsevier; 2004.
13. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Declaración Innocenti. Florencia: OMS; 1990. (resolución WHA 45.34).
14. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. [Internet]. Ginebra: OMS; 2002. [consultado 1 de febrero de 2012]. Disponible en: http://ftp.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf.
15. European Comission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Proyect on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action [Internet]. Luxembourg: European Comission; 2004. [cited 2012 feb 1] Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm.
16. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005;115:496-506.
17. Healthy people 2010 [Internet]. Washington: Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010 [cited 2010 jan 24]. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volum2/16MICH.htm#ednref12>.
18. Engebretsen IM, Wamani H, Karamagi C, Semiyaga N, Tumwine J, Tylleskär T. Low adherence to exclusive breastfeeding in Eastern Uganda: a community-based cross-sectional study comparing dietary recall since birth with 24-hour recall. BMC Pediatr. 2007;7:10.
19. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Trends and course of breastfeeding in the north of Lugo, Spain. Acta Pediatr Esp. 2007;65:6-11.
20. Hunt F. Breast feeding and society. Paediatr Nurse. 2006;18:24-6.
21. Baerug A, Bjoerneboe G, Tufte E, Forum KR. Implementacion of the WHO multicentre growth reference study in Norway. Food Nutr Bull. 2004;25:S72-S77.

22. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. *Public Health Nutr.* 2005;8:39-46.
23. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nácher Fernández A, Palau Foster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2001;3:393-402.
24. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *An Sist Sanit Navarra.* 1998;21(3):13-19.
25. Barriuso LM, Sánchez- Valverde F. Lactancia materna en Navarra. *An Sist Sanit Navarra.* 2002;25(2):17-23.
26. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999;50:333-40.
27. Encuesta Nacional de Salud. 2001. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opncms/Archivos/Marginales/2400_2419/2408/e240820.html
28. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library 2007; Issue 1. Chichester, UK: Kohn Wiley & Sons, Ltd.
29. Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, Mckee D. Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics.* 2005;116:1413-1426.
30. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Devkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Breastfeeding intervention trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285:413-420.
31. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Peguerotes I, Jomet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2002;57:534-539.
32. Parellada Esquiús N, García Casanova MC, Pi Juan M, García Casanova S, Ruiz Mariscal E. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración ? *Aten Primaria.* 2005;35:295-300.

33. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley; 2008.
34. Hernández Martínez M, García de León González R, Oliver Roig A, Mercader Rodríguez B, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA. Evaluación del impacto de la IHAN en las tasas de lactancia materna de nuestra área sanitaria. En: IV Congreso Español de Lactancia Materna. Tenerife 2006. Santa Cruz de Tenerife: El Congreso; 2006. p. 73-74.
35. Kuan LW, Brito M, Decolongon J, Schoettker PJ, Atherton HD, Kotagal UR. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*. 1999;48:28.
36. Deshpande AD, Gazmararian JA. Breastfeeding education and support: association with decision to breastfeed. *Eff Clin Pract*. 2000;3:116-122.
37. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC guide to breastfeeding interventions. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
38. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for de U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149:565-582.
39. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:596.
40. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115:39-46.
41. González Oya JL, Valls Durán T, Mosquera González E, Herranz Álvarez M, López Ozores Y, Sanromán Varela MJ, et al. Estudio de prevalencia de la lactancia en los centros de salud de Val Miñor. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;8;10:603-616.

HIPÓTESIS-OBJETIVOS

Hipótesis

Las intervenciones educacionales en cursos posparto durante el puerperio tardío mejoran los resultados actuales aumentando el número de días de lactancia materna exclusiva en los recién nacidos del Hospital Infanta Cristina de Parla.

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención educacional en el puerperio tardío en relación al tiempo de lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida del recién nacido (RN) en la población del Hospital Infanta Cristina de Parla.

