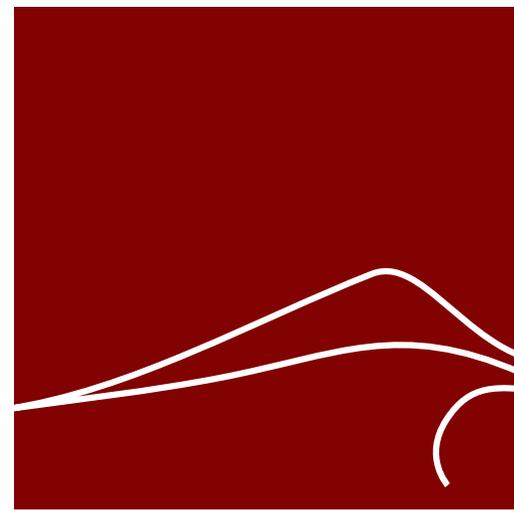


IV CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA



26 al 28 de Octubre 2006
Puerto de la Cruz
Tenerife





IV CONGRESO ESPAÑOL
DE LACTANCIA MATERNA

PRESIDENTA

N. Marta Díaz Gómez

COMITÉ ORGANIZADOR

Baroncio Correa Ceballos
M^a Dolores Estévez González
Cristina Gómez Maciá
Ana González Pérez
M^a Dolores González Pérez
Jesús Martín-Calama
Ana Isabel Padilla Pérez
Estefanía Rieder Batista
Candelaria Rodríguez Plasencia
Aimon Sanchez Molinero
Sonia Soria Delgado
Magdalena Villanueva Cabrera

COMITÉ CIENTÍFICO

José Arena Ansótegui
Josefa Aguayo Maldonado
Eduardo Doménech Martínez
Adolfo Gómez Papi
Carmen Gómez García
M^a Teresa Hernández Aguilar
Juan José Lasarte Velillas
M^a José Lozano de la Torre
José Manuel Martín Morales
Ana Martínez Rubio
Carmen Rosa Pallas Alonso
Luis Peña Quintana

Editores

N. Marta Díaz-Gómez
Juan José Lasarte Velillas

ERGON. C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid). Tel. (91) 636 29 30. Fax (91) 636 29 31
e-mail: erg@ergon.es <http://www.ergon.es>

ISBN: 84-8473-518-4
Depósito legal: M- -2006

**Reconocido de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo
y por el Servicio Canario de Salud**





IV Congreso español de lactancia materna

Puerto de la Cruz, Tenerife, del 26 al 28 de Octubre de 2006

Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna

Moderadora: C. Gómez

- 1 Humanización de la asistencia al parto.
J. Sanz
- 5 Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna
I. Morales
- 8 Recursos en Internet. El foro de padres como experiencia docente
J.J. Lasarte
- 11 Programa de "Breastfeeding Peer Counselors" en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales
P. Meier

Mesa Redonda: Cuidados de la salud materna durante la lactancia

Moderadora: M.J. Lozano

- 15 Alimentación de la madre lactante
C. González
- 18 Necesidades de yodo en la mujer lactante.
J. Arena
- 19 Problemas endocrinológicos más frecuentes en la mujer durante la lactancia.
P. Serrano
- 23 Medicinas alternativas y lactancia materna.
J. González de Dios

Mesa Redonda: Factores psicosociales relacionados con la lactancia materna

Moderadora: J. Aguayo

- 29 Razones por las que las madres deciden no lactar.
J.I. Emparanza, J. Arena, M. Leunda, U. Astigarraga
- 31 Lactancia materna en madres inmigrantes
N. Al Idrissi
- 32 Lactancia materna, sueño y colecho.
J.M. Paricio
- 36 Técnicas de Marketing Social para la promoción de la lactancia materna
G. Díaz Meneses

Mesa Redonda: Lactancia materna en situaciones especiales

Moderadora: I. Riaño

- 42 Madre no gestante
E. Jaumira
- 43 Lactancia materna después de una cesárea
I. Olza

- 46 Lactancia materna durante el embarazo y en tandem
I. Marcos, E. Torras
- 49 Dificultades orales en el inicio de la lactancia
S. Durhand

Mesa Redonda: Situación actual de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro

Moderadora: C. Crespo Bofill

- 51 IHAN como promotora de la lactancia materna. 10 años en España
L. Cabero, L. Ruiz
- 53 Centros de Salud Amigo de los Niños
L. Ruiz
- 54 Situación de los Hospitales Amigos de los Niños
A. Gómez Papí
- 57 Lactancia Materna “Hasta Que Tu quieras”. Un diseño de Calidad Asistencial
R. García León

Conferencia

- 60 Red brasileña de bancos de leche humana. Dos décadas de política pública en Brasil.
J. Aprígio Guerra de Almeida, P. Ricardo da Silva Maia, F. Reis Novak

Conferencia

- 63 El método madre canguro: Ciencia y ternura
N. Charpak

67 **Comunicaciones orales**

77 **Posters**

Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna

Humanización de la asistencia al parto hospitalario

J. SANZ

Matrón. Asociación Nacer en Casa. Tenerife

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se definió con precisión el concepto de humanización, con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo XXI, como: *un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. Se considera un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida* (RELACAHUPAN 2000).

Durante varias décadas se ha pensado que el lugar más seguro para nacer son los hospitales, como lugar donde se puede controlar correctamente el parto y donde se puede actuar con rapidez para salvar la vida de la madre y el bebé. Esto llevo consigo el desarrollo de toda una parafernalia tecnológica que persigue esta finalidad de salvar vidas y controlar el proceso del parto.

Con el paso del tiempo y con las investigaciones se ha puesto de manifiesto que todo este desarrollo tecnológico alrededor del parto no ha servido para prevenir todo aquello que nos prometía (parálisis cerebrales, muertes fetales, etc), y que en muchos casos lo que generaba era un aumento de intervenciones médicas innecesarias que afectaban al normal desarrollo del parto generando un aumento de cesáreas, fórceps y ventosas.

Día a día el parto se volvió cada vez más una práctica médica perdiendo su papel protagonista la mujer y pasando el parto de un proceso fisiológico a un proceso potencialmente peligroso para la mujer, pasa de ser un proceso de salud a un proceso de enfermedad.

La visión que se transmite con este tipo de asistencia técnica es que la mujer no puede parir sin la ayuda de la tecnología y que gracias a ella su bebé y la mujer no sufrirán problemas. Si esto es así, ¿Por qué los profesionales cada vez reclaman un mayor respeto y humanización del nacimiento? ¿Por qué hay un creciente desencanto e insatisfacción entre las mujeres que son asistidas de esta forma? En España hoy día existe un fuerte y creciente movimiento de ciudadanos que reclaman una asistencia más humanizada y nacen Asociaciones como “El Parto es Nuestro” (www.elpartoesnuestro.es) con una fuerte implantación nacional e incluso internacional entre los países de habla hispana. Su foro es frecuentado por miles de personas, al igual que el de apoyocesareas. Todas estas asociaciones y grupos se unen bajo La Plataforma Pro Derechos del Nacimiento desde donde se lucha por mejorar la asistencia al parto y el nacimiento.

Hoy día existe la suficiente evidencia científica para decir que la asistencia tecnológica a todos los partos lo único que genera es más problemas y que su uso se debe restringir para aquellos casos que sea realmente necesario. No podemos continuar asistiendo a los partos y nacimientos como si todos fueran de alto riesgo (Declaración de Fortaleza 1985. Ver anexo I).

Esta visión médica del parto es la que origina todo este tipo de conflictos. Las comadronas tienen una visión del parto totalmente fisiológica y que tan solo en algunos casos se puede realmente complicar el proceso y es necesaria una intervención. Por otro lado, los profesionales que mejores resultados obstétricos consiguen cuando hay una continuidad en la asistencia son las comadronas.

Los cambios en la asistencia son posibles, más respetuosa hacia la madre, el bebé y el parto en sí, es posible. Tan solo tenemos que observar el proceso del parto como un hecho fisiológico. Existen opciones asistenciales que proveen un tipo de asistencia centrada en las necesidades de familia y no en las necesidades del entorno hospitalario. En algunos hospitales españoles ya se han iniciado estos cambios como son los de Manacor, Úbeda, Huerca-Overa, Coria, Hospital de Barcelona, y el más cercano Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, que proyecta tener paritorios naturales con disponibilidad de bañeras para el uso por parte de las mujeres.

¿Qué se necesita para conseguir la humanización del parto?

Lo primero que necesitamos es un cambio de mentalidad, un cambio de la visión que tenemos del parto como proceso peligroso y devolverle a la normalidad de un proceso fisiológico. No es un cambio sencillo cuando desde las instituciones que forman a médico y comadronas siguen “vendiendo” el concepto de salvar vidas.

No debemos de olvidar nuestra capacidad crítica, no aceptar como cierto o irrevocable cada una de las rutinas que realizamos. Debemos empezar a preguntar si son efectivamente validas cada una de las rutinas y si no lo son debemos cambiarlas. Debemos de preguntar, interrogar, duda y así llegar a la práctica más adecuada. Hay que tener el coraje de cambiar lo ya establecido, es un esfuerzo personal el cambiar lo que supuestamente es cierto, cuando en realidad no lo es.

Cuando miramos el parto con respeto podemos iniciar los cambios y centrarnos en como favorecer el proceso del nacimiento en vez de generar complicaciones.

Para conseguir esto tenemos que realizar cambios en el entorno y cambios en la asistencia. Pocas veces nos preocupamos por

ANEXO I. 16 RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planificación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
2. Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
3. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.).
4. No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean por cesárea.
5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
7. No está indicado el afeitado de la región púbica ni las enemas preparto.
8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
9. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).
10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
11. Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
12. No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.
13. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
15. Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
16. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

Estas recomendaciones se tomaron de un informe sobre "Tecnologías de Parto Apropriadas" publicado por la OMS en abril de 1985.

saber que cosas del entorno pueden favorecer o entorpecer el proceso del parto.

Si observamos como es fisiológicamente el proceso podemos entender que medidas tomar para favorecerlo. Medidas sencillas como la penumbra, el silencio, temperatura adecuada, habitación lo más parecida a una habitación de casa, la posibilidad de una ducha o una bañera, pequeños aparatos doppler, sillas de parto, la compañía de una persona de su confianza, una doula y el molestar lo menos posible favorecen el desarrollo del parto. Es fácil darse cuenta que es todo lo contrario que un parto tecnológico.

Estas nuevas unidades, en muchos países, esta al mando de comadronas y donde los obstetras sólo intervienen en caso de una necesidad real.

Sabemos que la fisiología de la lactancia está ligada a la fisiología del parto de manera indisoluble, y cuando alteramos la fisiología del parto estamos actuando y alterando la fisiología de la lactancia. Las rutinas obstétricas y hospitalarias afectan de manera importante al inicio y mantenimiento de la lactancia. Un parto humanizado, fisiológico, natural o como queramos llamarlo se aleja de estas rutinas, de las maniobras innecesarias, de la separación madre-bebé y de la familia, y rompe con la cascada de intervenciones que lleva, en un gran número de casos al fracaso de la lactancia materna. Cada uno de los pasos que se da en un parto respetado facilita el proceso fisiológico de la lactancia.

