

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA EN EL HUBU



Cristina Riquelme Lozano

Mónica Ruiz Magadán

Laura Sancho Temiño

Soraya Sassaf López

Rosa M^a Triguero Grijalvo

Metodología en Gestión de la Calidad

Tutora: Dra. María Consuelo Sáiz Manzanares

Tercer curso Grado en Enfermería 2014/2015 - UNIVERSIDAD DE BURGOS

ÍNDICE

1. Introducción	Pág: 2
1.1. Justificación	Pág: 3
2. Metodología y Plan de trabajo	Pág: 4
2.1. Descripción del Servicio	Pág: 4
2.2. Objetivos	Pág: 10
2.3. Fases, Acciones y Planificación Temporal	Pág: 10
2.3.1. Fases y Acciones	Pág: 22
2.3.2 Planificación Temporal	Pág: 31
2.4 Evaluación	Pág: 32
2.5. Análisis de Resultados	Pág. 33
3. Plan de Mejora de Calidad	Pág. 35
4. Reflexión Grupal	Pág: 38
5. Bibliografía	Pág: 39
Anexo I. Flujograma	Pág: 44
Anexo II. Formato de Indicadores	Pág: 45
Anexo III. Consentimiento Comité Ético	Pág: 46
Anexo IV. Registro de Resultados de los Indicadores	Pág: 47

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un hábito que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido a la alimentación del bebé durante los primeros meses de su vida.¹ Es cierto que la mujer es un mamífero, pero hemos cambiado desde la edad de las cavernas hasta la fecha actual cuando se escoge el momento para tener un bebé. La alimentación con leche materna de otra mujer y la alimentación artificial no son invenciones del siglo XIX, por ello la lactancia materna ha necesitado una promoción permanente desde hace siglos.

Ya en el año 888 a .C., cuando un bebé no podía ser amamantado por su madre recibía la leche materna de otra mujer llamada nodriza.

En el siglo XVI se extendió la costumbre entre las mujeres de las clases altas de dar a sus hijos al cuidado de las nodrizas porque la prioridad era mantener la relación matrimonial antes que el ejercicio de las funciones maternas. Este hábito hizo que las tasas de mortalidad infantil aumentaran en Europa en el siglo XVIII.²

Con la Revolución Industrial se empieza a desarrollar la industria química y farmacéutica, comenzándose a elaborar de forma industrial a mediados del siglo XIX un alimento sustitutivo de la leche humana: la leche "maternizada".¹ A su vez, la institucionalización del parto de forma contemporánea influyó también en la lactancia materna, contribuyendo a la introducción precoz de otros alimentos en la dieta y llevar al bebé hasta el destete.²

Tras la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas, la leche materna fue abandonándose progresivamente. Las clases económicamente más pudientes fueron las que, en primera instancia, adaptaron la nueva moda alimenticia y posteriormente las clases inferiores las imitaron.¹

1.1. Justificación

Actualmente, tras una etapa de abandono masivo, estamos asistiendo a una recuperación de este hábito, especialmente en el mundo desarrollado, promovida desde las instituciones de salud ante la evidencia científica. La superioridad de la lactancia materna frente a la lactancia artificial es indiscutible y la evidencia científica así lo pone de manifiesto.

La pregunta sería: si es tan natural amamantar, ¿por qué se necesita convencer a tantas mujeres de las bondades de su propia leche?³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y hasta los 2 años o más junto con alimentación complementaria.

Entre la mitad y dos tercios de las mujeres deciden el tipo de lactancia antes de quedarse embarazadas. En esta decisión influyen distintos factores como las experiencias anteriores, las experiencias de otras mujeres de su entorno, el tipo de trabajo que la mujer desempeña y la duración de la baja maternal, el apoyo de su entorno y la información que tiene sobre la lactancia materna. Independientemente de la decisión que tome la mujer, los profesionales sanitarios debemos escucharla y asesorarla.

2. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

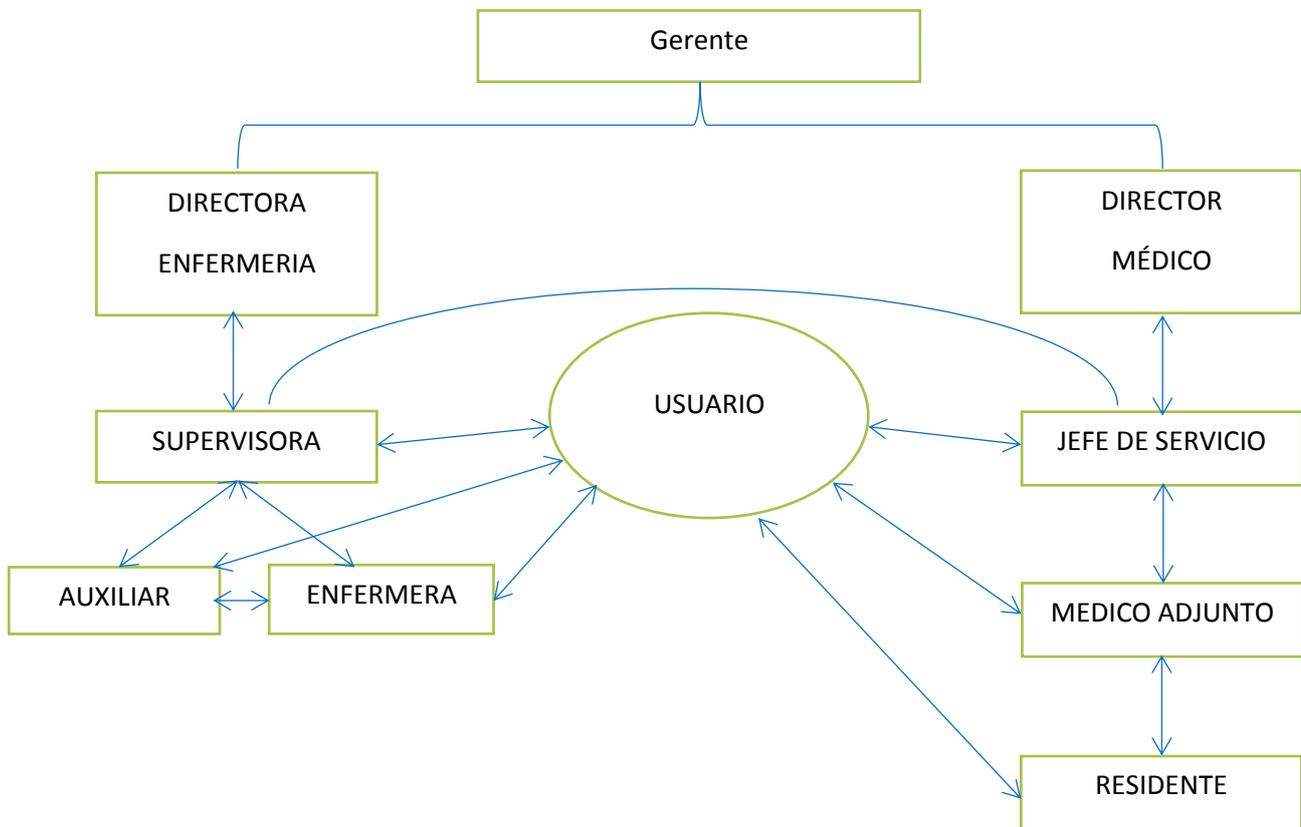
2.1. Descripción del servicio

El servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Burgos está formado por diferentes profesionales, tanto personal sanitarios como personal no sanitario. El personal sanitario de la planta está formado fundamentalmente por médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería. También contamos con profesionales como son psicólogos, trabajadores sociales, etc.

La interacción con trabajadores de otras unidades o servicios es esencial para el buen funcionamiento del servicio. Nos referimos a unidades o servicios tales como; paritorio, neonatos, UCI pediátrica, UCI neonatal o patología obstétrica, los cuales aportan otra visión sanitaria respecto a los cuidados del paciente.