Objetivos específicos

- Estimar la incidencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria del Hospital Infanta Cristina de Parla (Madrid).
- Desarrollar las intervenciones educativas previstas durante el puerperio tardío.
- Describir los contenidos del programa de formación en lactancia materna del personal sanitario del Hospital Infanta Cristina (Madrid).
- Determinar la duración de la lactancia materna exclusiva en cada grupo.
- Analizar la diferencia de resultados entre los dos grupos según la intervención realizada.
- Evaluar la evolución de las tasas de lactancia materna al mes, a los tres meses y a los seis meses en los distintos grupos.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Estudio experimental controlado aleatorizado. El diseño se realizará con dos grupos. El grupo control que habrá asistido a clases de preparación maternal y la atención al parto se habrá realizado en el hospital Infanta Cristina de Parla, recibiendo la información de los profesionales sanitarios previamente formados en el ámbito hospitalario sobre lactancia materna. Y el grupo experimental al que además de lo señalado se le ofrecerá una intervención educacional a los 7-10 días y a los 22-25 días posparto.

Población diana

Puérperas que son atendidas en el Hospital Infanta Cristina de Parla de la Comunidad de Madrid por ser su área de referencia o por ser derivadas de sus áreas o comunidades de origen.

Población de estudio

Grupo de madres y recién nacidos atendidos en el Hospital Infanta Cristina de Parla de la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio y que cumplen los criterios de selección.

Muestra

A través del programa informático Epidat 3.1, se ha calculado el tamaño muestral con un índice de confianza del 95%, una potencia del 80%, una precisión del 5%, una estimación de pérdida del 5% y se ha obtenido un tamaño de 185 gestantes en cada grupo de estudio.

Además se ha usado dicho programa para aplicar procedimientos de aleatorización tanto en la selección de la muestra como en la asignación a los grupos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres > de 18 años.
- Mujeres con embarazos controlados de bajo riesgo obstétrico-fetal.
- Mujeres que hayan asistido a clases de educación maternal.
- Recién nacidos a término.
- Peso al nacimiento superior a 2500 gr e inferior a 4500 gr.
- Recién nacidos que al alta hospitalaria reciban lactancia materna de forma exclusiva.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no desean lactancia materna.
- Nacimientos procedentes de parto gemelar.
- Nacidos con patologías o síndromes.
- Recién nacidos que precisaron ingreso neonatal por cualquier motivo.
- Mujeres con alguna patología durante el puerperio y que necesitaron ingreso en una unidad distinta de la maternidad.
- Que exista algún impedimento personal que dificulte su consentimiento informado (que no entienda el idioma, que no sepa leer, etc.).

- Que no quieran participar en el estudio o que no puedan por problemas de salud o personales.

Variables incluidas en el estudio

- **Variable independiente:** intervención sí/no, cualitativa dicotómica.
- **Variable dependiente:** tiempo de lactancia materna exclusiva en días, cuantitativa continua.
- **Variables universales:**
 - ✓ Filiación: edad, nacionalidad, lugar de residencia, centro de salud de referencia, zona básica de salud, número de teléfono.
 - ✓ Socioeconómicos: estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral.
 - ✓ Obstétricos: paridad (nulípara/múltiparas), tipo de parto, tipo y tiempo de lactancia de hijos previos, hábitos tóxicos, asistencia a clases de educación maternal, embarazo controlado.
- **Variable confusión:** Matrona que imparte clases de educación maternal, influencia del entorno, apoyo familiar.

Fiabilidad y validez del proyecto

Análisis de la fiabilidad

Se pretende aumentar la fiabilidad del estudio a través de los criterios de inclusión y exclusión, con la elaboración de un buen formulario y guía para el seguimiento y con la formación previa del personal que recogerá la información.

Análisis de la validez

A través del control estadístico de las variables. Además se tendrán en cuenta los posibles sesgos, como:

- La participación voluntaria siempre puede incurrir en un potencial sesgo de selección, puesto que puede que las mujeres que deciden participar y contestar a la encuesta no sean comparables a las que no quieren participar en el estudio.
- Los posibles factores de confusión que intervienen entre causa-efecto serán tenidos en cuenta durante la recogida de datos.

- El Efecto Hawthorne estará presente, puesto que las gestantes se incluyen de manera voluntaria en el estudio y por tanto pueden modificar sus respuestas, respecto de su verdadero pensamiento.
- Sesgo de recuerdo, por recopilación incompleta o imprecisa de la información.