Serán necesario introducir una serie de cambios dentro de los hospitales como decíamos, y esto son de tipo:

- Estructural
- Ambiental y
- Asistencial.

Los *cambios estructurales* afectan al lugar físico donde se desarrollara el parto en sí, es decir, el diseño de los paritorios o estancias para las mujeres y sus familias. Lo ideal es que la mujer no cambie continuamente de estancia (sala de exploración, sala de dilatación, sala de parto, sala de puerperio, habitación) y reducirlo, a ser posible a una sola dependencia donde transcurrirá toda su estancia hospitalaria. Aunque parezca utópico, esto ya sucede en los hospitales de algunos países. Lo ideal sería tener las maternidades fuera de los hospitales pues el binomio hospital-enfermedad termina convirtiéndose en parto-enfermedad, y el parto no es una enfermedad, sino un hito en la vida de la mujer, que marca un antes y un después en su vida.

Los *cambios ambientales* son importantes, pues la influencia del entorno sobre el desarrollo del parto no es banal y tiene una repercusión sobre el inicio y duración de la lactancia. Estos cambios vienen marcados por una de las características más fundamentales del parto: la necesidad de intimidad de la mujer. La mujer busca intimidad para traer a su bebé al mundo, y esta intimidad es la que tenemos que reforzar. Es importante no perturbar esta intimidad pues podríamos romper el equilibrio hormonal, tan importante en este proceso y en la instauración de la lactancia. Para ello hay que crea la atmósfera adecuada: que no se sienta observada, controlada...

- Para favorecer la intimidad podemos hacer los siguientes cambios o modificaciones:
- Ambiente conocido, familiar. Llevar a las mujeres a los centros hospitalarios para desarrollar actividades.
- La sala debe ser lo más parecida a una habitación corriente. No demasiado grandes, con colores neutros, camas gran-

des y bajas, con iluminación graduable y sistema de control de la temperatura. Insonorizada y que reine cierto desorden en ella.

- Ausencia visible de equipamiento
- Es necesario que conozca a la persona que le va a asistir (continuidad en la atención)
- Penumbra (luces graduables)
- No molestar con charlas y maniobras inútiles (Rasurar, enema, colocación de vía, etc)
- Fomentar la presencia de mujeres (doula)
- Libertad de movimientos
- Presencia del compañero o de la persona elegida por ella.

Dentro de las condiciones ambientales, parte del equipamiento que puede ser útil en un parto y que pueden ayudar a su desarrollo se encuentran espaldera, cuerda, almohadones, pelotas grandes, sillas cómodas, doppler, silla de partos, bañeras de partos, etc.

Ninguna es imprescindible y todo estará en función de las necesidades de la mujer.

Posiblemente los *cambios asistenciales* sean los más importantes, sería un error y pérdida de tiempo y de dinero el hacer los demás cambios y no hacer los asistenciales. Pero también son los más complejos, pues supone un profundo replanteamiento del acto del nacimiento y pasar, en muchos casos, de tener una visión de peligro y enfermedad a una situación de salud y seguridad.

Esto conlleva un continuo reciclaje de los profesionales y llevar las nuevas habilidades aprendidas a la asistencia a los partos.

Debido al poco espacio disponible para explicar los cambios a la asistencia de una forma mas clara, algo que realizare en el congreso, sería interesante recordar algunas de las actuaciones que influyen negativamente en la lactancia materna durante el parto tecnológico hospitalario:

- inducción del parto sin una indicación clara
- discontinuidad en los cuidados
- rutinas innecesarias
- uso de analgésicos/anestésicos de forma rutinaria
- monitorización electrónica rutinaria
- posición de litotomía durante el trabajo de parto y parto
- uso indiscriminado de la episiotomía
- partos instrumentales y cesáreas
- hemorragia postparto
- experiencia negativa del parto

Nuestra función es cortar la cascada de intervenciones y apoyar el desarrollo fisiológico del parto.

La autonomía de las comadronas ha atravesado un extraño ciclo de evolución en los últimos 200 años. Antes de que los hombres invadieran los dominios del parto, las parturientas y sus comadronas eran independientes. A medida que la medicalización del parto progresa, tanto comadronas como parturientas pierden cada vez más autonomía hasta que las mujeres dejan de tener control sobre su propio parto y las comadronas se convierten en poco más que unas esclavas de los médicos.

Entonces surge una reacción cuando las mujeres y las comadronas comienzan a reclamar su autonomía. Aunque todo el mundo sabe del poder del cuerpo médico, siempre que las muje-

res y las comadronas se alían y se organizan, resultan más poderosas y ganan más y más independencia. En algunos casos incluso, las comadronas y las mujeres parturientas recuperan su total autonomía, y con ella, el control de los servicios de maternidad y sus propios partos. Hoy día, existen lugares en el mundo que ilustran todas las fases de esta evolución que, generalmente progresa hacia la autonomía de las comadronas que asisten a mujeres de parto, independientes, en un sistema que combina lo mejor del modelo médico y el modelo social del nacimiento.

Las comadronas para ganar más autonomía deben de utilizar cada vez más la evidencia científica. Toda la información científica sobre las ventajas de la utilización de las comadronas debe de ser difundida entre los políticos, autoridades sanitarias, medios de comunicación y público.

Las comadronas resultan más seguras en los casos de partos de bajo riesgo, realizan menos intervenciones innecesarias, resultan más baratas y proporcionan una mayor satisfacción a la mujer.

Las comadronas son profesionales autónomos que proporcionan atención especializada y que no tiene por que ser supervisada por los obstetras, y deben de salir de encontrarse en la situación de estar bajo control de los médicos.

Al mismo tiempo que se recupera la atención por las comadronas aparece la figura de la DOULA. Históricamente las mujeres han dado a luz rodeadas de otras mujeres que les brindaban su apoyo. Con la llegada de los nacimientos a los hospitales estas figuras femeninas que acompañaban y apoyaban a la parturienta han desaparecido. Con el paso del tiempo se han realizado trabajos que demuestran la importancia de que la mujer este acompañada durante el proceso de dilatación y parto, no solamente de forma profesional sino por personas que han adquiridos conocimientos y habilidades sobre el embarazo, parto y posparto, y que brindan a la mujer apoyo físico, emocional y espiritual. Estos trabajos llegaron a la conclusión que los partos donde existía la presencia de las Doulas tuvieron mejores resultados para la madre y el bebé.

Las mujeres que estuvieron acompañadas por una “doula” tuvieron:

- 26% menos probabilidades de tener un parto por cesárea,
- 41% menos probabilidades de tener un parto con la ayuda de fórceps,
- 28% menos probabilidades de necesitar algún tipo de analgesia o anestesia,
- y 36% menos probabilidades de estar insatisfecha con el parto o tener una opinión negativa al respecto.

El no dar importancia a estos datos realmente puede suponer una irresponsabilidad por parte de las autoridades sanitarias y la propia sociedad debería demandar la posibilidad de tener un/una acompañante de este tipo.

Otro de los planteamientos que se están tomando más auge en el mundo son los llamados “Planes de parto”.

Los planes de parto son documentos donde se plasman de forma voluntaria los deseos de la mujer respecto con su parto, el como desea que ser tratada, que maniobras, manipulaciones y rutinas no desea, quien quiere que le acompañe en el parto, y un largo etc. Es un documento pormenorizado de todos sus deseos y realizado de una forma informada y consensuada con el per-

sonal que le va a asistir en el parto. Podríamos decir que la propia familia elabora su propio “protocolo de parto familiar”.

Hoy día a lo largo todo el mundo esta proliferando una nueva opción alternativa al hospital y que en muchas ocasiones depende del hospital. Son las llamadas “Casas de Parto” o “Casas de Nacimiento” o “Centros de Nacimiento”. Estos centros son lugares donde se desarrolla toda la actividad relacionada con el embarazo y el parto y que suele estar al mando de un grupo de comadronas. Podemos decir que es un lugar intermedio entre el parto en casa y el parto en hospital. Es un lugar donde la atención gira alrededor de las necesidades de la familia, donde se respeta el proceso fisiológico del parto y donde la mujer ha podido consensuar la asistencia al trabajo de parto que desea. Los paritorios son lo más parecido a la habitación de una casa normal, con colores calidos, mobiliario no metálico, exento de aparataje a la vista de la mujer, donde se suele disponer de una bañera para utilizar en el proceso de dilatación o parto, de pelotas de parto, mecedoras, música, luz graduable, silla de partos y una cama con una altura adecuada. Es un lugar acogedor donde la mujer puede llevar sus propias pertenencias y decorar con objetos propios.

Las casas de nacimiento funcionan las 24 horas del día y siempre hay personal disponible para asistir a una mujer. Durante el día también se desarrollan otro tipo de actividades como pueden ser consultas de embarazo, charlas divulgativas, reuniones de grupos de mujeres, etc. Por lo general la estancia en la casa de nacimiento después del parto no va más allá de las 6 horas pero siempre se tienen en cuenta las condiciones personales de cada familia. La atención posparto se sigue dando en casa de la familia durante el tiempo que sea necesario.

Como vemos hay muchos modelos y alternativas al parto tecnificado hospitalario, ya sea dentro de él o fuera de él. Tenemos que volver a la normalidad, a la fisiología del parto y buscar en que medida podemos favorecer y no entorpecer su desarrollo, con medidas tan sencillas como la intimidad, el respeto y la paciencia. Podemos ayudarnos del agua, de sillas de partos, de cuerdas, de doppler de mano, pero ante todo respetando y no entorpeciendo su proceso.

No es fácil, hay una falsa necesidad de querer rodearnos de aparatos que creemos nos darán la seguridad, que no permitimos que desarrolle la mujer con todo su potencial para parir. Estamos en una nueva era, en un nuevo milenio donde esperamos que los nacimientos sean respetados, donde la forma de nacer marcará el tipo de sociedad que tendremos.

En respuesta a esta situación en el parto, en 1996 se funda por distintas organizaciones a nivel mundial, la Coalición para el Mejoramiento de los Servicios a la Maternidad (CIMS por sus siglas en inglés). La misión de este grupo es promover un modelo de cuidado para la madre y su bebé que mejore los resultados del parto, reduciendo a su vez los costos. Este modelo enfoca en la prevención y en el bienestar como alternativas al modelo de alto costo y alta tecnología que prevalece en tantos países, como en el nuestro. La primera iniciativa de consenso llevada a cabo por la coalición fue la *Iniciativa por un parto y nacimiento respetuoso para la madre y el bebé* en hospitales, maternidades, clínicas, casas de partos y parto en casa, cuyos diez pasos (ver anexo II), ofrece una alternativa a la situación actual, que

ANEXO II

Hoy día esta muy en boga todo lo relacionado con los Hospitales Amigos de los niños, que supone un avance muy importante en cuanto a la humanización del trato que reciben los bebés, pero curiosamente solo después del parto y centrándose fundamentalmente en todo aquello que favorece la lactancia materna. Supone un avance importante pero que no es suficiente. Hay una nueva iniciativa que surge de asociaciones profesionales, colectivos y personas individuales implicados en mejorar las condiciones no solo de los bebés después de nacer sino también de mejorar las condiciones en que se desarrolla el parto. Esta Iniciativa recibe el nombre de Iniciativa por un parto y nacimiento respetuoso para la madre y el bebé. Que al igual que la Iniciativa amigo de los niños se fundamenta en 10 pasos, en los que se intenta conseguir una humanización de la asistencia.