Este servicio se dedica al cuidado de las puérperas una vez hayan dado a luz en el paritorio para dar continuidad de los cuidados tanto a la madre como al bebé.

Estructura organizativa



Debido a que formamos parte de un equipo multi e interdisciplinar, centrado en el usuario, quién debe ser el objetivo en todo momento de las acciones llevadas a cabo por los diferentes miembros del equipo, las relaciones entre los profesionales se desarrollan al mismo nivel, es decir, no hay relaciones de superioridad entre un profesional u otro, aportando cada uno su visión profesional, respetando las competencias de cada uno, centradas siempre en el bienestar del paciente.

Entre los diferentes profesionales se establecen diferentes tipos de comunicación. La comunicación descendente se produce desde los niveles directivos, es decir, la supervisora de enfermería, hasta los niveles operativos, formados por las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. La comunicación ascendente suele ocurrir ocasionalmente desde los niveles inmediatamente inferiores a los superiores.

Esta comunicación se da normalmente entre las enfermeras y los técnicos auxiliares de enfermería y la supervisora de enfermería. Así mismo, se establece una comunicación lateral entre las diferentes enfermeras y los técnicos auxiliares del servicio.

Los profesionales del servicio contarán con la formación propia de cada categoría profesional actualizando sus conocimientos continuamente, para ello cuentan con el servicio de formación propio del hospital, además de la participación en congresos, simposios, etc.

Estructura interactiva de los roles

Roles del Supervisor/a de Enfermería:

- ✓ Establecer un diagnóstico situacional de supervisión.
- ✓ Elaborar plan de supervisión.
- ✓ Analizar y valorar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere en el área de trabajo asignada.
- ✓ Colaborar con el jefe de servicio en la asignación y distribución del personal.
- ✓ Tomar parte en la planificación y ejecución de los programas de enseñanza en el servicio.
- ✓ Determinar el sistema de trabajo idóneo para los servicios.
- ✓ Participar en las técnicas de integración personal.
- ✓ Solucionar los problemas que le sean comunicados o que detecte, en caso contrario, turnarlos al nivel jerárquico correspondiente.
- ✓ Elaborar la distribución de turnos, horarios, vacaciones, descansos y otros del personal de enfermería.
- ✓ Calcular los requerimientos del personal según categorías.

- ✓ Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
- ✓ Promover esfuerzos cooperativos en el equipo de salud.
- ✓ Seleccionar personal para incentivos y sanciones dirigidos al personal de enfermería.
- ✓ Establecer medios para atender a los sistemas de comunicación ascendente, descendente, lateral y general.
- ✓ Elaborar informes y recibirlos.
- ✓ Tomar decisiones.
- ✓ Recibir y delegar funciones.
- ✓ Realizar entrevistas al personal cuando sea necesario.
- ✓ Aplicar encuestas para conocer las habilidades del personal.
- ✓ Evaluar al personal directa o indirectamente en su área.
- ✓ Provocar enseñanza incidental o planeada.
- ✓ Participar en la descripción de puestos y en el análisis correspondiente.
- ✓ Tomar parte en sesiones clínicas promoviendo la participación del personal.
- ✓ Manejar y elaborar formas de supervisión y evaluación del personal.
- ✓ Supervisar la atención que proporciona enfermería al paciente.
- ✓ Planear con otros profesionales del equipo de salud las acciones correspondientes a la atención del paciente.
- ✓ Propiciar un ambiente favorable a la productividad.
- ✓ Procurar que el paciente tenga un ambiente de confianza, bienestar e higiene.
- ✓ Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la atención de enfermería.
- ✓ Participar en la enseñanza y orientación a familiares.
- ✓ Vigilar la conservación y el uso adecuado de la capacidad del servicio.

- ✓ Orientar al personal sobre el manejo de equipo espacial cuando así se requiera.
- ✓ Evaluar las necesidades de equipo y material de los servicios.
- ✓ Colaborar en la elaboración de instrumentos técnico-administrativos del departamento.
- ✓ Contribuir en la elaboración y actualización de formas que maneja el personal del departamento.
- ✓ Vigilar la adecuada y oportuna dotación de material y equipo en los servicios.
- ✓ Elaboración de informes.

Roles de la enfermera:⁴

Al ingreso de la paciente en la planta de obstetricia, procedente de “Recuperación de Partorio”, y después de conocer la evolución y desarrollo del parto mediante el “Partograma e Historia Obstétrica”, se procederá a las siguientes actuaciones:

- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ Valoración de la metrorragia, altura y contracción uterina.
- ✓ Potenciar la micción espontánea dentro de las horas siguientes al parto.
- ✓ Valorar el estado de la episiotomía.
- ✓ Fomento de la lactancia materna.
- ✓ Prevención de la hipotensión ortostática.
- ✓ Higiene.
- ✓ Alimentación.
- ✓ Inicio del vínculo materno-filial.
- ✓ Alivio del dolor.
- ✓ Completar la información verbal con folletos y hojas informativas propias del servicio.

Roles de la auxiliar de enfermería:

- ✓ Hacer las camas de la puérpera.
- ✓ Realizar el aseo y la limpieza de la puérpera y del bebe.
- ✓ Realizar la limpieza de los carros de curas y de su material.
- ✓ Recepción de los carros de comida y distribución de la misma.
- ✓ Servir las comidas a la puérpera.
- ✓ Preparación de biberones, si fuese necesario.
- ✓ Clasificar y ordenar las lencerías de la planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario.
- ✓ Por indicación de la enfermera, colaborará en la administración de medicamentos por vía oral y rectal, con exclusión de la vía parenteral.
- ✓ Colaborar en el rasurado de las enfermas.
- ✓ En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera.

Para el desarrollo de nuestro proyecto hemos establecido los siguientes criterios de inclusión e exclusión:

- Criterios de inclusión: todas las mujeres que han dado a luz en el HUBU. Mujeres de cualquier nivel socioeconómico y cultural, adaptándonos a las situaciones especiales.

- Criterios de exclusión: mujeres que por contraindicación médica no puedan dar lactancia materna o que tienen el deseo de no lactar.

La necesidad de salud a la que vamos a dar respuesta es el conocimiento insuficiente de las puérperas respecto a la técnica de la lactancia materna.

2.2. Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la influencia de la enfermería en cuanto a la elección de dar lactancia materna.

Objetivos intermedios:

1. Conocer el grado de satisfacción de las madres en cuanto al apoyo recibido por el personal de enfermería durante la estancia en la planta de obstetricia.
2. Analizar la efectividad de la intervención realizada a través de una encuesta a la madre.
3. Comprobar si el trato recibido por el personal enfermero en el servicio de obstetricia le ayudó a tomar la decisión de dar lactancia materna.

2.3. Fases, Acciones y Planificación Temporal

Para llevar a cabo los diferentes objetivos, seguiremos el protocolo del Servicio Madrileño de Salud que se expone a continuación.

La lactancia materna debe ser un acto deseado por la madre. El lactante nace con la capacidad de buscar el pecho, reconocerlo y acercarse a él. La no separación aumenta las posibilidades de éxito del establecimiento y duración de la lactancia materna, por lo

que es importante favorecer el contacto continuado piel con piel (CPP) entre la madre y el hijo durante al menos un mínimo de 60 minutos después del nacimiento, aunque lo ideal es que permanezcan hasta que el bebé haga la primera toma y todo el tiempo que la madre lo desee, si el estado del niño y la madre lo permiten. Este periodo es fundamental, debido a que durante estas dos primeras horas tras el nacimiento, los niños tienen un reflejo de succión generalmente más intenso, están alerta y despiertos, y en las madres éste contacto produce una descarga de oxitocina que favorece la eyección de leche, incrementa las contracciones uterinas favoreciendo la involución uterina y refuerza el vínculo madre-hijo. La separación de la madre en esas primeras horas puede condicionar la atenuación o la desaparición de esta conducta. Por tanto, siempre que el estado de la madre y el niño lo permitan, se realizará contacto continuado piel con piel ya que favorece la adaptación del bebé a la vida fuera del útero, el vínculo afectivo entre la madre y el niño, y la lactancia.