Métodos recogida de datos

- Consentimiento por escrito.
- Cuestionario estudio de lactancia.
- Encuestas telefónicas seriadas.

Antes de abandonar el hospital las madres rellenarán un cuestionario-estudio de lactancia materna.

La lectura de dicho cuestionario será realizada por parte del investigador principal o cualquiera de los colaboradores para conocer la aptitud de los participantes. Al alta se informará a la puerpera seleccionada de forma aleatoria y que cumpla con los criterios de selección, del estudio que se pretende llevar a cabo. Se solicitará autorización para poder realizar un seguimiento de la evolución de su lactancia materna. Aquéllas que decidan participar firmarán el consentimiento informado.

Después de firmar el consentimiento, serán asignadas aleatoriamente a los siguientes grupos de estudio:

- Grupo control.
- Grupo intervención.

Se realizará un seguimiento telefónico mediante una encuesta, para conocer la evolución de la lactancia materna al mes, a los tres meses y a los seis meses.

Intervención

Grupo control: Las madres del grupo control cuentan con la información sobre lactancia materna recibida en las clases de educación maternal e impartida por la matrona de su centro de salud correspondiente. Junto con esto, reciben la ayuda y conocimientos transmitidos por el personal sanitario del hospital Infanta Cristina, formado previamente en lactancia materna y cuyo programa de formación se adjunta en el anexo III.

Grupo intervención: Las madres del grupo intervención disponen además de lo señalado en el grupo control, la asistencia a dos clases de grupos posparto cuyo contenido se señala en el anexo IV.

Ambos grupos rellenarán el cuestionario-estudio de lactancia dispuesto en el Anexo V.

Una vez terminada la intervención, se realizarán encuestas telefónicas de seguimiento, según anexo VI, que permitirán conocer la evolución de la lactancia materna en ambos grupos y analizar los resultados.

Formación de los colaboradores

Formaran parte del equipo colaborador todas aquellas matronas pertenecientes al servicio de obstetricia de Parla, que deseen participar en el estudio.

Se realizarán unas reuniones previas con el equipo de matronas que va a recoger los datos para coordinar y homogeneizar los criterios de recogida de datos. Se explicará el protocolo de recogida de datos, el contenido de las intervenciones en los grupos posparto, se resolverán dudas y se dará la información por escrito a cada matrona colaboradora.

Igualmente se les formará de cómo informar a las gestantes acerca del estudio y su finalidad, se les explicará el consentimiento informado que deben cumplimentar las gestantes para participar, de manera que todos lo expliquen de la misma forma.

Finalmente se les informará acerca de la ley de protección de datos, de las normas de buena práctica clínica y de la Declaración de Helsinki, según las cuales se rige este proyecto de investigación.

Almacenamiento y tratamiento de la información

Los formularios y la información recogida en el momento de las intervenciones y posteriormente por teléfono serán almacenados en unos ficheros ubicados en el cuarto de personal de paritorio. Semanalmente serán recopilados por el investigador principal. Se creará un documento tipo Excel, donde se irán transcribiendo los datos recogidos, a través de los formularios, para su posterior tratamiento y análisis.

El investigador principal, o el administrativo, en el caso de que se pueda contratar, se encargará de esta tarea, preservando así la privacidad de toda la información recopilada.

Métodos estadísticos

La variable dependiente, cuantitativa, se expresará en términos de media y desviación típica. Se realizará un test de la t de Student para el análisis de la variable independiente haber recibido intervención sí o no (cualitativa dicotómica) y dependiente número de días de lactancia materna exclusiva (cuantitativa continua).

La significación estadística se determinará con una $p < 0,05$ y con IC 95%. La información procederá tanto del formulario como del servicio de estadística del hospital.

Aspectos éticos de la investigación

Se respetaran las normas internacionales de protección de datos, y la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). Asimismo, se seguirán las normas de la buena práctica clínica recogidas en la Declaración de Helsinki.

La participación en el estudio es libre, voluntaria y anónima. Se facilitará una hoja de consentimiento informado a cada participante, que deberá firmar previamente a su inclusión en el estudio.