1. Ofrece a todas las madres que dan a luz:
 - La presencia sin restricciones durante el parto de los acompañantes que ella elija, incluyendo padres, cónyuges, hijos, familiares y amigos;
 - Acceso sin restricciones al apoyo emocional y físico continuado de una mujer capacitada, como una doula o profesional de apoyo al parto;
 - Acceso a la atención profesional de una partera (comadrona).
 2. Ofrece al público información descriptiva y estadística detallada sobre sus prácticas y procedimientos en la atención al parto, incluyendo la frecuencia de las intervenciones y los resultados.
 3. Ofrece una atención culturalmente apropiada; es decir, una atención sensible y que responde a las creencias, valores y costumbres específicas de la etnia y religión de la madre.
 4. Ofrece a la parturienta la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que elija durante la dilatación y el expulsivo (salvo que se requiera específicamente una restricción para prevenir una complicación), y desaconseja la posición de litotomía (acostada boca arriba con las piernas elevadas).
 5. Tiene normas y procedimientos claramente definidos para:
 - Colaborar y mantener consultas durante el periodo perinatal con otros servicios de maternidad, incluyendo la comunicación con el profesional que ha atendido previamente a la madre cuando es necesario el traslado de un lugar de nacimiento a otro;
 - Poner a la madre y a su hijo en contacto con los recursos pertinentes de la comunidad, incluyendo el seguimiento prenatal y posterior al alta y el apoyo a la lactancia materna.
 6. No emplea de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencias científicas, lo que incluye pero no se limita a los siguientes:
 - Rasurado del vello púbico;
 - Enemas;
 - Perfusión endovenosa (goteo);
 - Ayuno;
 - Rotura precoz de membranas;
 - Monitoreo fetal electrónico;
 - Otras intervenciones están sujetas a las siguientes limitaciones:
 - La tasa de uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto es del 10% o menor;
 - La tasa de episiotomía es del 20% o menor, con una meta del 5% o menos;
 - La tasa global de cesáreas es del 10% o menor en los hospitales de primer nivel, y del 15% o menor en los hospitales de tercer nivel o de referencia;
 - La tasa de parto vaginal después de una cesárea es del 60% o mayor, con una tasa del 75% ó más.
 7. Educa al personal sobre métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y no recomienda el uso de analgésicos o anestésicos si éstos no son requeridos específicamente para corregir una complicación.
 8. Anima a todas las madres y familias, incluyendo a aquellas con recién nacidos o lactantes enfermos o prematuros o con problemas congénitos, a tocar, tomar en brazos, dar el pecho y cuidar a sus hijos en la medida compatible con cada situación.
 9. Desaconseja la circuncisión del recién nacido por motivos no religiosos (no frecuente en nuestro medio)
 10. Se esfuerza por aplicar los “Diez Pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” de la OMS y el UNICEF para promover una feliz lactancia materna.
-

ha resultado ineficaz, cara, y ha privado a la madre y a la familia de todo protagonismo en su reproducción.

Es urgente que el gobierno, las organizaciones profesionales y las asociaciones pro derechos de la mujer, presten atención a esta situación y al escenario en que se desarrolla el parto. Es hora de reforma de los servicios de salud y los servicios de asistencia a la mujer, se debe superar el modelo presente y encaminarse a alternativas modernas que le devuelvan a la mujer y a la familia el protagonismo que perdieron. Con la mujer preparada para asumir la responsabilidad que le corresponde en su proce-

so reproductivo, la relación entre ésta y el profesional que la asiste volverá a ser una relación de colaboración, respeto y mutuo entendimiento.

Como dice una cita de Albert Einstein: “No podemos solucionar problemas usando el mismo razonamiento que usamos cuando los creamos” o esta otra “El progreso tecnológico es como un hacha en manos de un criminal patológico” y para cerrar “Cualquier loco inteligente puede agrandar las cosas, hacerlas más grandes y complejas, y más violentas. Solamente se necesita un toque de genialidad – y mucho coraje– para moverse en la dirección opuesta”.

Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna

Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna

I.M. MORALES GIL

Profesora Titular de Enfermería Infantil. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se plantea, con la intención de colaborar en la mejora de la atención que se les presta a mujeres y niños, en relación con el apoyo a la lactancia materna, durante la hospitalización en unidades de puerperio desde el ámbito de la Enfermería. Con el doble fin de medir la eficacia de la Metodología Enfermera sobre los niveles de incidencia y prevalencia de Lactancia Materna (LM) y contribuir a su mejora.

La investigación epidemiológica ha demostrado que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, crecimiento y desarrollo, al tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, a pesar de que la promoción de la lactancia materna está incluida en el Programa Integral de Salud Materno-infantil desde 1990 y se desarrolla en todas las comunidades autónomas, la OMS y UNICEF han alertado durante la última década de la necesidad de revisar los planteamientos de los programas de lactancia materna.

En línea con estas iniciativas, debemos reflexionar sobre la necesidad de que los profesionales sanitarios contribuyamos en la mejora de los niveles de prevalencia de Lactancia Materna y precisamente en este sentido, las Enfermeras contamos con una Metodología de Trabajo propia, donde están muy desarrollados los cuidados a la púerpera y al recién nacido y en especial el apoyo a la lactancia materna. En este momento contamos con un cuerpo de conocimientos y el desarrollo de la Metodología adecuada para ponerlos en práctica.

El cuidado que las Enfermeras dirigen hacia la alimentación del lactante se deriva del objeto de estudio de esta disciplina ya que, sea cual sea el modelo teórico que escojamos, aparece reflejada la importancia del cuidado enfermero en estos extremos. Por ello, la North American Nursing Diagnosis Association, que en 1973 comenzó ocupándose del desarrollo de una taxonomía diagnóstica enfermera, Taxonomía NANDA, ha acogido posteriormente las Taxonomías de resultados NOC y la de Intervenciones NIC, que están desarrollando investigadoras de la Universidad de Iowa, con el objetivo de estandarizar, unificar el lenguaje enfermero e impulsar el desarrollo de la investigación en la disciplina Enfermera. En las Taxonomías NNN basaremos nuestra intervención sobre asesoramiento y ayuda a la lactancia materna.

OBJETIVOS

Objetivo general: . Determinar si el empleo de la Metodología Enfermera, durante el puerperio, Diagnósticos de Enfermería NANDA, Clasificación de Intervenciones NIC y de resultados NOC, presenta un efecto beneficioso sobre la incidencia y continuidad de la lactancia materna, esta aplicación nos permitirá identificar las características de la población sobre los que este beneficio se hará más evidente: nivel educativo, socioeconómico, paridad, influencias del entorno femenino, participación en el curso de Educación Maternal, etc.

Este objetivo general se concreta en 13 objetivos específicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio cuasiexperimental con un periodo de seguimiento de seis meses. Se seleccionaron 300 binomios madre-niños, estableciéndose dos grupos uno de control y otro de intervención. A todas las mujeres se les realizó una encuesta al alta hospitalaria y entrevista telefónica a los 6 – 8 meses. Al grupo de intervención plan de cuidados de Enfermería sobre lactancia materna usando la Metodología NANDA – NOC –NIC.

Para analizar los resultados se ha efectuado el Análisis Descriptivo de las variables. Para estudiar la relación entre variables se realizaron contrastes de independencia mediante análisis de tablas de contingencia con el test de χ^2 de Pearson. El análisis de supervivencia de Kaplan - Meier, para valorar la influencia de la Metodología Enfermera en el grupo de intervención respecto al de no intervención.

Población y muestra: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Maternoinfantil de Málaga, en el que se atendieron durante el año 2004, un total de 7.235 partos, 1850 de ellos (25%) mediante cesárea.

Fueron incluidos en el estudio madres sanas con parto vaginal o cesárea y sus respectivos recién nacidos sanos a término y con peso entre 2.500 a 4.000 gramos. El grupo control lo formaron 150 madres y recién nacidos atendidos durante el mes de abril de 2004 a los que se les prestó la asistencia habitual de la unidad. El grupo de intervención, 150 madres y recién nacidos atendidos durante el mes de mayo de 2004, a los que se les aplica la Metodología Enfermera, Taxonomía Diagnóstica NANDA relacionada con Lactancia Materna, Taxonomía NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y Taxonomía NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Prevalencia general de Lactancia Materna

En nuestro estudio, los resultados nos llevan a concluir: que las cifras de LM al alta hospitalaria son aceptables (88,3%) y similares a las que se vienen publicando en nuestro país en los últimos años (Encuesta Nacional de Salud, 2001; García Vera, 2000; Gómez García, 1999; Comité de Lactancia AEP, 1999; Barriuso, 1999; Martín-Calama, 1999).

La prevalencia de LM disminuye, masivamente durante el primer trimestre y sólo llegan a los seis meses con Lactancia Materna Exclusiva el 6%. El 12% lo hace con Lactancia Materna y alimentación complementaria. La lactancia Mixta se mantiene en el 6% desde el alta hasta los tres meses y aumenta ligeramente al 12% al sexto mes (Fig. 1). Estas cifras son semejantes a las publicadas por diversos autores de nuestro país, (Hernández y Aguayo, 2005; García Vera, 2000; Gómez García, 1999; Barriuso, 1999; Martín-Calama, 1999).

Diferentes estudios españoles ponen de manifiesto que las madres maduras (alrededor de 30 años), inician y mantienen la lactancia más tiempo que las más jóvenes. La edad media de las madres en nuestro estudio es de 30,1 años y el tiempo medio de lactancia es de 116,9 días no hemos encontrado significación estadística entre la edad y el tiempo de lactancia.

Influencia de las características sociodemográficas

Un mayor nivel de estudios, se asocia en diversas investigaciones realizadas en nuestro país, con mayor incidencia y dura-

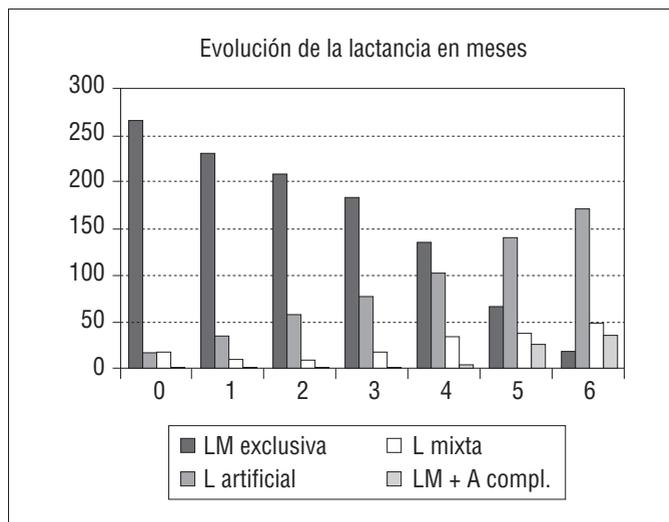


Figura 1. Evolución de la lactancia materna en meses.

ción de la lactancia materna y los niveles educativos más bajos con mayor riesgo para el niño de ser alimentado con fórmulas artificiales. En nuestro estudio el 24% de las mujeres son universitarias y podemos comprobar que las madres con estudios superiores lactan más tiempo hecho también indicado por otros autores (Martín-Calama, 1999; Barriuso, 1999).