Plan asistencial en el paritorio⁵

Las actividades a realizar serán las siguientes:

- Comprobar que la madre ha sido informada y conoce los beneficios de la lactancia materna.
- Se preguntará a la madre sobre el tipo de alimentación que desea dar a su hijo y se respetará su decisión.
- Valorar si existe alguna contraindicación materna para la lactancia.
- Registrar el tipo de alimentación decidida por la madre y los posibles antecedentes en la instauración o mantenimiento de amamantamientos previos, preocupaciones y dudas en relación con la lactancia.

- Valorar factores de riesgo o necesidad de apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna.

Parto vaginal

- Crear un ambiente propicio, íntimo y de tranquilidad en el paritorio reduciendo los estímulos táctiles, visuales y auditivos sobre el recién nacido para facilitar la transición del niño a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y la lactancia materna.
- Informar y ofrecer el CPP precoz, independientemente del tipo de alimentación elegido por la madre.
- Colocar al recién nacido en posición prono sobre el pecho de la madre, en CPP, permitiendo al recién nacido la búsqueda, chupeteo y tocar el pecho y el pezón con sus manos. No se recomienda forzar esta primera toma si el recién nacido no presenta los reflejos necesarios para conseguir un primer enganche.
- Para mantener caliente al bebé mientras se realiza el CPP, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentada. Se le cubrirá la cabeza con una gasa o gorrito. No se recomienda vestir al recién nacido con camiseta y pañal en estas primeras dos horas de vida.
- No interrumpir el CPP para valorar el test de Apgar (al minuto y los 5 minutos de vida).
- Se realizará el pinzamiento de cordón sobre la madre y se procederá a la identificación del recién nacido en esta misma posición.
- Indicar a la madre cuáles son las señales de hambre que presenta el niño desde la primera toma en paritorio (búsqueda, chupeteo manos, movimientos de lengua).
- La matrona o la enfermera de neonatología confirmará que se realiza una toma espontánea de pecho y que el agarre es adecuado.

- El proceso se supervisará y controlará por un profesional experto (matrona o enfermera de neonatología) que mantendrá una vigilancia con observación periódica que no interfiera en la relación entre la madre y el recién nacido, alertando de cualquier cambio en su estado.
- Si es necesario el paso de la cama de parto a otra cama, se mantendrán en CPP a la madre y el recién nacido.
- Posponer los cuidados rutinarios del recién nacido (peso, talla, administración de profilaxis oftálmica, vitamina K y vacunación frente a hepatitis B), al menos dos horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma, teniendo en cuenta que la profilaxis antihemorrágica se ha de hacer antes de las 6 horas.
- En mujeres primíparas o si el parto ha sido largo o estresante para la madre, se aconsejará realizar el contacto piel con piel siempre que estén acompañadas por un familiar en todo momento.
- Registrar en la historia clínica el inicio de lactancia materna, posibles incidencias y, en el caso de que no se inicie, se especificará el motivo.

Cesárea

- El CPP precoz entre la mujer y su hijo debe ser promovido y facilitado en las cesáreas donde no haya contraindicación materna o fetal, con la colaboración de ginecólogos y anestesistas.
- Adecuar el ambiente en el quirófano en la medida de lo posible, con una temperatura de aproximadamente 24°C, un bajo nivel de luz ambiental (no en el campo quirúrgico) y una disminución del nivel de ruido para que la madre pueda oír al recién nacido.
- Se recomienda la presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano para ayudar a la realización del CPP y ofrecer apoyo emocional a la

madre, o si la madre no se encuentra en condiciones, ofrecer la posibilidad de realizar CPP con el padre/acompañante en quirófano.

- El anestesista y el cirujano podrán determinar en cualquier momento que el estado de la madre esté comprometido, y que el padre/acompañante o el neonato sean trasladados fuera del quirófano.
- Monitorizar a la madre de manera que el pecho quede libre de electrodos, colocando éstos en la espalda. Favorecer que la madre tenga un brazo libre de vías periféricas, para poder tocar al recién nacido cuando se le ponga en el pecho.
- Tras la extracción del recién nacido, el ginecólogo ofrecerá el niño a la matrona, que lo recibirá con guantes estériles y paño estéril precalentado, colocándolo sobre la madre en su hemiabdomen superior o en el tórax en posición oblicua o en la que considere más cómoda.
- Mantener al recién nacido seco con toallas precalentadas, si el padre o acompañante está presente en el quirófano se le animará para que le seque y ayude a la madre. Se colocará el gorro, una vez que se haya secado al recién nacido. Colocar el pañal al bebé con la menor manipulación posible para no interrumpir el CPP y no manchar el apósito de la herida quirúrgica.
- El neonatólogo valorará el estado del niño para poder realizar CPP precoz y si es óptimo y no precisa ninguna maniobra de reanimación, será la enfermera de neonatología o la matrona la que continúe con la observación hasta la finalización del acto quirúrgico y sean trasladados al Servicio de Reanimación de maternidad, donde se recomienda que permanezcan juntos, si el estado de la madre y del recién nacido lo permiten.
- Proceder a la identificación del recién nacido.

- Terminada la cesárea, se pasará a la madre con su hijo de la mesa del quirófano a la cama con apoyo de los celadores.
- Continuar con la observación y vigilancia periódica en la sala de Reanimación, el recién nacido permanecerá con la madre y se seguirá con la valoración del primer enganche como en el caso de parto vaginal.

En el caso de que la salud del recién nacido o de la madre obliguen a separarlos inicialmente, se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Se debería iniciar el CPP lo antes posible.
- Cuando el estado de la madre no lo permita, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre disminuye el tiempo de llanto y las hormonas de estrés y, además, mejora el vínculo padre-hijo y facilita el comportamiento que tendrá que poner en marcha el niño para asegurar una adecuada lactancia materna.
- En caso de que el recién nacido sea trasladado al Servicio de Neonatos, se deberá dar apoyo e información a la madre acerca de los métodos de extracción, conservación e identificación de la leche.

Las madres que no puedan instaurar la lactancia materna de forma precoz por ingreso del recién nacido, deberán realizarse una extracción de leche lo antes posible tras el parto, es recomendable que sea en las primeras 6 horas.

Plan asistencial en la planta de maternidad

Las actividades a realizar serán las siguientes:

- Verificar si la madre desea dar lactancia materna y respetar su decisión.
- Revisar la historia clínica de la madre y del recién nacido, por si existen contraindicaciones para la lactancia.
- Entregar la guía lactancia materna para padres vigente en el centro.

Parto vaginal

- Si la decisión es la lactancia artificial, se instruirá en la técnica de preparación y administración de las tomas con biberón.
- Favorecer la cohabitación evitando la separación materno-filial.
- Recomendar a la madre que limitar las visitas en el hospital la permitirá estar más tranquila y podrá dedicar más tiempo a amamantar al bebé.
- Fomentar el CPP.
- Es conveniente permitir la presencia de algún familiar o persona de confianza para transmitir la información, que puedan posteriormente apoyar y ayudar a la madre.
- Proporcionar a los padres educación sanitaria sobre la lactancia materna, solucionando posibles dudas que vayan surgiendo sobre:
 - La higiene de las mamas. Se recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón y dejando secar al aire tras la toma.
 - La importancia de una posición cómoda para el bebé y la madre y de una buena técnica de amamantamiento.
 - Reconocer los signos tempranos de hambre (chupeteo, bostezo, apertura ocular, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca, el llanto excesivo es un signo tardío de hambre).
 - Explicar a los padres que la alimentación al pecho debe de ser a demanda tanto en frecuencia como en duración. La primera semana se debe ofrecer el pecho entre 8-12 veces al día.
 - Enseñar a los padres cuándo, dónde y a quién pedir ayuda.
 - El resto de inquietudes que presente la madre.

- Afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre. Dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar.
- Evaluar la lactancia de la madre y del lactante mediante la valoración de la toma. Es conveniente evaluar la toma en las primeras 6-8 horas tras el nacimiento, para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de las dificultades. Posteriormente se recomienda evaluar la toma al menos una vez al día o mejor una vez por turno.
- Si la madre lo requiere o se observan signos de un amamantamiento ineficaz se reforzará la técnica y posición.
- A las madres cuyos hijos succionen de forma ineficaz, se les recomendará la estimulación y extracción de leche.
- Explicar la extracción manual de la leche.
- Entregar a los padres el folleto de información sobre extracción, conservación y transporte de la leche materna vigente en el centro.
- No entregar a las madres productos de promoción de leches de casas comerciales y cualquier entrega debe ser respetuosa con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.
- No administrar suero, agua, ni ningún tipo de suplemento a ningún recién nacido amamantado si no existe una indicación clínica.
- No facilitar tetinas ni chupetes, informar a las madres de las razones para no utilizar chupetes ni tetinas hasta que la lactancia no esté establecida, para evitar la situación conocida como “confusión de pezón”. Pasado este periodo comienza el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), donde el uso de chupete tiene un efecto protector. El uso precoz del chupete debe alertar a los profesionales sobre dificultades en la lactancia.

- Registrar en historia clínica la información proporcionada a la madre y la evolución de la lactancia.

Cesárea

- En caso de separación madre-hijo, informar al padre/acompañante de que la madre puede tardar en llegar a la planta mientras está en proceso de recuperación y que en caso de desear lactancia materna, podemos esperar para iniciarla vigilando signos de hipoglucemia.
- Reforzar el CPP, animando al padre/acompañante a que lo realice.
- Vigilar y registrar la realización del contacto piel con piel.
- Cuando llegue la madre a la planta, seguir los mismos pasos que para los partos vaginales.

Complicaciones

A continuación se detallan las principales complicaciones, clasificadas por tempranas y tardías, que pueden aparecer en la lactancia:

Complicaciones tempranas de las mamas

Las dificultades que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. Casi siempre se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente a una postura o agarre incorrectos. La mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos o aliviados si se reconocen y se manejan adecuadamente. En ocasiones, patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente.

- Dolor en los pezones y grietas.
- Ingurgitación mamaria.
- Pezón plano, invertido o pseudoinvertido.

Complicaciones tardías de las mamas

Son aquellas dificultades que pueden aparecer trascurridas las 48 horas del parto. Entre las primeras patologías podemos encontrar:

- Obstrucción de un conducto lácteo.
- Mastitis secundaria a la ingurgitación mamaria.
- Dermatitis en la mama. Es una inflamación de la piel producida por causas muy variadas (alergia, infección vírica, bacteriana o causada por un hongo o protozoo): impétigo, dermatitis vírica por herpes simple o varicela, candidiasis o eczema de pezón.

Resolución de situaciones especiales

Las situaciones especiales que ocurren con mayor incidencia durante el inicio de la lactancia materna son:

- Escasez de leche.
- Pérdida de peso.
- Niño que llora mucho.
- Niño que duerme mucho.
- Rechazo del pecho.

Contraindicaciones absolutas para la lactancia materna

- Infección materna por VIH.
- Infección materna por el HTLV-1.
- Galactosemia del recién nacido.
- Medicaciones que contraindican la lactancia.

- Consumo de cocaína, heroína y marihuana. No es contraindicación el tratamiento con metadona.

Las siguientes situaciones maternas, no contraindican a priori, la lactancia materna, pero debe hacerse una valoración médica individualizada conforme a los protocolos clínicos del Servicio de Neonatología:

- Herpes simple: hay que cubrir las lesiones y lavarse las manos. Si afecta al pezón, interrumpir temporalmente la lactancia.
- Sífilis con lesiones cutáneas.
- Brucelosis.
- Enfermedad de Lyme.
- Enfermedad de Chagas.
- Tuberculosis activa.
- Varicela.
- Sarampión.

Cuando haya interrupción transitoria de lactancia por estas enfermedades debe extraerse la leche. En los casos del herpes simple, la varicela y la sífilis con lesiones cutáneas, si no hay lesiones en las mamas, se puede dar al recién nacido la leche extraída mientras esté aislado de la madre. Si hubiera lesiones, especialmente periareolares o en el pezón, hay que eliminar la leche. Se debe recomendar a todas las mujeres lactantes que no fumen ni beban alcohol.

Tampoco deben consumirse medicamentos sin prescripción, ni productos medicinales de herbolario.

Recomendaciones propuestas por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN).

Los pasos que describe la IHAN son:

- Paso 1: desarrollo y adopción de normativas sobre Lactancia Materna en las Maternidades.
- Paso 2: capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la normativa de lactancia materna.
- Paso 3: informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- Paso 4: colocar a los bebés en contacto piel con piel inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario.
- Paso 5: mostrar a las madres cómo debe dar de mamar a su hijo/a y cómo mantener la lactancia materna incluso si ha de separarse de él.
- Paso 6: no dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicada la administración de sucedáneos.
- Paso 7: facilitar la cohabitación de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.
- Paso 8: ayudar a las madres a la lactancia materna a libre demanda.
- Paso 9: no dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.
- Paso 10: fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área.

La IHAN establece los siguientes Indicadores:

- Contacto Piel con Piel.
- Cesáreas en las que se ha realizado piel con piel de forma precoz.
- Inicio temprano de la lactancia materna.
- Recién nacidos por parto vaginal alimentados con lactancia materna exclusiva al alta.
- Recién nacidos por cesárea alimentados con lactancia materna exclusiva al alta.

2.3.1. Fases y Acciones

Para el desarrollo de los objetivos se establecen las siguientes fases:

- **Fase de información.**

Informar sobre las ventajas que presenta la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes tanto para la madre como para el bebé sobre la lactancia artificial.

Informar sobre los efectos adversos de la incorrecta colocación para evitar las grietas en el pezón, así como de efectuar un buen vaciado de las mamas para evitar por otro lado, la mastitis puerperal y la ingurgitación mamaria.

- **Fase de intervención.**

Apoyar a las madres en la correcta técnica de lactancia materna.

La enfermera acudirá a la habitación, observará una toma por turno y apoyará y/o modificará la técnica en función de las necesidades de la paciente.

- **Fase de evaluación.**

Analizar la efectividad de la intervención realizada a través de una encuesta de satisfacción a la madre.

a) Fase de Información.

En esta fase la enfermera expondrá e informará sobre los beneficios que presenta la lactancia materna tanto para la madre como para el recién nacido.

Ventajas de la lactancia materna para la madre:

- Favorece la recuperación de la figura: la lactancia provoca que el útero regrese con mayor rapidez a su tamaño inicial.
- Comodidad: no genera residuos y está siempre disponible.
- Salud: disminuye el riesgo de osteoporosis, protege frente al cáncer de ovario y disminuye la incidencia de cáncer de mama⁶. El cáncer de mama es el tumor maligno ginecológico más frecuente en la mujer. En la actualidad, la incidencia en todo el mundo se estima en 720.000 casos por año, lo que equivale aproximadamente al 20% de todos los cánceres. Algunos de los aspectos que podrían explicar tales efectos protectores son la reducción de los estrógenos y la eliminación de líquidos a través de la mama.⁷
- Rentable económicamente.⁸
- Control de natalidad: mientras el bebé se alimenta únicamente de leche materna y continúan las tomas nocturnas, hay menos posibilidades de quedarse embarazada que si no se amamanta o se hace parcialmente.⁶

Ventajas de la lactancia materna para el niño:

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento al contener los minerales y nutrientes necesarios que deben darse en forma exclusiva a un bebé hasta los seis meses

de vida, acompañada de otros alimentos hasta los dos años⁹. De modo que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.¹⁰

Los beneficios de la lactancia materna sobre la salud infantil son amplios, destacándose la participación importante que este tipo de alimentación ha tenido en la disminución de la mortalidad infantil, y en algunas enfermedades prevalentes en la infancia. Se afirma que anualmente la prolongación del período de lactancia del seno materno, podría salvar la vida a un millón de niños menores de un año en los países en desarrollo.⁹