El proyecto se presentará en el comité de ética del Hospital de Parla para su aprobación.

Etapas de la investigación y organización del equipo

- Trabajo bibliográfico y documental. Recolección y discusión de materiales.

El investigador principal desarrollará una búsqueda bibliográfica sistemática a través de las principales bases de datos: Pubmed, BMC, ENFISPO, bases de tesis, Biblioteca Cochrane, etc.

- Formación del personal del hospital Infanta Cristina de Parla en lactancia materna.
- Protocolos de los trabajos de campo en instituciones.

El investigador principal desarrollará los protocolos y procedimientos de la investigación y se reunirá con las correspondientes direcciones y/o gerencias para presentarlos.

- Formación del personal ayudante en la recogida de datos y entrevista.

Los colaboradores serán voluntarios y se seleccionarán por el investigador principal. Posteriormente, serán formados en el desarrollo de la investigación, la información a proporcionar a las participantes, el consentimiento informado, los protocolos de recogida de datos y su posterior almacenamiento.

- Trabajos de campo institucionales: obtención de la muestra, recogida de datos.

El investigador principal y los colaboradores procederán a seleccionar la muestra, incluir a las gestantes que cumplan criterios, informarlas acerca de la investigación y pedir su consentimiento y recoger los datos, según protocolo y normas de la Buena Práctica Clínica.

- Transcripción e intercambio de materiales, primer acercamiento analítico.

El investigador principal y los colaboradores se reunirán para elaborar unas primeras conclusiones acerca de la información recogida. Además, durante este tiempo, el investigador principal se encargará de ir recopilando la información recogida, y él mismo o un administrativo, si fuese posible contratarlo, se encargará de ir ordenándola ofimáticamente, para su posterior tratamiento y análisis.

- Transcripción e intercambio de materiales, fase comparativa y análisis de los materiales, aplicación método estadístico para variables cuantitativas.

El investigador principal y los colaboradores elaborarán las conclusiones del estudio, poniéndolas en común.

Los datos transcritos ofimáticamente serán analizados utilizándose el programa estadístico SPSS 16.

- Elaboración de los informes parciales y del informe final de la investigación. Divulgación de los resultados. Serán realizados los informes por el investigador principal, el cual buscará métodos de difusión tales como artículos o comunicaciones orales.

Limitaciones del proyecto

Sin duda alguna la promoción de la lactancia materna es un trabajo complejo en el que se precisa fundamentalmente el compromiso de todo el personal sanitario que trabaja alrededor de la madre gestante, puérpera y lactante.

Los resultados de este estudio deben ser interpretados en el contexto de sus limitaciones, la participación voluntaria, el tamaño muestral, un entorno único y centrado en una población, la personalidad y el medio ambiente de la madre, la motivación personal, la actitud de las matronas encargadas de la educación maternal en el tema de la lactancia materna, el conocimiento de los responsables de la intervención, el entorno familiar y las condiciones de apoyo tras el alta hospitalaria.

La decisión de lactar naturalmente y la duración de dicha lactancia es un aspecto multifactorial, no cabe duda de que en la elección de la lactancia materna y en su duración influyen numerosos factores que conocemos sólo de forma parcial y que

probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo.

Los esfuerzos individuales son muy importantes, pero tienen una difusión desigual. Para que llegue a todos, es necesario el apoyo de las sociedades científicas y las autoridades sanitarias.

Beneficios del proyecto

La información sobre lactancia materna debe presentarse como una estrategia preventiva de la salud. Es a través del acceso y la difusión del conocimiento de los profesionales sanitarios que las madres pueden tomar una decisión plenamente informada acerca de el método de alimentación que desean para sus hijos.

El exceso de costes y los riesgos de morbilidad-mortalidad materna infantil que se generan al permitir que las tasas de lactancia materna continúen en sus niveles actuales podrían ser evitables con acciones que mejoren las cifras de lactancia materna, su duración y exclusividad.

El beneficio del presente proyecto podemos encontrarlo en el análisis de la efectividad de una intervención posparto que podría ser rentable al conseguir mejorar los resultados en lactancia materna.