La experiencia de la madre de amamantar a los hijos anteriores, influye positivamente en la lactancia materna de otros hijos. En nuestro caso el 51,3% eran primíparas, el 40,3% secundíparas y el 8,4% multíparas. Podemos comprobar como las mujeres con uno o dos hijos anteriores dan más y más tiempo lactancia materna.

Influencia del entorno

Sobre la decisión de dar Lactancia Materna, el 97,3% desea lactar con leche materna y el 81,3% tomó la decisión antes del embarazo, algo que ya reflejan otros estudios (Gómez, 1999; Sánchez Valverde, 1988). En cuanto a la influencia femenina el 75,5% de las mujeres que tienen hermanas que lactan, amamantan a sus hijos. El 63,3% de las mujeres que amamantan, dicen que más de la mitad de sus amigas lacta.

Influencia del Sistema Sanitario

La realización del curso de Educación Maternal se señala por muchos autores como decisivo para el inicio de la lactancia. En nuestro caso el 73% de las mujeres realizó el curso de Educación Maternal y el 65% de las mujeres identifican a la Matrona durante el embarazo y la Enfermera (35%) durante el puerperio como la profesional que más información les aportó.

Diagnósticos de Enfermería

- *Lactancia Materna Eficaz*, el primer día en el 66,7% de los casos, el segundo en el 86% de los casos. El tercer día con 37 mujeres ingresadas por cesárea se dio en el 23,3% de los casos.

- *Lactancia Materna Ineficaz*, la encontramos el primer día en el 32,7% de los casos, el segundo en el 13,3% y el tercero en el 1,3%.

- *Interrupción de la Lactancia Materna*, sólo se dio un caso (0,6%) y se mantuvo hasta el alta.

La evolución de los diagnósticos, es muy positiva, ya que durante los tres días van aumentando los porcentajes de Lactancia Materna Eficaz, siendo este aumento del primer al segundo día casi de un 20%, incluso el tercer día con mujeres intervenidas de cesárea se diagnostica, prácticamente al 100%, quedando sólo un 1,3% de casos de Lactancia Materna Ineficaz y un 0.6% de interrupción de la Lactancia Materna.

ESTUDIO COMPARATIVO

Características de los grupos Intervención, No-Intervención

Los grupos seleccionados, son muy homogéneos en cuanto a características sociodemográficas, paridad e influencias del entorno. Pero si dicen, haber recibido más ayuda en apoyo a la lactancia materna durante su estancia en el hospital en un 11% más las mujeres del grupo intervención.

Prevalencia de la Lactancia Materna, en los dos grupos de estudio, intervención y no-intervención

En cuanto a las diferencias en la prevalencia de lactancia materna en ambos grupos, son pequeñas pero constantes en el grupo de intervención sobre el grupo control.

Al alta hospitalaria encontramos, una diferencia del 3% de niños que se alimentan con Lactancia Materna y un 1% con mixta a favor del grupo de intervención. Las cifras globales de lactancia materna a los seis meses son de 34,1% en el grupo control y del 42,5% en el grupo de intervención, con un 8,4% de diferencia a favor del grupo intervención.

ESTUDIO ANALÍTICO

Duración de la Lactancia Materna – Nivel de Estudios Universitarios

Podemos comprobar, comparando las curvas de supervivencia de Kaplan - Meier, que las mujeres con estudios universitarios, presentan mejor situación con relación a la lactancia materna, que los que no los tienen, el efecto de la intervención, mejora la curva de las no universitarias, situándolas incluso por encima de las universitarias.

Duración de la Lactancia Materna – Influencia de las amigas

Si comparamos en el grupo control las curvas de supervivencia de lactancia materna de las mujeres que tienen, lo que hemos llamado influencia negativa de las amigas (es decir amigas que son madres y no amamantan a sus hijos), vemos como la curva de supervivencia de las mujeres que no tienen esta influencia negativa, se sitúa por encima de la curva de las que si la tienen y observamos como la intervención aproxima las dos curvas.

Duración de la Lactancia Materna – Influencia de haber recibido lactancia Materna

Un aspecto que influye positivamente en la lactancia materna es haber recibido lactancia materna, quizás no por el hecho en si mismo sino por la transmisión de un patrón cultural, a través de la propia familia. Así lo confirman diversos estudios “el que la madre a su vez haya sido lactada favorece la LM” (Barriuso, 1999; Gómez García, 1999) podemos comprobar en el grupo control,

como las mujeres que recibieron lactancia materna, presentan mejores curvas de supervivencia que las que no la recibieron y en el grupo intervención como estas curvas se aproximan discretamente.

Duración de la Lactancia Materna - Influencia de la realización del curso de Educación Maternal

El haber realizado el curso de educación maternal sitúa la curva de supervivencia de éstas mujeres por encima de las que no lo realizaron, en el grupo intervención no ocurre como en los casos anteriores, que las curvas se aproximaban, en este caso, se alejan aún más, lo que indica que la intervención no compensa el déficit por no haberlo realizado, sino que la intervención potencia su efecto, siendo esta la mejor situación posible, participar en el curso de Educación Maternal y pertenecer al grupo de mujeres sobre las que se ha aplicado la intervención Enfermera.

CONCLUSIONES

En general los datos sobre prevalencia de lactancia materna, encontrados en nuestro estudio son ligeramente superiores, a los encontrados en estudios de otras comunidades. Pero es necesario tener en cuenta, que hemos prescindido de la población de mayor riesgo para la lactancia materna (pretérminos, bajo peso, partos múltiples y cualquier patología tanto de la madre como del niño).

Las mujeres reconocen a la Matrona durante el embarazo y la Enfermera durante el puerperio, como las profesionales que más información y ayuda les proporcionaron.

Hemos podido constatar, como la Intervención Enfermera, ha resultado beneficiosa, mejorando la incidencia y prevalencia, según hemos podido apreciar en las curvas de supervivencia, para varios grupos, que sin intervención obtienen peores resultados: grupos de mujeres sin estudios superiores, grupos de mujeres que no cuentan con una influencia positiva de hermanas que lacten o que no recibieron alimentación materna. También hemos podido comprobar que la Intervención potencia a su vez el efecto de la Educación maternal.

Finalmente podemos afirmar que el empleo de Metodología NANDA - NOC - NIC, ha mostrado un efecto beneficioso sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia materna, en grupos de mujeres con factores que habitualmente la dificultan.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud.
- Comité de Lactancia Materna de La Asociación Española de Pediatría. (2004). Lactancia Materna guía para profesionales. Madrid: Monografías de la AEP Nº 5.
- Díaz Gómez, N.M., Lasarte Velillas, J.J. (2004). Experiencia de un año del foro de lactancia materna para profesionales y padres. Anales Españoles de Pediatría, 60, 1, 88 - 89
- García Casanova, M.C., García Casanova, S., Pi Juan, M., Ruiz Mariscal, E. Parellada Esquiús, N. (2005). Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. Atención Primaria 35, 6, 295 -300.
- García Vera C, Martín Calama J. (2000). Lactancia materna en España resultado de una encuesta de investigación de ámbito estatal. RPAP, 2, 7, 373-387.

- Gómez García, M.C. (1999). Lactancia Materna. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Hernández Aguilar, M.T., Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 63, 340-56.
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2003). Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Martín-Calama, J. (1999). Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. "Informe técnico sobre lactancia materna en España". *An Esp Pediatr*, 50, 333-340.
- McCloskey, J., Bulechek, G. (2003). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S., Wade, A. (2005). Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4,. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna

Recursos en internet. EL foro de madres y padres como experiencia docente

J.J. LASARTE VELLILLAS

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Zuera. Zaragoza. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP.

INTRODUCCIÓN

Los estudios que evalúan los conocimientos de los profesionales de la salud sobre lactancia materna ponen de manifiesto que no son tan extensos como sería deseable¹⁻⁷. En un estudio realizado en España en el 2003, se comprobó que los conocimientos de los residentes de pediatría en este tema también eran insuficientes⁸.

Desde el año 1996 el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) ha trabajado para tratar de recuperar la cultura de la lactancia materna y difundir el conocimiento sobre la misma entre los profesionales sanitarios. En el año 2001, entre las numerosas actividades que ha realizado el Comité, se comenzó a colocar información relevante sobre lactancia en la página web de la AEP y posteriormente, en marzo de 2002, se pusieron en marcha dos foros, uno para madres y padres y otro para profesionales, en los que tratamos de resolver las preguntas que allí se plantean.

Internet ha supuesto una revolución que ha abierto nuevas vías de información y de comunicación⁸⁻¹⁰ y también nuevos modelos de relación médico-paciente. Las nuevas tecnologías ofrecen interesantes métodos de aprendizaje (e-learning) que parecen ser tan eficaces como los métodos tradicionales y que resultan un complemento útil para enseñar a los estudiantes a aplicar la teoría aprendida¹¹⁻¹⁴, especialmente aquellos sistemas basados en casos clínicos¹⁵.

En el año 2004 se publicó la experiencia tras un año de funcionamiento del foro, analizando el contenido de 184 preguntas

enviadas¹⁶ y poco después se elaboró la "Guía de lactancia materna para profesionales"¹⁷ en donde se detalla el contenido de un total de 771 mensajes enviados al foro durante 2 años. Los temas que más a menudo preguntan las madres están relacionados con la ganancia de peso del bebé y con la cantidad y calidad de su leche (14%), con las enfermedades infantiles (13%), con los medicamentos (9%) y con la alimentación complementaria (9%). Un porcentaje importante de preguntas están originadas por la incorporación de la mujer al trabajo (19%).

En el año 2005 se consideró que el foro podía ser un buen instrumento docente para la formación de médicos internos residentes (MIR) y se diseñó un novedoso sistema de e-learning basado en nuestro foro de lactancia materna en el que los MIR en formación contestan las preguntas formuladas por madres y padres. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia del primer año de formación en lactancia materna de los residentes de pediatría mediante este sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS

El foro

El acceso al foro se realiza a través de la página web de la AEP en la dirección <http://www.aeped.es/>. En el mantenimiento de la página no colabora ninguna empresa de alimentos infantiles, tan solo está esponsorizada por "NR soluciones" una empresa de accesorios para la lactancia. Las preguntas que se reciben en el foro son contestadas diariamente, de lunes a viernes, por los miembros del comité en turnos rotatorios. Aunque siempre se

TABLA I. PREGUNTAS Y RESPUESTAS ENVIADAS AL FORO DE PADRES POR AÑOS

Año	Preguntas	Respuestas del Comité	Respuestas otros usuarios	Total general
Total 2002 (mar-dic)	91	100	32	223
Total 2003	537	588	988	2113
Total 2004	2255	2263	3707	8225
Total 2005	2456	2518	4669	9643
Total 2006 (ene-mar)	602	597	764	1963
Total	5941	6066	10160	22167

procura contestar cada pregunta de forma personalizada, desde la página puede accederse a un apartado de preguntas frecuentes para cuestiones muy repetitivas. Otras madres y usuarios también pueden enviar libremente respuestas o comentarios a las preguntas de otras madres.