1. Nutricionales: el bebé digiere más fácilmente la leche humana que la de otros animales porque contiene una enzima que ayuda a este proceso. En el estómago del niño, la leche materna forma coágulos más blandos que los de la leche de vaca, por eso es asimilada más rápidamente.⁶ Los bebés amamantados tienen menos episodios de diarrea o estreñimiento¹¹. La alergia y la intolerancia a la leche de vaca induce trastornos importantes y dificultades alimentarias que no se observan en los recién nacidos alimentados al pecho. Los síntomas son diarrea, hemorragia intestinal y melenas ocultas. Los vómitos, los cólicos y los eczemas atópicos son menos frecuentes en los recién nacidos que toman leche humana¹². Se ha demostrado que la lactancia materna también influye en la prevención de la obesidad infantil.¹¹

2. Inmunológicas: los mecanismos involucrados en todos estos aspectos beneficiosos, son la neutralización de los agentes infecciosos por inmunoglobulinas pasivamente transferidas, la formación de una barrera a nivel gastrointestinal, la presencia de sustancias con actividad antimicrobiana o un efecto modulador en la respuesta inmune del niño¹³ y el hecho de que la leche materna contiene anticuerpos que ayudan a frenar el crecimiento de las células cancerígenas⁶. La lactancia materna contribuye a la defensa

contra las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas.¹¹

3. Dentición: parte de la educación para los profesionales de la salud busca proporcionar conocimientos básicos de odontología para el bebé, sobre todo en la época del amamantamiento.¹⁴ La succión y la deglución, ejercen un movimiento complejo de la cara, los labios y la lengua, lo cual constituye la preparación para el lenguaje, evita la deformación de la dentadura y previene la caries dental. La respiración, y posteriormente la masticación, son funciones que proporcionan los estímulos necesarios para el normal crecimiento y desarrollo de los maxilares y de las estructuras dentales¹⁵. Se ha afirmado que ciertas condiciones ambientales, como los hábitos de la succión no nutritiva, el empleo de un chupete o la lactancia con biberón, contribuyen finalmente a la maloclusión dental¹⁶. Los niños amamantados por la leche materna por un período mayor, presentan un riesgo menor de desarrollar hábitos deletéreos, ante aquellos amamantados con biberón.¹⁷

4. Desarrollo intelectual del niño: ¹algunos estudios sugieren que los niños alimentados exclusivamente con leche materna tienen coeficiente intelectual ligeramente más alto que los alimentados con leche artificial¹¹.

5. Establecimiento del ritmo circadiano y del sueño: debido a las concentraciones irregulares de melatonina (hormona que induce el sueño y regula el ritmo circadiano), cuando no es posible continuar amamantando al niño y se decide refrigerar y congelar la leche materna, es posible mantener todas las ventajas incluyendo lo relacionado con los ciclos circadianos y patrones del sueño si se tienen en cuenta los horarios de extracción y de utilización. Por ejemplo; la leche extraída en horario de mañana, se consumirá preferentemente también por la mañana.⁸

6. Protección contra otras enfermedades:

- Diabetes mellitus insulino-dependiente.
- Infección respiratoria.⁹
- Menor incidencia de neumonía.
- Meningitis.
- Otros trastornos crónicos de la vida adulta.
- Otitis media en el primer año de vida.¹²

7. Contacto "piel a piel": el estrés del parto origina en el bebé una descarga de noradrenalina y cortisol que le permite el reconocimiento del olor materno y le mantiene alerta para el inicio de la succión del pezón. El contacto piel con piel es la norma biológica de nuestra especie. Tradicionalmente le aporta al recién nacido calor, protección, nutrición y estímulo social.

El contacto piel con piel puede realizarse de forma inmediata tras el parto o de forma precoz en los primeros treinta minutos de vida. Se realiza de forma inmediata si el recién nacido no precisa de ninguna maniobra de reanimación y precoz si precisa de reanimación y posteriormente el estado materno y fetal lo permiten.¹⁸

Este contacto piel con piel favorece en la madre la secreción de oxitocina, que permite una mejor involución uterina y una formación del vínculo con el recién nacido y facilita la eyección de calostro.¹⁹

En cuanto a los beneficios para el recién nacido del contacto piel con piel cabe destacar la menor incidencia de hipotermia y un favorable vínculo materno- filial.

También se darán a conocer las patologías asociadas a una técnica incorrecta de lactancia materna. Esta información se expondrá a continuación.

Ingurgitación mamaria⁵

Es una tumefacción dolorosa bilateral entre 2º-5º día después del parto.

Se origina por la congestión vascular y linfática de las mamas que se produce al inicio de la lactogénesis, asociada a la acumulación de leche en los alveolos por inadecuado o infrecuente vaciado mamario.



El tratamiento consiste en:

- Favorecer el vaciado de la mama. La extracción de una pequeña cantidad de leche antes de la toma ayuda a ablandar la areola y favorece la succión.
- Masaje mamario desde la parte externa de la mama antes de la toma.
- Calor local.
- Oxitocina.

Grietas del pezón⁵

Se caracterizan por dolor durante la lactancia que aparece a los 2 o 3 días tras el parto. Son producto de una mala técnica de lactancia. A la inspección se visualizan claramente las grietas.

El tratamiento consiste en:

- Adecuada técnica de lactación introduciendo toda la areola en la boca del recién nacido.
- Aplicación local de calostro o leche materna.

- Pomadas de analgésicos locales y cicatrizantes. Lanolina. Recordar limpiar el pezón antes de la siguiente toma.
- Empleo de pezoneras como último recurso

Mastitis puerperal⁵

La mastitis es la infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama. Está producida generalmente por *Estafilococo Aureus* (50% de los casos).

Cursa con fiebre (38-39°), escalofríos, mastalgia local y después generalizada.

En una inspección se observa eritema, mayor turgencia y mayor red vascular. A la palpación se detecta una masa intramamaria o retromamaria, mayor temperatura local o expulsión de secreción purulenta por el pezón. Adenopatías axilares.

El tratamiento puede ser profiláctico, con una adecuada técnica de lactación e higiene, o curativo, a través de:

- Antiinflamatorios y antitérmicos.
- Aplicación de frío local.
- En mastitis unilaterales, en principio se puede mantener la lactancia materna. En casos de mastitis bilaterales o recidivantes hay que considerar la supresión de la lactancia.
- Antibióticos: penicilinas (cloxacilina, amoxicilina + clavulánico, eritromicina, clindamicina) durante 7-10 días.

En determinados casos se puede realizar un absceso, (drenaje quirúrgico con incisión en la zona de máxima fluctuación, desbridamiento y colocación de drenaje. Se tomará cultivo y se realizará antibiograma, adecuando el antibiótico ante posibles resistencias) o una biopsia, para descartar un carcinoma mamario en caso de curso tórpido o en caso de duda.²⁰

Además se tratarán de aclarar falsos mitos con respecto a la lactancia materna que pueden condicionar a la madre a dar un tipo de lactancia concreto.

Se presentarán algunos de los errores y mitos más comunes que se observan en la práctica de la lactancia materna. Es muy importante conocerlos para ofrecer una respuesta adecuada a cada mujer:

- “Los bebés deben alimentarse de ambos pechos a la vez”.
- “Los bebés deben mamar 10 minutos en cada toma; después, solo toman aire”.¹⁹
- “No se puede dar de mamar a dos gemelos a la vez”.
- “Los bebés deben alimentarse de un solo pecho en cada ocasión”.
- “Para que el niño aguante toda la noche hay que darle un biberón”.
- “Un biberón es una ayuda para la madre y le permite que los pechos se le llenen mejor”¹⁹.
- “Ni mi madre ni mis hermanas han podido dar el pecho, por lo que no creo que yo lo pueda dar”.
- “Si la madre toma medicación, hay que suprimir la lactancia”.