Difusión y explotación de resultados

Los resultados de la investigación serán expuestos en la gerencia tanto del área 10, como del hospital Infanta Cristina de Parla. Además se publicarán las conclusiones a través de artículos en revistas científicas y de comunicaciones y exposiciones en los foros pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arignón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
2. Martín A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ªed. Madrid: Norma; 1999.
3. Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade. Epidat 3.1. Análisis epidemiológico de datos tabulados [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 2006 [consultado 1 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>

4. Azorín F, Sánchez-Crespo JL. Métodos y aplicaciones del muestreo: Madrid: Alianza; 1994.
5. SPSS para Windows, Rel. 11.0.1. 2001. Chicago: SPSS Inc.
6. Carrasco JL. El método estadístico en la Investigación médica. 6ª ed. Madrid: Ciencia; 1995.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Seul, Corea; 2008.
8. Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99.

ANEXO I

- Recomendaciones de la OMS para el Embarazo, Parto y Lactancia. Declaración de Fortaleza 1985.
- Convención de los Derechos del niño-a 1989 y ratificada por España el 31 de diciembre de 1990, según la cual los Estados tienen la obligación jurídica de otorgar a las familias el conocimiento y el apoyo necesario para poder practicar la Lactancia Materna. Declaración conjunta OMS-UNICEF 1989, en la que se insta a todos los Hospitales del mundo a poner en marcha las medidas que se resumen en los Diez Pasos para una feliz Lactancia Materna.
- El Plan de Acción de la Cumbre a favor de la Infancia firmada en 1990 recoge explícitamente el compromiso del Estado Español como uno de los Derechos fundamentales del niño.
- Declaración de Innocenti 1990, adoptada en la reunión conjunta OMS-UNICEF en 1990 y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991, hace un llamamiento a los gobiernos para: Apoyar en todo el mundo la Lactancia Materna, adoptando medidas para conseguir una Cultura de la Lactancia Materna. Aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar. Asegurar que los Servicios de Maternidad cumplan los Diez Pasos para una feliz Lactancia Materna, según la Declaración Conjunta OMS-UNICEF. Implementar el Código Internacional y las resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud. Instar a los Estados a integrar Programas de Lactancia, como definir una legislación que proteja el derecho a amamantar que tienen las mujeres trabajadoras.
- WABA (Alianza Mundial Pro Lactancia Materna), fundada en 1991, para fortalecer la acción de los objetivos de la Declaración de Innocenti, es una Red Mundial de organizaciones y de personas que creen en el derecho a la lactancia materna. WABA es la creadora de la SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA, que se celebra cada año durante la primera semana de octubre desde el año 92.
- La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Adoptada en el año 2002 por la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se reitera la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y junto a una adecuada alimentación hasta los dos años o más, cómo una meta universal de salud.
- Plan Estratégico Europeo para la Acción “Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa”, documento elaborado el año 2004 por un grupo de expertos, impulsado por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión

Europea. El ámbito europeo y la elaboración multidisciplinar del Plan Estratégico tienen un doble objetivo: que aumente el número de madres que inicien la lactancia materna y mantengan la lactancia exclusiva hasta los seis meses y junto con otros alimentos hasta los dos años por lo menos. Se proponen áreas de intervención en el terreno de las políticas, los planes de acción, la educación, la comunicación apropiadas, la legislación y evaluación y cuando sea necesario, la financiación. También incluye el conseguir que todos los hospitales que cuenten con servicios de materno-infantiles sean designados Hospital Amigo del Niño.

- Convenio Marco del Ministerio de Sanidad con UNICEF, en el año 2004 con el compromiso de poner en marcha campañas informativas para la población y para los profesionales de la salud y de impulsar la "IHAN" "Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia".
- Proposición Nº de Ley 185/02 de las Cortes de Aragón de Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna, aprobada el año 2003, según la cual se propiciarán los recursos necesarios para el desarrollo de la Iniciativa auspiciada por OMS-UNICEF, denominada "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños". En la mayoría de las comunidades autonómicas españolas se ha aprobado proposiciones no de ley similares a la aprobada por las Cortes de Aragón.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna. Aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud. Se aplica a todos los substitutos de la leche materna, y a los biberones y tetinas. El trabajo de IBFAN (Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil), contribuyó en buena medida a su aprobación. IBFAN desde 1979 vigila por todo el mundo, como buenos guardianes de la lactancia materna, las estrategias de mercadeo sobre nutrición infantil.