Los últimos datos disponibles de la evolución del número de preguntas y respuestas por años y meses pueden verse en la tabla I. Durante el año 2005 se enviaron 2456 preguntas y el comité envió 2518 respuestas, lo cual supone una media de 6,7 preguntas y 6,8 respuestas por día. Otras madres y usuarios enviaron 4669 respuestas (media = 12,7 por día). El 98% de las consultas fueron realizadas por mujeres. Un 34,5% de las preguntas tuvieron una única respuesta, un 24,8% y un 14,8% tuvieron 2 ó 3 respuestas respectivamente y solo un 6,4% tuvieron 7 ó más respuestas. El 2,2% no obtuvieron ninguna respuesta. El 53,9% de los usuarios identificados solo enviaron 1 mensaje al foro, y el 16%, 7,6%, y 4,3% enviaron 2, 3 y 4 mensajes respectivamente. Es decir, un 81,9% enviaron menos de 4 mensajes al foro. Un pequeño porcentaje de madres son asiduas visitantes del foro y han enviado más de 100 mensajes (0,7%).

El proyecto de e-learning

Desde abril de 2005 hasta mayo de 2006, han participado en este proyecto 42 médicos internos residentes de pediatría de los hospitales 12 de Octubre de Madrid, Hospital Universitario de Canarias de Tenerife, Hospital Joan XXIII de Tarragona y Hospital Miguel Servet de Zaragoza (Tabla II).

En los hospitales que participaron en el proyecto, se designó a un tutor de los médicos internos residentes (MIR) para dirigir y tutelar el programa junto con el coordinador del foro. El tutor presentó a los MIR el proyecto y aquellos que decidieron participar enviaron un cuestionario con sus datos personales al coordinador del foro. Posteriormente se les proporcionó toda la información que los tutores consideraron adecuada para su formación previa y se les animó a leerla y a estudiarla, al menos durante 1 mes, así como a entrar en el foro como "oyentes" para familiarizarse con el sistema, el formato y el lenguaje de las respuestas.

Antes de su participación directa en el foro los residentes realizaron un test previo que consistió en contestar por escrito a 4 preguntas elegidas de entre aquellas realizadas por madres en el foro durante los meses anteriores. Estas pruebas fueron revisadas por dos miembros del comité de lactancia quienes enviaron a los MIR su valoración y sus comentarios y autorizaron la intervención de cada MIR en el foro. Cada uno de ellos estuvo durante 1 semana, supervisado por el tutor, contestando las preguntas formuladas en el foro de padres. Otro miembro del comi-

TABLA II. PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

Hospital	N	%
Madrid	20	47,6
Tenerife	10	23,8
Zaragoza	8	19
Tarragona	4	9,5
TOTAL	42	100

Año MIR	N	%
4º	19	45,2
3º	15	35,7
2º	5	11,9
1º	3	7,1
TOTAL	42	100

Edad	N	%
	28,5 años	(25-37)

Sexo	N	%
Mujeres	37	88,1
Hombres	5	11,9

té también supervisó el funcionamiento del foro y las respuestas una vez que estas aparecían en el foro.

En 3 hospitales, antes y después de la experiencia docente, los MIR rellenaron un cuestionario de preguntas relacionadas con la lactancia para valorar su aprendizaje. El cuestionario estuvo basado en el confeccionado por Jaquenod y Vallone¹⁸ y que fue modificado por Temboury⁷. Después de la participación en el foro, se envió a los MIR una breve encuesta para recopilar su opinión de la experiencia (Tabla III) y un certificado de participación acreditando 30 horas de trabajo.

Los resultados de los tests realizados antes y después de la experiencia fueron analizados con el programa Epiinfo. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados pre y post-test globales y por hospitales. Se compararon las diferencias en las respuestas pre y post-test, globalmente y por hospitales mediante un test de Chi².

RESULTADOS

Participaron en el estudio 42 MIR pertenecientes a 4 hospitales, el 80% de ellos en su 3º ó 4º año de especialización. La edad media fue de 28,5 años (mín=25, máx=37) y el 88,1% fueron mujeres (Tabla II).

Los resultados del análisis de las respuestas en los tests previos y posteriores a la participación en el foro pueden verse en las tablas IVa y IVb. Globalmente, el porcentaje de respuestas correctas después del aprendizaje fue mayor y la diferencia fue significativa (Chi<0,01) para el total de tests. La media de respuestas correctas fue muy superior en el post-test, así como el resto de los parámetros que demuestran resultados claramente superiores. Por hospitales sólo en uno de ellos las diferencias observadas fueron significativas, probablemente debido al escaso número de respuestas post-test en los otros 2 hospitales.

La encuesta posterior al aprendizaje fue contestada por 27 participantes (Tabla III). En el momento de realizarla, la mayoría de ellos trabajaban en hospitales públicos, bien como pediatras o todavía como médicos internos residentes. Solo 3 desarrolla-

TABLA III. ENCUESTA TRAS LA PARTICIPACIÓN EN EL FORO

Situación laboral actual	N	%
Pediatra Hospital público	12	44,4
Pediatra Atención Primaria	3	11,1
Médico interno residente 4º año	6	22,2
Médico interno residente 3º año	3	11,1
Médico interno residente 2º año	2	7,4
Otra	1	3,7
TOTAL	27	100
Media de pacientes que diariamente requieren indicaciones relacionadas con la lactancia materna	46,3%	(0-100%)
¿Es distinta la visión acerca de la lactancia materna, respecto de los colegas que trabajan en el mismo centro?		
Sí	13	(48,1%)
No	14	(51,9%)
Porcentaje en que el foro ha contribuido a la adquisición de conocimientos de lactancia materna	54,1%	
(20-80%)		
Porcentaje en que el foro ha contribuido a la adquisición de habilidades de comunicación con las madres	49,6%	(0-80%)
Fue suficiente la preparación previa?		
Sí	22	(81,5%)
No	5	(18,5%)
Tiempo diario dedicado a atender el foro	3,1 h.	(1-8 h.) Mediana = 3 h

ban su trabajo en atención primaria. Actualmente, según los resultados de la encuesta, el 46,3% de los pacientes que atienden los MIR que participaron en el proceso de formación precisan recomendaciones acerca de lactancia materna. Seis informaron que debían asesorar en temas de lactancia al 100% de sus pacientes y solo 2 no tenían que hacerlo nunca en su trabajo actual. Aproximadamente la mitad de los encuestados (51,9%) informaron de que un 25% de los pacientes que atendían diariamente tenían necesidades de asesoramiento en lactancia materna.

El 48,1% creían que su visión de la lactancia materna difería de aquella que tenían los colegas que trabajaban en su mismo centro.

En cuanto a la adquisición de conocimientos sobre lactancia materna y habilidades de comunicación con las madres, los participantes contestaron que el proyecto había contribuido en un 54,1% y en un 49,6% respectivamente. El 81,5% creyeron que su preparación previa a su participación en el foro fue suficiente y la práctica totalidad de quienes respondieron que no fue así, echaron en falta algo de formación práctica.

El tiempo diario dedicado a atender el foro fue de 3,1 horas de media. Solo dos de los participantes invirtieron entre 6-8 horas y uno solo 1 hora diaria.

En la encuesta también se preguntó por los aspectos positivos y negativos de la experiencia y se recogieron otros comentarios de los participantes. Un 70,4% de ellos valoró positiva-

TABLA IVA. PREGUNTAS CORRECTAS E INCORRECTAS EN LOS TESTS PREVIO Y POSTERIOR

Hospital	Pre-test			Post-test			Chi ²		
	Corr.	Incorr.	N	% Corr.	Corr.	Incorr.		N	% Corr.
A	385	47	432	89,1	345	15	360	95,8	0,00105
B	108	46	154	70,1	76	20	96	79,2	0,22759
C	168	56	224	75,0	44	12	56	78,6	0,52496
TOTALES	661	149	810	81,6	465	47	512	90,8	0,00011

Corr: correctas; Incorr: incorrectas.

TABLA IVb. RESULTADOS GLOBALES DE LOS TESTS PREVIO Y POSTERIOR

Preguntas	Pre-test		Post-test	
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas
Total	661	149	465	47
Media	14,7	3,3	17,2	1,7
Desv St	5,7	1,7	6,5	1,3
Moda	21	3	23	2
Min	7	0	8	0
Máx	24	7	24	4

mente la ayuda que se prestaba a las madres y un 66,6% consideró que había sido un buen método de aprendizaje sobre LM. Otros aspectos bien valorados fueron la posibilidad de conocer las preocupaciones de las madres y la ayuda que podían proporcionarse madre a madre a través del foro. Un 18,5% de los participantes encontraron que este aprendizaje requería dedicar mucho tiempo diariamente y un 11,1% encontraron molesta la reiteración de preguntas. Un pequeño porcentaje también se sintieron molestos por el uso indiscriminado y de "válvula de escape" por parte de algunas madres que expresan sus quejas, así como por las opiniones demasiado "rígidas" de otras o por el exceso de mensajes de respuesta de una minoría de usuarias.

CONCLUSIONES

Las características de este tipo de foros y del nuestro en particular, la comodidad de la consulta, la rapidez de respuesta, el anonimato y la gratuidad, lo convierten en un recurso útil para madres, padres y profesionales, que ofrece también oportunidades para el aprendizaje profesional, para la educación sanitaria y para identificar las necesidades de los pacientes y profesionales.