- “Cuando un niño llora es por hambre”.
- “Mi leche no es buena porque está aguada”.
- “La lactancia es algo natural, si no funciona es que la madre no tiene leche”.
- “En las mastitis hay que suprimir la lactancia”.¹⁹

b) Fase de Intervención.

En esta fase la enfermera debe apoyar a la madre en la correcta técnica de lactancia. La enfermera responsable de cada turno, acudirá a la habitación de cada paciente que le ha sido asignada. Observará una toma en la que deberá evaluar si el enganche es favorable y la succión es mantenida. Así mismo le enseñará las diversas posturas que podrá emplear para la correcta técnica de manera que asegure el confort de la paciente.

c) Fase de Evaluación.

Esta fase trata de:

- Analizar la efectividad de la intervención realizada sobre la información aportada a la madre.
- Comprobar si el trato recibido por el personal enfermero en el servicio de obstetricia le ayudó a tomar la decisión de dar lactancia materna.
- Conocer el grado de satisfacción de las madres en cuanto al apoyo recibido por el personal de enfermería durante la estancia en la planta de obstetricia.

Para explicar el proceso de una forma más visual hemos elaborado un flujograma. Éste, además de identificar las relaciones paciente-enfermera, ayuda a detectar las posibles incidencias que pudieran surgir y permite cuantificar el tiempo (Ver Anexo I).

2.3.2. Planificación Temporal

Las intervenciones que se van a desarrollar se planificarán atendiendo al siguiente cronograma:

ACTIVIDADES	Días		
	1	2	3
Apoyar a las madres en la correcta técnica de lactancia materna.			
Informar sobre las ventajas que presenta la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes tanto para la madre como para el bebe sobre la lactancia artificial.			
Informar sobre los efectos adversos de correcta colocación para evitar las grietas en el pezón.			
Analizar la efectividad de la intervención realizada de la información a la madre.			
Comprobar si el trato recibido por el personal enfermero en el servicio de obstetricia le ayudó a tomar la decisión de dar lactancia materna.			

Conocer el grado de satisfacción de las madres en cuanto al apoyo recibido por el personal de enfermería durante la estancia en la planta de obstetricia.			
---	--	--	--

2.4. Evaluación

Instrumento de Evaluación: Indicadores

Para la evaluación se utilizará un cuestionario de 10 ítems tipo Likert, con 5 variables de respuesta donde la paciente deberá reflejar el grado de satisfacción según los indicadores: excelente, bueno, normal, regular y malo. Es un cuestionario validado, estructurado y auto-administrado formado por preguntas cerradas (Ver Anexo II).

Las variables que vamos a utilizar para nuestra investigación se denominan dependientes.

Nivel de satisfacción de las puérperas conseguido con la asistencia recibida durante el puerperio respecto a la introducción de la leche materna por parte del personal de enfermería.

Se manejan 10 variables agrupadas en 4 áreas diferentes de la siguiente manera:

Área 1: cuidados físicos durante el puerperio.

Área 2: cuidados emocionales durante el puerperio.

Área 3: información sobre técnica correcta de lactancia materna.

Área 4: recursos necesarios para llevar a cabo la técnica.

El documento se entregará adjunto al resto de informes de alta hospitalaria, sin embargo, será la matrona del centro de salud correspondiente a cada puérpera, la encargada de recoger los cuestionarios, debidamente cumplimentados, en la primera revisión del recién nacido.

Hemos realizado la encuesta a 22 mujeres en sus respectivos centros de salud, que hayan dado a luz en un plazo no superior a un mes. Todas cumplían los requisitos para nuestro proyecto.

Para poder realizar el proyecto de calidad en la institución sanitaria y teniendo en cuenta la ley de protección de datos, hemos elaborado una solicitud al Comité de Ética del Hospital Universitario de Burgos (Ver Anexo III).

2.5. Análisis de Resultados

El tratamiento de los datos obtenidos a través de los resultados del cuestionario han sido transferidos a un documento Microsoft office Excel. No obstante, los resultados de los indicadores se encuentran en un anexo del trabajo (Ver Anexo IV).

Analizando los resultados de la encuesta, se observa que las medias obtenidas son muy parecidas entre sí, sin embargo se pueden destacar dos medias cuyos resultados son más bajos. En las cuestiones dos y cinco que dicen, respectivamente: “El tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados del puerperio para cubrir sus necesidades emocionales es” y “el grado de satisfacción con la respuesta eficaz a sus necesidades es”. En estas preguntas se puede observar que baja la media notablemente respecto al resto de cuestiones, lo cual quiere decir que muchas de las puérperas no están

conformes con el tiempo que la enfermera pasa con ellas atendiendo a sus emociones en el puerperio, y que no se satisfacen sus necesidades por parte del personal de enfermería.

Con respecto a los indicadores 4, 5 y 8 se observa cierta dispersión en relación a los valores de la desviación típica, de lo cual se concluye que hay que mejorar estos aspectos. Tanto a nivel de usuario como de profesional no se puede olvidar las cualidades propias de las personas que influyen en el día a día.

Conclusión general de resultados

En base a estos resultados, se puede destacar que hay que incrementar la calidad fundamentalmente en dos aspectos. Por un lado, el tiempo que la enfermera dedica en el puerperio a cubrir las necesidades emocionales de la puérpera, ya que la mayoría de las mujeres consideran que éste es deficiente. Por otro lado, el personal de enfermería no aporta una respuesta eficaz a las necesidades de las pacientes. Por todo ello, se va a elaborar un plan de mejora, para poder incrementar la calidad de los cuidados enfermeros en la planta de obstetricia respecto a los aspectos ya comentados anteriormente.

3. PLAN DE MEJORA DE CALIDAD

Una vez expuestas las debilidades del servicio respecto a la satisfacción de las necesidades de las puérperas, se pondrá en marcha un plan de mejora de calidad.

Objetivo del plan de mejora:

Mejorar la percepción de las puérperas respecto al personal de enfermería en cuanto a la satisfacción de sus necesidades emocionales.

Intervención

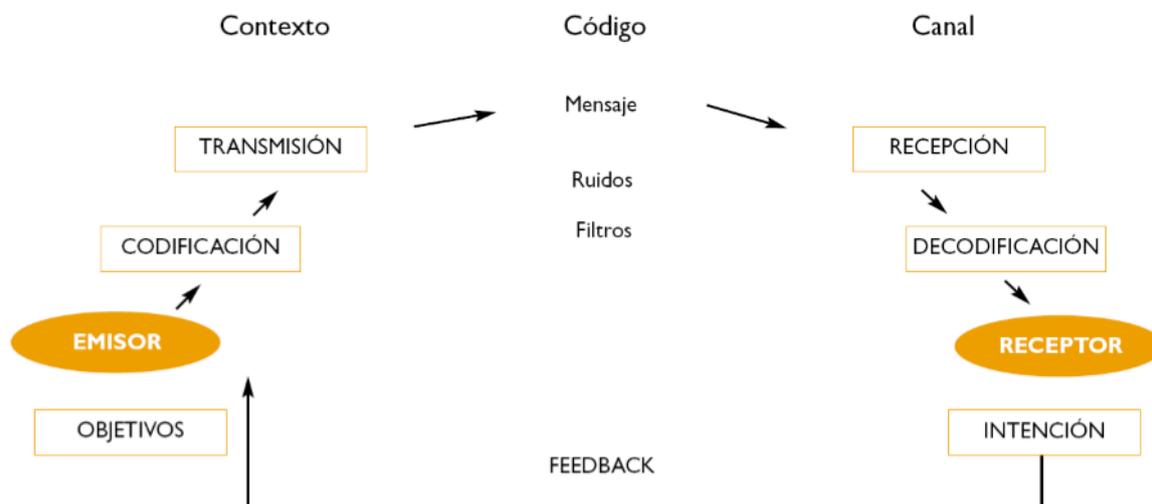
Se organizará una charla, por parte de la supervisora de enfermería, en la que se recogerán aspectos fundamentales sobre la comunicación verbal y no verbal, presencia y escucha activa. En la charla se tratarán estos temas como elementos básicos para establecer una correcta relación terapéutica.