ANEXO II

La lactancia no solo es instinto, también comportamiento aprendido por imitación.

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los distintos tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

Lactancia materna exclusiva: lactancia materna, incluyendo leche de mirriflin extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Lactancia materna predominante: lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Lactancia materna completa: incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.

Alimentación complementaria: leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

Lactancia materna: alimentación por leche de madre.

Lactancia de biberón: cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

Con todo en la literatura científica es posible encontrar también otros términos:

Lactancia de múltiples: lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.

Lactancia diferida: lactancia por leche materna extraída.

Lactancia directa: cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho.

Lactancia en tándem: lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad.

Lactancia inducida: lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.

Lactancia mercenaria: lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.

Lactancia mixta: forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana+leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.

Lactancia solidaria: lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.

Relactancia: lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia.

ANEXO III

FORMACIÓN BÁSICA EN LACTANCIA MATERNA PARA PERSONAL HOSPITALARIO PROGRAMA 20 HORAS

PRIMER DÍA

- Presentación y examen sobre conceptos básicos.
- Situación actual de la lactancia materna y raíces históricas.
- Anatomía de la mama. Fisiología de la lactancia humana. Fisiología de la succión.
- El parto y las dos primeras horas posparto.
- Técnicas básicas para valoración de una toma. Prácticas.
- Técnicas de comunicación. Prácticas.

SEGUNDO DÍA

- Primer día posparto. Importancia piel con piel.
- La madre con cesárea: consideraciones y dificultades.
- Segundo día posparto: signos de tranquilidad, signos de alarma.
- Derivación a grupos de apoyo a la lactancia materna. Parlacta.
- Cuándo es necesario suplementar, con qué y cómo. Técnicas de extracción manual y con bomba. Prácticas.
- Pezones “difíciles”: Uso de pezoneras.

TERCER DÍA

- Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Código de Comercialización.
- Hipoglucemia, ictericia y deshidratación en el neonato.
- Madre con el bebé en neonatos: instauración óptima de la lactancia.
- Urgencias y su manejo: grietas, ingurgitación y mastitis.
- Indicaciones al alta. Medicaciones y lactancia.

ANEXO IV

GRUPOS POSPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

PRIMERA CLASE: Entre el 7-10 día de vida del RN.

Presentación.

Conocimientos teórico-prácticos:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Lactancia a demanda.
- Practicar y manejar las posturas idóneas para dar de mamar.
- Técnicas facilitadoras del amamantamiento (enganche, succión, ver toma).
- Complicaciones, manejo para evitarlas.
- Técnica de extracción de leche.

Reforzar confianza:

- Felicitar a la madre por sus esfuerzos.
- Resaltar sus logros.
- Animar a los padres a reconocer signos del bebé.

Proporcionar apoyo emocional:

- Acoger con calidez y empatía.
- Escucha activa. Experiencias y sentimientos.
- Búsqueda de soluciones individualizadas.
- Intercambiar ideas para dar solución a problemas concretos y cotidianos.
- Discusión de casos.

Entrega material didáctico.

SEGUNDA CLASE: Entre el 22-25 día de vida del RN.

- Intervención de madres del grupo de apoyo a la lactancia de Parla.
- Resolución de problemas.
- Refuerzo positivo.
- Sugerencias.
- Apoyo.

La lactancia materna, es además de una técnica de alimentación importante de conocer, una expresión de amor que está conectada con los sentimientos y la mente de la madre, por ello para aprender a dar de mamar es preciso tener confianza en una

misma, superando los obstáculos y dificultades que surjan a vuestro paso. Es importante saber que la técnica del amamantamiento no puede dissociarse de la forma en que os sentís con el bebé y con vuestro propio cuerpo, si tenéis confianza en vosotras mismas y deseáis seguir cuando aparezcan dificultades, es más que probable que lo consigáis.