En general, la experiencia docente a través del foro ha sido valorada positivamente por los participantes y ha contribuido a aumentar sus conocimientos y sus habilidades en el manejo de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

- Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999 Mar; 103(3): E35.
- Pallás CR, Baeza Pérez-Fontán C, Grupo de Trabajo sobre Prevención en la Infancia y Adolescencia del PAPPs-semFYC. El médico de familia y la formación en lactancia materna. *Aten Primaria*. 2006; 38(2): 67-8.
- Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijóo A, Martí Barranco E, Bernat Ferrer A, Ferriol Camacho M, et al. Lactancia mater-

- na: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Aten Primaria*. 1999; 24: 337-43.
4. Ruiz I, Sullivan K, Laurent S, Canela J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 1994; 40(supl 62): 77.
 5. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nacher Fernández A, Palau Foster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2001; 3: 393-402.
 6. Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: a descriptive survey. *Nurse Educ Today*. 2006; 26(4): 332-7.
 7. Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 58(3): 263-7.
 8. Bravo Acuña J, Merino Moína M. Pediatría e Internet. *Aten Primaria*. 2001; 27: 574-8.
 9. Díaz Vazquez CA, Mola Caballero de Rodas P. Interacción con los padres a través de internet de las sociedades pediátricas españolas y las integradas en la ALAPE. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61(1): 37-41.
 10. Spielberg AR. On call and online: sociohistorical, legal, and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship. *JAMA*. 1998; 280(15): 1353-9.
 11. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of E-learning in medical education. *Acad Med*. 2006 Mar; 81(3): 207-12. Review.
 12. D'Alessandro DM, Lewis TE, D'Alessandro MP. A pediatric digital storytelling system for third year medical students: the virtual pediatric patients. *BMC Med Educ*. 2004 Jul 19; 4: 10.
 13. A de Lorenzo-Cáceres Ascanio. A Otero. E Calvo Corbella. Prácticas clínicas de alumnos de medicina en centros de salud: posibilidades docentes de la web en la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). *Aten Primaria*. 2005; 35: 372-4.
 14. Komoroski EM. Use of e-mail to teach residents pediatric emergency medicine. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998; 152(11): 1141-6.
 15. Boeker M, Klar R. [E-learning in the education and training of physicians. Methods, results, evaluation]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2006; 49(5): 405-11.
 16. Díaz-Gómez M, Lasarte Velillas JJ. Experiencia de 1 año del foro de lactancia materna para profesionales y padres. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 60(1): 87-95.
 17. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia materna. Guía para profesionales. [Fecha de consulta 17 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm>
 18. Jaquenod M y Vallone F. Programa Lacmat 3.3. [Fecha de consulta 17 de junio de 2006]. Disponible en <http://www.sap.org.ar/>

Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna

Programa de "Breastfeeding peer counselors" en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

P. MEIER

Director for Clinical Research and Lactation. Neonatal Intensive Care Unit and Professor of Women and Children's Health Nursing. Rush University Medical Center. Chicago, IL

Cuando nace un bebé prematuro, las glándulas mamarias de la madre, aun inmaduras, producen un derivado lácteo que posee un efecto protector mayor al de la leche que será producida en una gestación a término^{1,2}. Esto es particularmente cierto al referirnos al *calostro*, siendo esta la leche que se produce durante los primeros días post-parto; periodo durante el cual los espacios paracelulares del epitelio de la glándula mamaria se encuentran abiertos, permitiendo así el paso de componentes anti-infecciosos y anti-inflamatorios al recién nacido a través de la leche^{1,3,4}. Estos componentes anti-infecciosos y anti-inflamatorios, además de los factores de crecimiento, compuestos celulares, enzimas y otros agentes; trabajan en conjunto para proteger al recién nacido de algunas patologías asociadas a la prematuridad como lo

son las infecciones intrahospitalarias (sepsis tardía), enterocolitis necrotizante (NEC) neumopatía crónica, intolerancia a la alimentación enteral y retinopatía del prematuro⁵⁻¹⁴. Múltiples estudios sugieren que la leche materna provee una protección a largo plazo a los prematuros de patologías que pudieran aparecer posteriormente en la infancia como retardo del crecimiento, infecciones, atopia y trastornos neurocognitivos¹⁵⁻²⁰. Por lo tanto las evidencias acerca del rol que desempeña la leche materna en los prematuros indican que no solo se trata de una "nutrición" a corto plazo, sino de una terapia biológica que podría reducir la incidencia y severidad de múltiples patologías cuyo tratamiento demandaría de otra manera costos elevados y secuelas invalidantes de por vida²¹⁻²⁴.

A pesar de estos hechos demostrados, muchas mujeres en todo el mundo eligen las formulas de leche “maternizada” para sus recién nacidos prematuros. Las estadísticas revelan que muchas madres desconocen la importancia de la leche materna o muestran cierta preocupación por si la calidad o volumen de su leche será adecuada para el prematuro^{1,25-28}. A través de la historia, los médicos y enfermeras en las UCIN (unidades de cuidados intensivos neonatológicos) se han mostrado reacios a compartir dicha información con las madres, debido a la preocupación y/o el impacto que generaría en las mismas, o peor aun el hecho de hacerlas sentir presionadas a elegir^{25-27,29,30}. Del mismo modo, muchas veces estas madres son mal informadas acerca de ciertas contraindicaciones para la lactancia (como el consumo de fármacos o ciertas patologías maternas) ya sea por médicos o familiares, llevándolas a preferir el uso de formulas para sus bebés prematuros. Estas barreras solo sirven para llevar a las madres a desistir siquiera de intentar brindar lactancia materna a sus recién nacidos. Para aquellas que optan por iniciar la lactancia, el inadecuado volumen de leche producido suele ser un problema universal, a pesar del hecho que muchas de dichos problemas son prevenibles con el equipo o la información adecuados^{25-27,31-35}. El temor a “quedarse sin leche” representa la barrera mas común para perseverar con la lactancia en las madres de prematuros^{1,25-27}.

A pesar de la abundante información y evidencias acerca de la superioridad de la leche materna para la nutrición en prematuros existente, en el entorno clínico hay pocos o ningún método/programa que intenten aplicar estos hallazgos con el fin de incrementar la lactancia y su duración en esta población. The *Rush Mothers' Milk Club* (El Club de Lactancia Materna de RUSH), es un programa combinado de investigación y practica aplicado en las 52 camas del servicio de cuidados intensivos neonatales (NICU) en el centro medico de la Universidad de RUSH (RUMC) en el área metropolitana de Chicago. Este programa, creado en 1996, tiene en la actualidad las mas altas tasas de inicio de lactancia en madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (VLBW; <1.500 g) así como las mas “altas dosis” de leche materna recibidas por prematuros en los Estados Unidos de Norteamérica²⁵. Actualmente, el 95% de madres del *Club de Lactancia Materna de RUSH* inician la lactancia a sus recién nacidos prematuros. Durante los dos primeros años de este programa (1997-1998), alrededor del 70% de la alimentación enteral para prematuros de muy bajo peso al nacer durante toda la permanencia hospitalaria, consistía en lecha materna, demostrando así que los problemas asociados a volúmenes escasos de leche serian prevenibles y tratables con un adecuado manejo basado en evidencias.

La investigación constante y experiencias clínicas obtenidas en el *Club de Lactancia Materna de RUSH* han resultado en múltiples publicaciones^{1,25-27,29,35-47}, entre las cuales destaca un estudio que demuestra que las madres no se sentirían culpables o coercionadas por su medico al decirles que su leche sería beneficiosa para la salud de su recién nacido. Este estudio prospectivo fue realizado en razón que aproximadamente el 50% de las madres que iniciaron la lactancia en sus recién nacidos prematuros habrían tenido planeado utilizar formulas para su alimentación de no haber sido informadas de lo anterior. Estas cambiaron de opinión inmediatamente al ser informadas, por sus médicos o

enfermeras, de los beneficios potenciales de la lactancia materna. El estudio prospectivo²⁹ demostró que el informar a las madres no las hacia sentir culpables o presionadas, señalando las mismas madres que las opciones a tomar deberían ser informadas por sus médicos. La población en este estudio²⁹ comprendió madres de bajos ingresos (62%) y de raza africano-americanos (76%), dos grupos poblacionales que según estudios del Centers for Disease Control and Prevention tendrían baja tasa de apego y cumplimiento al inicio y mantenimiento de la lactancia materna⁴⁸⁻⁵¹. Este estudio demostró que cuando los médicos y enfermeras brindan información adecuada basada en evidencias a estos grupos poblacionales de madres, acerca de la importancia de la lactancia materna, las tasas de apego y cumplimiento serian comparables al de madres de mayores ingresos y recursos.

El *Club de Lactancia Materna de RUSH* se encuentra dirigido por la Dra. Meier (enfermera doctorada en investigación), pero cuenta además con 10 neonatólogos y 180 enfermeras que proveen servicios de lactancia que incluyen el informar acerca de la leche materna en prematuros, enseñar el uso adecuado de las bombas de extracción de leche, resolver problemas concernientes a la producción de volúmenes escasos de leche, cuantificar la cantidad de grasa y calorías de la leche materna para ser administrada en el prematuro empleando la técnica del crematocrito y apoyar a las madres con las técnicas adecuadas de lactancia. Todos los viernes y lunes se realizan charlas en ingles y español respectivamente; llamadas “Lonches del *Club de Lactancia Materna de RUSH*, al cual pueden asistir todas las madres de prematuros en la UCIN. Estas reuniones de aproximadamente dos horas abarcan distintos temas de investigación y actualidad sobre la lactancia materna, generando preguntas y discusiones, permitiendo además la interacción y apoyo mutuo entre madres. Cada semana se brinda las madres copias de artículos científicos originales, además de ciertos formatos prediseñados para evaluar la educación impartida por la Dra. Meier.

En 1997 el *Club de Lactancia Materna de RUSH* prepare a su primer *Breastfeeding Peer Counselor* (Consejeras de Amamantamiento de Madre a Madre) voluntario (no pagado), una madre africano-americana de un prematuro de 1.000 g que fue dado de alta hacia 6 meses. A pesar de que en un principio esta madre no tenía planeado dar lactancia materna, lo hizo por aproximadamente un año y retorno frecuentemente a los lonches del club de la lactancia materna para compartir sus experiencias con otras madres. La Dra. Meier, como miembro del consejo de prevención en salud de la liga internacional LA LECHE, decidió preparar a esta mujer como *Breastfeeding Peer Counselor* a través de un programa de 5 días ofrecido por la Liga de La Leche. Tras completar el curso y rendir los exámenes pertinentes, esta madre asistió como voluntaria a los lonches semanales del club de lactancia materna. Su presencia constante en estas reuniones hizo aun más eficaz el propósito de las mismas, permitiéndole a la Dra. Meier el usar las experiencias y resultados obtenidos en esta madre para incentivar a las otras madres asistentes. Las madres cuyos prematuros aun hospitalizados, encontraron los testimonios de esta mujer muy motivadores. Por lo tanto, muchas mujeres, especialmente de bajos recursos empezaron a pensar del siguiente modo, “si ella pudo hacerlo, yo también puedo lograrlo...pues quiero que mi bebe sea tan sano como el de ella”.

Entre 1997 y 2005 el *Club de Lactancia Materna de RUSH* capacito a un total de 14 madres, concentrándose en madres cuya primera opción era el no dar de lactar, así como madres de bajos ingresos y de grupos étnicos en los que sería menos probable el inicio de la lactancia materna.

En enero del 2005, la Dra. Meier logro crear un fondo de investigación foráneo par poder dar empleo a estas *Breastfeeding Peer Counselors* con el fin de que provean apoyo directo a otras madres en la UCIN. Las dos madres elegidas completaron el programa de entrenamiento de 5 días en la Liga de La Leche, y posteriormente siguieron un programa de orientación de 6 semanas diseñado especialmente para este propósito por la Dra. Meier. Es así que desde el 2005, estas consejeras de lactancia (BPC) han sido empleadas a tiempo completo en la NICU del RUMC proveyendo un 75% de todos los servicios de lactancia, bajo la supervisión y dirección de la Dra. Meier. Actualmente RUMC es la única institución en los Estados Unidos de Norteamérica que emplea consejeros de lactancia (BPC) en esta capacidad, pero en una presentación de la prensa asociada en el 2006, acerca de uno de las *Breastfeeding Peer Counselors* (Sra. Benjamin-Johnson), demostró un considerable interés acerca de este enfoque acerca del empleo de las UCIN en los Estados Unidos de Norteamérica.