Resumen de la información a tratar en la charla:

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharles y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en este trabajo, la interacción cara a cara con intercambio de información es esencial. En otras palabras, los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o también denominada “de ayuda”, que se establece a través del diálogo y la escucha activa.

Por otro lado, los enfermeros también se comunican con otros profesionales de la salud y la correcta comunicación es esencial para el buen funcionamiento de los equipos de trabajo.

El nivel de comunicación que se debe alcanzar entre profesionales y pacientes, deberá ser aquel que facilite la relación, con el objetivo de satisfacer las demandas de salud de la paciente.



Esquema 1: proceso de la comunicación

Las charlas se desarrollarán en tres días, con una duración de 40 minutos en cada sesión. Aunque el taller se desarrolle en este tiempo, se llevará a cabo una formación continuada para que los profesionales no se olviden de la importancia que tiene pasar tiempo con las pacientes, así como cubrir sus necesidades emocionales, además de las físicas.

En la primera sesión se presentará el taller, así como los objetivos a alcanzar, en la segunda sesión se expondrán la importancia de la comunicación con las pacientes y los elementos básicos de la comunicación, y en la tercera sesión se hará referencia a la escucha y presencia activa.

Al ser una actitud del personal de enfermería el inconveniente que encuentran las púerperas, se hará hincapié en la importancia que tiene el aspecto emocional, además de los aspectos técnicos propios de la profesión.

Al final de las charlas se pedirá opinión a los profesionales asistentes para conocer qué motivaciones tienen respecto a este tema y que emociones generan al respecto.

4. REFLEXIÓN GRUPAL

Inicialmente la realización del trabajo nos resultó complicada puesto que no estamos acostumbradas a trabajar con este formato de trabajo. Sin embargo, con las explicaciones de la profesora y a medida que iban avanzando las clases, nuestro proyecto de calidad se iba clarificando y avanzaba positivamente.

El trabajo en equipo ha supuesto, de nuevo, una experiencia positiva para todas nosotras, ya que se ha producido un enriquecimiento entre las partes. Del mismo modo, hemos establecido un feed-back con la profesora, quién en todo momento ha sido receptiva a todas nuestras dudas, que no eran pocas.

Hemos comprendido la necesidad de evaluar la calidad de los programas que se establecen en los diferentes servicios hospitalarios, dado que influye en el objetivo final del sistema sanitario que es el bienestar del paciente y familia. Un buen sistema de calidad aporta la garantía de que el trabajo que se realiza en el hospital se efectúa de forma eficiente y eficaz y que todos los recursos, tanto materiales como humanos, son realmente necesarios y no crean gastos innecesarios a la Institución.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. *Lactancia como factor de salud: Recuerdo histórico* [en línea] Pamplona (Navarra) 2007; 30 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=eshttp://www.ubu.es/es > [Consulta 01-03-2015]
2. Miller JCD, Nakano AMS, Gomes FA. *O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil [La lactancia materna como un espacio de la práctica: reflexiones sobre la evolución histórica de la lactancia y el destete precoz en Brasil]* Rev. Biomédicas Latinoamericanas [en línea] México 2011; 29(2): 315-321. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=75928&id_seccion=3974&id_ejemplar=7553&id_revista=243 > [Consulta 01-03-2015]
3. AEP. *Manual de Lactancia Materna*. Médica Panamericana (Ed). 2008 cop. ISBN 9788479039721.
4. Ibañez Guerrero M. *Apuntes de la asignatura enfermería de la mujer* 2015.
5. Aguilar Ortega JM^a, Alba Romero C, Álvarez Barramientos E, Álvarez García AI, Aragón Morante C. *Guía de actuación en el nacimiento y la lactancia*

- materna para profesionales sanitarios. Comité de lactancia materna hospital 12 de Octubre y centros de salud de AP. Servicio madrileño de salud Madrid 2011; 89-101. Disponible en: www.madrid.org [Consulta 16-03-2015]
6. Olds SW, Eiger M. *El gran libro de la lactancia*. Medici S.A Plató (Ed) Barcelona 1989. ISBN 84-86193-22-2.
 7. Aguilar Cordero MJ. *Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama* [en línea] Madrid 2010; 25(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600010&lng=pt&nrm=iso [Consulta 05-03-2015]
 8. Gil Millán P, Millán Cuestas B. *Conservación de la leche materna para facilitar la lactancia prolongada con todas sus ventajas*. Rev. Paraninfo Digital [en línea] Barcelona 2011; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/024d.php> [Consultado 08-03-2015]
 9. Alzate-Meza MC. *Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009: Estudio de corte transversal*. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea] Colombia Enero de 2011; 62(1).
Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a07.pdf [Consulta 05-03-2015]

10. Sáenz-Lozada ML, Camacho-Lindo AE. *Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá*. Rev.salud pública [en línea] Bogotá 2007; 9 (4). Disponible en:
<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400011&lng=es&nrm> [Consulta 08-03-2015]

11. Larissa Hirsch MD. *Breastfeeding vs. Formula Feeding [Lactancia maternal vs. Lactancia artificial]*. KidsHealth [en línea] Wilmington (EEUU) Actualizado en Noviembre de 2008. Disponible en:
<http://kidshealth.org/parent/pregnancy_newborn/breastfeed/breast_bottle_feeding.html#cat20573> [Consulta 20-03-2015]

12. Segura Rosero A. *Influencia de la lactancia materna exclusiva o alimentación temprana con fórmula sobre las enfermedades durante la niñez*. Rev. Alergias, Asma e Inmunidad [en línea] Barranquilla (Colombia) Junio de 2002; 11(2). Disponible en: <<http://www.encolombia.com/medicina/alergia/alergia11202-lactanciamaterna.htm>> [Consulta 24-03-2015]

13. Rossato N. *Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos* [en línea] Buenos Aires 2008; 106(5). Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0325-00752008000500001&tlng=es#a1> [Consulta 21-03-2015]

14. Paredes Núñez K, Valdivieso Vargas-Machuca M. *Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas*. Odont. Pediatric [en línea]

- Lima (Perú) Julio-Diciembre 2008; 7(2): 27-33. Disponible en:
<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-538441>> [Consulta 20-03-2015]
15. Cujíño Quintero ML. *Lactancia materna: factor protectorio de la dentición* [en línea] Manizales (Colombia) Diciembre 2004; (9): 45-51. Disponible en:
<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-479424>> [Consulta 04-03-2015]
16. Moral A, et al. *FAME. Mecánica de la succión*. Matronas Prof. [en línea] Barcelona 2011; 12 (1): 9-17. Disponible en: <<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15846/173/mecanica-de-la-succion-comparacion-entre-la-lactancia-artificial-y-la-lactancia-materna>> [Consulta 15-03-2015]
17. Elaine Gonçalves P. *AMAMANTAMIENTO VERSUS HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS: ¿EXISTE UNA RELACIÓN CAUSAL?* Acta odontológica Venezolana [en línea] Caracas (Venezuela) 2007; 45 (2) Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/amamantamiento_habitos_bucales_deletereos.asp> [Consulta 20-03-2015]
18. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz/ Early skin to skin contac: effect on mother's anxiety and depression