ANEXO V

CUESTIONARIO-ESTUDIO DE LACTANCIA MATERNA

DATOS DE FILACIÓN

Madre	Recién nacido
Apellido 1:	Apellido 1:
Apellido 2:	Apellido 2:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Fecha de nacimiento:
Teléfono fijo:	Edad en días:
Teléfono móvil:	Peso al nacer:
Fecha de nacimiento:	Semanas de gestación:
Edad de la madre:	
Nacionalidad:	
Lugar de residencia:	

DATOS SOCIOECONÓMICOS

Estado civil:	<input type="text" value="Soltera"/>	<input type="text" value="Casada"/>	<input type="text" value="En pareja"/>	<input type="text" value="Otro:"/>
Nivel de estudios:	<input type="text" value="Primarios"/>	<input type="text" value="Secundarios"/>	<input type="text" value="Universitario"/>	
Profesión:	_____			
Trabajo fuera del hogar:	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
Horario de trabajo:	_____ Nº de horas fuera del hogar: _____			

ANTECEDENTES PERSONALES

Médicos:

Quirúrgicos:

Alergias medicamentosas:

Sí No

Tóxicos:

Sí No

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº Embarazos/Abortos /Vivos: / /

Lactancia materna hijos previos:

Sí No

Exclusiva:

Duración:

Predominante:

Duración:

Complementaria:

Duración:

EMBARAZO ACTUAL

Embarazo controlado	Sí	No
Patología embarazo	Sí	No
Educación maternal	Sí	No
Desea lactancia	Sí	No
Apoyo familiar	Sí	No
Influencia del entorno	Sí	No

Centro de Salud:

Zona Básica de Salud:

Nombre matrona:

PARITORIO

Tipo de parto:

Eutócico Fórceps Ventosa Espátulas Cesárea

Tipo de Anestesia:

Epidural Raquídea General Local Ninguna

PERINÉ	SÍ	NO
Integro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episiotomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehiscencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLANTA

RECIÉN NACIDO	SÍ	NO
Sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso en otra unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel con piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma en paritorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATERNIDAD

INFORMACIÓN RECIBIDA	SÍ	NO
Lactancia a demanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto piel con piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicaciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extracción leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicaciones al alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AL ALTA

Recién Nacido recibe lactancia materna de forma exclusiva:

SÍ NO

ESTANCIA HOSPITALARIA	SÍ	NO
Cohabitación madre y RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso RN en otra unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso madre en otra unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración de una toma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de biberones/tetinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de chupetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de pezoneras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO VI

ENCUESTA TELEFÓNICA

Nº de días de vida del RN:

RN sano: SÍ NO

Tipo de alimentación:

Lactancia materna exclusiva

Lactancia materna predominante

Lactancia materna completa

Lactancia complementaria

Lactancia artificial

Abandono LME: SÍ NO

Momento y motivo de abandono: _____

Suplementos lactancia artificial: SÍ NO Nº tomas: _____
Nº biberones: _____

- Prescripción por:
- Motivo:
- Fecha introducción:

Lactancia artificial: SÍ NO Nº biberones: _____

- Prescripción por:
- Motivo:
- Fecha introducción:

Complicaciones durante la lactancia: SÍ NO

Tipo de complicación: Problemas con los pezones
Grietas
Ingurgitación
Mastitis
Producción inadecuada
Otras Indicar cuál:

Solicita ayuda: Sí NO

Lugar:

Centro de Salud:

Hospital
Grupos de apoyo lactancia
Otro ¿Cuál?

Ayuda prestada por:

Pediatra
Ginecólogo
Matrona
Enfermera
Otro ¿Cuál?

Ayuda familiar: Sí NO

Clases posparto: Sí NO

Grupos de apoyo: Sí NO

Ayuda recibida ha sido útil: Sí NO

Hubiera necesitado algún otro tipo de ayuda: Sí NO ¿Cuál?

Señale qué ayuda ha resultado mejor: Parto

Posparto

Familiar

Grupos de apoyo

Otras

Desea continuar con la lactancia materna: SÍ NO

Recibido: 12 marzo 2012.

Aceptado: 20 marzo 2012.