Las responsabilidades de los consejeros de lactancia (BPC), definidas en su plan de trabajo incluyen: 1) Conocer a todas las nuevas madres de prematuros en el UCIN dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento; 2) Completar una evaluación de riesgo de la lactancia y otra información demográfica; 3) Enseñar el uso apropiado de la bomba eléctrica de leche, incluyendo principios de lactogénesis, frecuencia de extracción de leche, colocación adecuada del equipo de bombeo y el adecuado almacenamiento y transporte de la leche a la UCIN posterior al alta hospitalaria; 4) Realizar medidas del creatocrito en la leche materna para evaluar el contenido lipídico y calórico cuando se indique; 5) Ayudar con la lactancia de pecho a los prematuros que no se encuentren recibiendo respiración asistida a presión positiva pero que pudieran estas recibiendo oxígeno por cánula binasal; 6) Instaurar el uso de pezoneras y evaluar el peso las veces que sea necesaria para facilitar la transferencia de leche durante la lactación; 7) Organizar encuentros semanales del *Club de Lactancia Materna de RUSH*, incluyendo el transporte en taxi para las madres de bajos ingresos que no disponen de movilidad propia; 8) Realizar visitas domiciliarias a las madres y prematuros de bajos ingresos posteriormente al alta del UCIN para proveer un continuo cuidado de la lactancia; 9) Servir como asistentes de investigación en los estudios dirigidos por la Dra. Meier. Las familias del UCIN aprenden acerca de las consejeras de lactancia (BPC) y sus servicios en un panfleto especialmente diseñado que es parte del paquete de información del club de lactancia materna de RUSH para nuevas familias.

Nuestros resultados preliminares indican que las *Breastfeeding Peer Counselors* son altamente efectivas en el ambiente del UCIN, debido a la combinación única del conocimiento en lactancia y sus experiencias previas como madres de infantes prematuros que recibieron cuidados en ese ambiente. Las *Breastfeeding Peer Counselors* se reúnen semanalmente con la Dra. Meier y otros miembros del staff de la UCIN para revisar todos los casos de las madres y sus problemas de lactancia. Esta reu-

nión asimismo sirve como un foro de educación continua. Así es como las habilidades y conocimientos de las consejeras de lactancia son actualizados y mejorados constantemente. El uso de *Breastfeeding Peer Counselors* representa por lo tanto un modelo de cuidado que sustituye a profesionales con remuneraciones mas altas por un *personal ligado* a los padres bajo la dirección del profesional especialista en lactancia (Dra. Meier). Al extender los servicios del profesional, el rol de las consejeras de lactancia mantiene un alto nivel en el cuidado de la lactancia, y logra además una adecuada satisfacción de los pacientes y personal del UCIN, manteniendo un efectivo costo-beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodriguez, N.A., D.J. Miracle, and P.P. Meier, Sharing the science on human milk feedings with mothers of very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2005. 34(1): p. 109-19.
2. Diaz-Gomez, N.M., E. Domenech, and F. Barroso, Breast-feeding and growth factors in preterm newborn infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 1997. 24(3): p. 322-7.
3. Montagne, P., et al., Immunological and nutritional composition of human milk in relation to prematurity and mother's parity during the first 2 weeks of lactation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1999. 29(1): p. 75-80.
4. Neville, M.C., Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 2001. 48(1): p. 13-34.
5. Shoji, H., et al., Suppressive effects of breast milk on oxidative DNA damage in very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition*, 2004. 89(2): p. F136-8.
6. Lucas, A. and T.J. Cole, Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis.[see comment]. *Lancet*, 1990. 336(8730): p. 1519-23.
7. Schanler, R.J., et al., Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics*, 2005. 116(2): p. 400-6.
8. Davidson, B., et al., Fucosylated oligosaccharides in human milk in relation to gestational age and stage of lactation. *Adv Exp Med Biol*, 2004. 554: p. 427-30.
9. El-Mohandes, A., M. Picard, and S. Simmens, Human milk utilization in the ICN decreases the incidence of bacterial sepsis [abstract]. *Pediatric Research*, 1995. 37: p. 306A.
10. Hylander, M.A., D.M. Strobino, and R. Dhanireddy, Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*, 1998. 102(3).
11. Schanler, R.J., R.J. Shulman, and C. Lau, Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999. 103(6 Pt 1): p. 1150-7.
12. Furman, L., et al., The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003. 157(1): p. 66-71.
13. Uraze, F. and S. Gross, Improved feeding tolerance and reduced incidence of sepsis in sick very low birthweight (VLBW) infants fed maternal milk [Abstract]. *Pediatric Research*, 1989. 25: p. 298A.
14. Simmer, K., R. Metcalf, and L. Daniels, The use of breastmilk in a neonatal unit and its relationship to protein and energy intake and growth. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 1997. 33(1): p. 55-60.
15. Hack, M., et al., Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med*, 2002. 346(3): p. 149-57.
16. Ehrenkranz, R.A., et al., Longitudinal growth of hospitalized very low birth weight infants. *Pediatrics*, 1999. 104(2 Pt 1): p. 280-9.
17. Hintz, S.R., et al., Neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants after necrotizing enterocolitis. *Pediatrics*, 2005. 115(3): p. 696-703.

18. Stoll, B.J., et al., Neurodevelopmental and growth impairment among extremely low-birth-weight infants with neonatal infection.[see comment]. *Jama*, 2004. 292(19): p. 2357-65.
19. Perlman, J.M., Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care—potential medical and neonatal environmental risk factors. *Pediatrics*, 2001. 108(6): p. 1339-48.
20. Marlow, N., et al., Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth.[see comment]. *New England Journal of Medicine*, 2005. 352(1): p. 9-19.
21. Payne, N.R., et al., Marginal increase in cost and excess length of stay associated with nosocomial bloodstream infections in surviving very low birth weight infants. *Pediatrics*, 2004. 114(2): p. 348-55.
22. Petrou, S., T. Sach, and L. Davidson, The long-term costs of preterm birth and low birth weight: results of a systematic review. *Child Care Health Dev*, 2001. 27(2): p. 97-115.
23. Gilbert, W.M., T.S. Nesbitt, and B. Danielsen, The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet Gynecol*, 2003. 102(3): p. 488-92.
24. Rogowski, J., Cost-effectiveness of care for very low birth weight infants. *Pediatrics*, 1998. 102(1 Pt 1): p. 35-43.
25. Meier, P.P., et al., The Rush Mothers' Milk Club: breastfeeding interventions for mothers with very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(2): p. 164-74.
26. Meier, P.P., Supporting lactation in mothers with very low birth weight infants. *Pediatr Ann*, 2003. 32(5): p. 317-25.
27. Meier, P.P., Breastfeeding in the special care nursery. Prematures and infants with medical problems. *Pediatr Clin North Am*, 2001. 48(2): p. 425-42.
28. Philipp, B.L., E. Brown, and A. Merewood, Pumps for peanuts: leveling the field in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 2000. 20(4): p. 249-50.
29. Miracle, D.J., P.P. Meier, and P.A. Bennett, Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(6): p. 692-703.
30. Sisk, P.M., et al., Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: Effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics*, 2006. 117(1).
31. Slusher, T., et al., Promoting the exclusive feeding of own mother's milk through the use of hindmilk and increased maternal milk volume for hospitalized, low birth weight infants (< 1800 grams) in Nigeria: a feasibility study. *Journal of Human Lactation*, 2003. 19(2): p. 191-8.
32. Cregan, M.D., T.R. de Mello, and P.E. Hartmann, Pre-term delivery and breast expression: consequences for initiating lactation. *Advances in Experimental Medicine & Biology*, 2000. 478: p. 427-8.
33. Cregan, M.D., et al., Initiation of lactation in women after preterm delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2002. 81(9): p. 870-7.
34. Hill, P.D., J.C. Aldag, and R.T. Chatterton, Effects of pumping style on milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *Journal of Human Lactation*, 1999. 15(3): p. 209-16.
35. Meier, P.P., Suck-breathe patterning during bottle and breast feeding for preterm infants. *British Journal of Clinical Practice*, 1996: p. 9-20.
36. Hurst, N.M., et al., Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants: maternal reactions and feeding outcomes. *J Hum Lact*, 2004. 20(2): p. 178-87.
37. Meier, P.P., et al., Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact*, 2000. 16(2): p. 106-14; quiz 129-31.
38. Meier, P.P., et al., Mothers' milk feedings in the neonatal intensive care unit: accuracy of the creatocrit technique. *J Perinatol*, 2002. 22(8): p. 646-9.
39. Meier, P.P., Extremely low birthweight infants: Individualizing the lipid content of own mothers' milk. *Academy of Breastfeeding Medicine News and Views*, 1998. 4(1): p. 1-6.
40. Brown, L.P., A.H. Bair, and P.P. Meier, Does federal funding for breastfeeding research target our national health objectives? *Pediatrics*, 2003. 111(4 Pt 1): p. e360-4.
41. Meier, P.P., et al., A new scale for in-home test-weighing for mothers of preterm and high risk infants.[see comment]. *Journal of Human Lactation*, 1994. 10(3): p. 163-8.
42. Griffin, T.L., et al., Mothers' performing creatocrit measures in the NICU: accuracy, reactions, and cost. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2000. 29(3): p. 249-57.
43. Jegier, B., et al. What is the Cost of Providing 100 mls of Own Mothers' Milk (OMM) for Very Low Birth Weight (VLBW; <1500g) Infants in the NICU? in *Pediatric Academic Societies Annual Meeting*. 2006. San Francisco, California.
44. Meier P, Engstrom JL, Zuleger JL, Motykowski JE, Vasan U, Meier WA, Hartmann PE, Williams TM. Accuracy of a user-friendly centrifuge for measuring creatocrits on mothers' milk in the clinical setting. *Breastfeeding Medicine*, 2006. 1 (2): 79-87.
45. Patel, A.L., et al., Accuracy of methods for calculating postnatal growth velocity for extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 2005. 116(6): p. 1466-73.
46. Motykowski, J.E., et al. Conducting a Randomized Trial with an Under-served Population of Mothers with VLBW (<1500g) Infants. in *International Society for Research in Human Milk and Lactation*. 2004. Cambridge, UK.
47. Engstrom, J.L., et al. Comparison of Milk Output from the Right and Left Breasts during Simultaneous Pumping in Mothers of Very Low Birthweight Infants. (Manuscript submitted for publication), 2006.
48. Li, R., et al., Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*, 2005. 115(1).
49. Li, R. and L. Grummer-Strawn, Racial and ethnic disparities in breastfeeding among United States infants: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Birth*, 2002. 29(4): p. 251-7.
50. Li, R., et al., Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991-1994). *American Journal of Public Health*, 2002. 92(7): p. 1107-10.
51. Martin, J.A., et al., Births: Final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 2002. 50: p. 11-18.

Mesa Redonda: Cuidados de la salud materna durante la lactancia

Alimentación de la madre lactante

C. GONZÁLEZ

Pediatra. Presidente de la Asociación Catalana Pro Lactancia Materna.