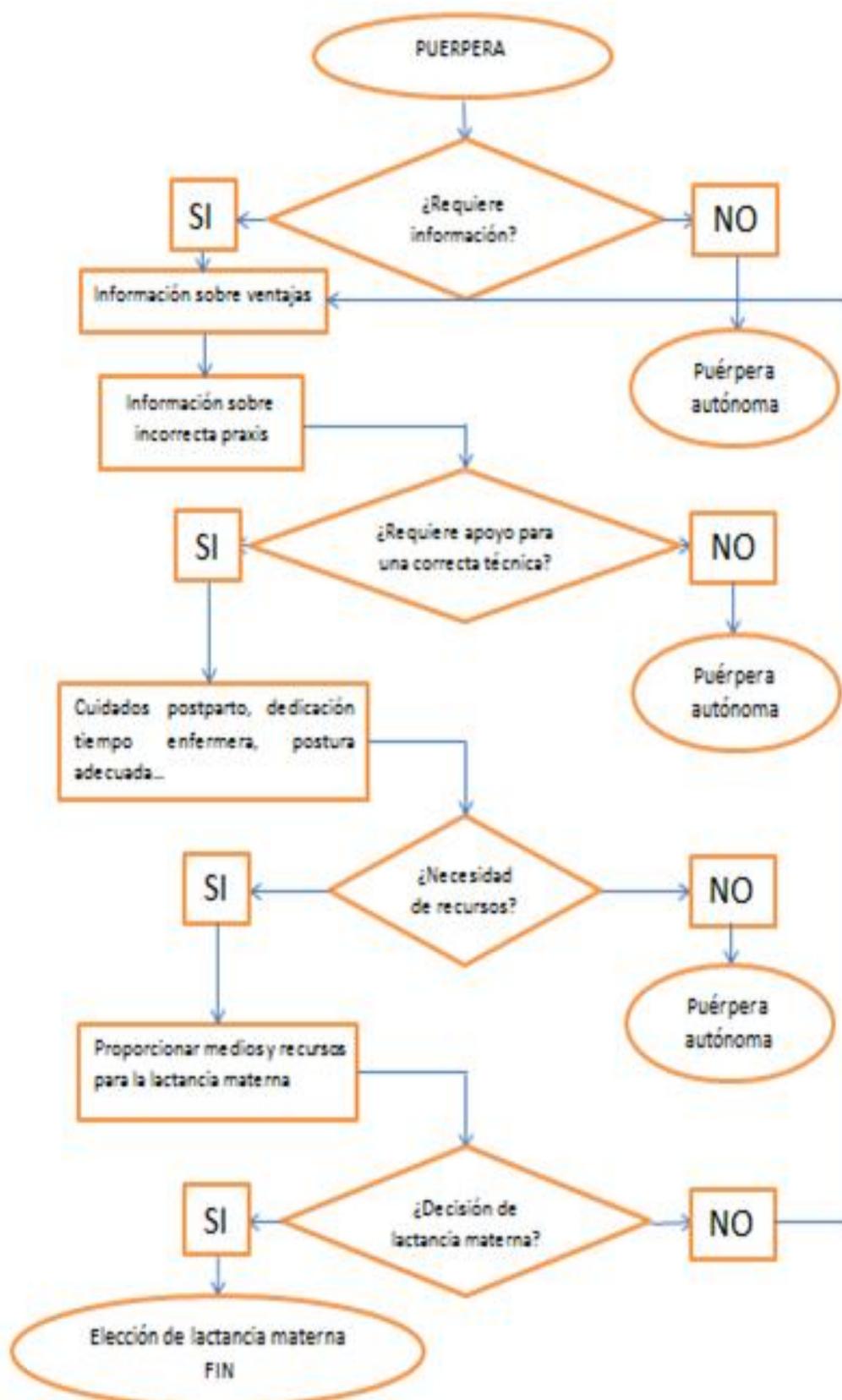
levels after delivery and on early neonatal adaptation to early breastfeeding.

Disponible en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-484170> [Consulta 13-03-2015]

19. Gonzalez C, Un regalo para toda la vida, Guía de lactancia materna. 1ªed Días de hoy. Mayo de 2006 ISBN: 978-84-8460-553-1

ANEXO I: FLUJOGRAMA



ANEXO II. FORMATO INDICADORES

INDICADORES	malo 1	regular 2	normal 3	bueno 4	excelente 5
1. El tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados del puerperio para cubrir sus necesidades físicas es:					
2. El tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados puerperio para cubrir sus necesidades emocionales es:					
3. La información que la enfermera le proporciona sobre los beneficios de la lactancia materna le parece:					
4. La información que la enfermera le proporciona sobre la postura adecuada para alimentar a su bebé le parece:					
5. El grado de satisfacción con la respuesta eficaz a sus necesidades es:					
6. El grado de satisfacción con la información que recibe sobre el cuidado de las mamas es:					
7. El interés prestado por el personal enfermero para facilitar los recursos necesarios (biberones, pezoneras...) es:					
8. Las dudas planteadas a la enfermera fueron resueltas de manera:					
9. El grado de satisfacción con respecto al apoyo mostrado por parte de la enfermera durante la toma del bebé es:					
10. Los materiales de apoyo a la lactancia materna existentes en el hospital (sacaleches, sala de lactancia, sillón...) le parecen:					

ANEXO III: SOLICITUD AL COMITÉ ÉTICO DEL HUBU



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

Dr. De Frutos Herranz

Presidente Comité de Ética en Investigación

Fecha recepción:

Hospital Universitario de Burgos

**REF: Presentación de Nuevo Proyecto de
Investigación**

Estimado Dr. De Frutos Herranz:

En mi calidad de Investigador Responsable (IR) del Proyecto “*Conocimientos de las madres burgalesas sobre las ventajas de los diferentes tipos de lactancia*”, presento a revisión por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de Burgos la siguiente documentación.

Dejo a su consideración la documentación relacionada a continuación para su debida revisión y posible aprobación:

- **Declaro** que personalmente conduciré o supervisaré este proyecto.
- Me comprometo a que este protocolo sea realizado dando cumplimiento a las normas institucionales y leyes vigentes relacionadas con la protección de los sujetos participantes.
- Me comprometo a obtener aprobación ética antes de hacer cualquier cambio a este proyecto
- Me comprometo a hacer llegar un estado de avance del proyecto según sea requerido
- Me comprometo a informar oportunamente al Comité de Ética de cualquier problema no previsto o de la ocurrencia de eventos adversos serios que impliquen riesgos para los participantes.
- Me comprometo a conducir el proceso de obtención del Consentimiento Informado aprobado por el Comité.
- Me comprometo a informar a todas las colaboradoras que participen en este proyecto de investigación, de estas obligaciones.

Adicionalmente como miembros del equipo del Proyecto de Investigación sobre los “*Conocimientos de las madres burgalesas sobre las ventajas de los diferentes tipos de lactancia*”, nos comprometemos a cumplir la normativa vigente nacional en relación a los principios éticos y científicos para llevar a cabo las investigaciones con personas.

Nombre y Firma del Investigador Responsable

Fecha

Compromiso del Tutor si el IR es un estudiante: acepto la responsabilidad última en asegurar que este protocolo cumpla con las obligaciones impuestas al IR señaladas antes.

Nombre y Firma del Tutor

Fecha

ANEXO IV: RESULTADOS DE LOS INDICADORES

INDICADORES	malo 1	regular 2	normal 3	bueno 4	excelente 5
1. El tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados del puerperio para cubrir sus necesidades físicas es:	0	1	2	9	10
2. El tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados puerperio para cubrir sus necesidades emocionales es:	3	10	9	0	0
3. La información que la enfermera le proporciona sobre los beneficios de la lactancia materna le parece:	0	0	0	10	12
4. La información que la enfermera le proporciona sobre la postura adecuada para alimentar a su bebé le parece:	0	2	5	5	10
5. El grado de satisfacción con la respuesta eficaz a sus necesidades es:	2	6	6	5	3
6. El grado de satisfacción con la información que recibe sobre el cuidado de las mamas es:	0	0	3	10	9
7. El interés prestado por el personal enfermero para facilitar los recursos necesarios (biberones, pezoneras...) es:	0	0	3	9	10
8. Las dudas planteadas a la enfermera fueron resueltas de manera:	0	5	4	6	7
9. El grado de satisfacción con respecto al apoyo mostrado por parte de la enfermera durante la toma del bebé es:	0	1	2	9	10
10. Los materiales de apoyo a la lactancia materna existentes en el hospital (sacaleches, sala de lactancia, sillón...) le parecen:	0	0	1	11	10