La alimentación de la madre casi no influye en la composición de su leche. Las proteínas y la lactosa son invariables. La cantidad de lípidos también es constante, y si bien la proporción de ácidos grasos insaturados varía algo con la dieta de la madre, no se ha observado que estas variaciones tengan ningún efecto sobre el bebé.

Algunos nutrientes, como el sodio, calcio, hierro o zinc, permanecen constantes en la leche aunque la ingesta materna aumente. Otros, como el yodo, el flúor y casi todas las vitaminas, aumentan según con la ingesta materna. En todo caso, no puede haber un déficit en la leche si la misma madre no tiene un déficit.

La ingesta diaria recomendada para las madres lactantes es de 2.700 kcal, frente a las 2.200 para mujeres no lactantes; la diferencia se basa en cálculos teóricos. Sin embargo, varios estudios han encontrado que la ingesta espontánea de madres lactantes sanas y bien nutridas está entre 1.800 y 2.300 kcal/día¹. La producción de leche se sustenta sin apenas aumento del consumo energético, gracias a un metabolismo más eficiente en la madre que lacta.

Las recomendaciones sobre nutrientes específicos suelen estar calculadas con amplios márgenes de seguridad, y resultan muy superiores a las necesidades reales de la mayoría de los individuos. Entre 73 madres neozelandesas que llevaban 3 meses dando el pecho², la ingesta calórica media era un 20% inferior a la recomendada, y la mayoría de las madres tomaban menos de los dos tercios de las cantidades recomendadas de calcio, zinc, ácido fólico y vitamina A; a pesar de lo cual tanto las madres como sus hijos estaban perfectamente sanos y su peso era normal.

La desnutrición materna importante puede disminuir la producción de leche. En madres guatemaltecas desnutridas, la suplementación de la dieta produjo un aumento de la producción³. Sin embargo, en un grupo de madres africanas con una ingesta calórica moderadamente baja (1.600 kcal/día), el aumento a 2.300 kcal no produjo un aumento de la producción de leche⁴. El metabolismo materno da prioridad a la lactancia y la producción de leche se mantiene incluso con una ingesta relativamente baja. Por tanto, en nuestro medio, la alimentación de la madre no es una causa de hipogalactia, y aumentar o “mejorar” la ingesta no aumentará la producción de leche.

CALCIO

Durante la lactancia se produce una pérdida fisiológica del 3 al 7% del calcio óseo, que se recupera espontáneamente a partir de los 6 meses⁵, aunque haya embarazos muy próximos⁶.

Tanto la pérdida como su recuperación son independientes de la ingesta materna de calcio. Incluso con una ingesta habitual baja, la suplementación con calcio no evita la pérdida inicial de masa ósea, ni acelera su recuperación posterior, ni aumenta el contenido de calcio en la leche materna⁷⁻¹⁰. La ingesta recomendada de calcio para las mujeres de 19 a 59 años es la misma, 1.000 mg/día, tanto si dan el pecho como si no¹¹.

Varios estudios muestran que la lactancia materna prolongada protege contra la osteoporosis¹²⁻¹⁵. Por todo ello, es absurdo recomendar a la madre suplementos de calcio o aumentar la ingesta de leche. Un 10 a 15% de los adultos españoles tienen intolerancia clínica a la lactosa, y más de un 30% presentan síntomas tras una sobrecarga oral de lactosa¹⁶. La proporción es mayor en poblaciones americanas y norteafricanas. El consejo de tomar mucha leche de vaca produce serias molestias a muchas personas.

VITAMINA B12

Sólo algunas bacterias son capaces de sintetizar vitamina B12, y de ellas la obtienen todos los animales. Ningún vegetal contiene vitamina B12. Los herbívoros obtienen la B12 de las bacterias y pequeños insectos que ingieren junto con los vegetales.

Todos los vegetarianos estrictos (veganos), incluyendo macrobióticos, y aquellos ovolactovegetarianos que no consuman suficientes huevos y leche, deberían tomar durante toda su vida 3 a 5 µg de vitamina B12 al día proveniente de alimentos artificialmente enriquecidos (en España, los cereales de desayuno y pocos más), o 10 a 100 µg como suplemento diario, o 2.000 µg como suplemento de desayuno y pocos más), o 10 a 100 µg semanal. Las pastillas se han de masticar bien para que la absorción sea buena. Aquellos que lleven meses o años sin tomar suplementos deben comenzar por una dosis sublingual de 2.000 µg al día durante 2 semanas, para recargar los depósitos. La levadura de cerveza no contiene vitamina B12, a menos que haya sido artificialmente enriquecida. El alga espirulina no contiene vitamina B12, sino un análogo inactivo que se cree que puede ser incluso contraproducente, bloqueando los receptores¹⁷.

Estos suplementos son particularmente importantes para la embarazada y la madre lactante. Es difícil determinar la cantidad mínima de leche y huevos necesaria, y conviene que incluso las embarazadas ovolactovegetarianas tomen B12. Se han descrito problemas graves^{18,19} e incluso la muerte en hijos de madres veganas que no tomaban B12. Si la situación se detecta durante el embarazo, es muy importante recordar la dosis de ataque inicial.

Si la situación se detecta después del parto, habría que darle también una dosis de ataque al lactante. Pero si la madre ha estado tomando durante el embarazo y la lactancia los suplementos adecuados, su hijo, como cualquier otro recién nacido sano, no necesita suplementos de B12. Lo mismo es válido para madres con posible déficit de B12 por otros motivos, como un bypass gástrico²⁰.

INGESTA DE LÍQUIDOS

Por supuesto, la madre que lacta necesita tomar más agua. Pero no es necesario decirle la cantidad de agua que ha de beber, como no era necesario decírselo antes del embarazo. La sed le indicará cuándo necesita beber. La oxitocina es muy similar a la vasopresina, y muchas madres sienten sed durante la toma.

La restricción de líquidos no previene ni soluciona la ingurgitación mamaria. Beber más agua no produce más leche²¹⁻²³.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

Tradicionalmente ciertos alimentos se consideran especialmente indicados para la madre lactante: las avellanas, las sardinas, la leche de vaca... Estas creencias pueden resultar inocuas cuando a la madre le gusta el alimento en cuestión; pero para otras madres son un suplicio, o un motivo para abandonar la lactancia. Hemos de asegurar a la madre que no existe ningún alimento imprescindible, y que la producción de leche no depende de la dieta, sino de las demandas del niño.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Muchos alimentos han sido «prohibidos» durante la lactancia, porque se supone que dan mal sabor a la leche o perjudican al bebé: ajo, cebolla, espárragos, alcachofas...

Un estudio a doble ciego probó que, en general, a los niños les gusta la leche materna con sabor a ajo²⁴. La madre puede comer de todo. Por supuesto puede haber algún caso esporádico en que a un bebé concreto le disguste algún sabor determinado.

En cambio, es imposible que las legumbres que ingiere la madre produzcan gases al bebé. Ese gas se produce en el intestino por fermentación de sustancias no absorbidas, y que precisamente por no absorberse no pueden pasar a la leche.

Algunas madres sufren incomodidades por la creencia infundada de que hay que evitar colorantes, conservantes y otros productos durante la lactancia. Los aditivos alimentarios están sometidos a estrictas normas internacionales. Una madre lactante puede comer cualquier alimento apto para el consumo humano.

YODO Y HIERRO

Se recomienda la suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia; el tema es objeto de otra ponencia.

La ingesta recomendada de hierro se reduce a la mitad durante la lactancia^{25,26}, principalmente porque disminuye la pérdida menstrual de hierro. No se recomiendan suplementos de hierro a las madres, a no ser que tengan una anemia ferropénica.

PREVENCIÓN DE LA ALERGIA

Se discute si las restricciones en la dieta materna ayudarían a prevenir la alergia en el lactante²⁷. La AAP²⁸ sugiere eliminar

leche, huevos, pescado y frutos secos cuando el bebé tiene una fuerte historia familiar de atopia. No parece que tal restricción sea efectiva a largo plazo²⁹.

Hattevig y cols.³⁰⁻³² eliminaron de la dieta materna la leche, los huevos y el pescado durante los primeros tres meses. Durante los primeros seis meses, la incidencia de dermatitis atópica fue menor que en el grupo control (11% frente a 28%); a los 4 años, seguían teniendo menos dermatitis, pero no había diferencias en otros problemas alérgicos; a los 10 años no había diferencias. Los autores concluyen que no hay base para recomendar de forma general la restricción en la dieta de la madre. Pero algunas madres en familias con antecedentes de alergia pueden pensar que la reducción de la dermatitis atópica durante unos meses sí que justifica el esfuerzo.

DIETAS HIPOCALÓRICAS

Las madres que lactan suelen perder peso de manera espontánea a partir del tercer mes, hasta recuperar el peso anterior al embarazo.

Si existe un sobrepeso que requiere tratamiento, se ha comprobado que una dieta de 1.765 kcal/día permite perder 5 kg en 10 semanas, sin afectar a la producción y composición de la leche ni al aumento de peso del lactante^{33,34}. La pérdida de peso durante la lactancia no aumenta los niveles de contaminantes organoclorados en la leche³⁵. La dieta es más eficaz si se acompaña de ejercicio físico³⁶.

Se ha observado retraso del crecimiento en un bebé cuya madre sólo consumía 20 kcal/kg/día³⁷.

CONCLUSIÓN

La madre lactante puede hacer una dieta libre, comiendo lo que quiera y la cantidad que quiera y bebiendo cuando tenga sed. No hay alimentos obligatorios ni alimentos prohibidos. Los únicos suplementos recomendables son el yodo y, en las vegetarianas estrictas, la vitamina B12.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subcommittee on Nutrition During Lactation. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. Nutrition during lactation. Washington: National Academy Press, 1991 www.nap.edu/books/0309043913/html/
2. Todd JM; Parnell WR Nutrient intakes of women who are breastfeeding. *Eur J Clin Nutr.* 1994; 48: 567-74.
3. González-Cossío T, Habicht JP, Rasmussen KM, Delgado HL. Impact of food supplementation during lactation on infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breast-fed. *J Nutr* 1998; 128: 1692-702. www.nutrition.org/cgi/content/full/128/10/1692.
4. Prentice AM, Roberts SB, Prentice A, Paul AA, Watkinson M, Watkinson AA, Whitehead RG. Dietary supplementation of lactating Gambian women. I. Effect on breast-milk volume and quality. *Hum Nutr Clin Nutr* 1983; 37: 53-64.
5. Sowers M, Corton G, Shapiro B, Jannausch ML, Crutchfield M, Smith ML et al. Changes in bone density with lactation. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 3130-5.
6. Sowers M; Randolph J; Shapiro B; Jannausch M. A prospective study of bone density and pregnancy after an extended period of lactation with bone loss. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 285-9.
7. Prentice A. Maternal calcium metabolism and bone mineral status. *Am J Clin Nutr.* 2000; 71: 1312S-6S. www.ajcn.org/cgi/content/full/71/5/1312S.

8. Kalkwarf HJ, Specker BL. Bone mineral changes during pregnancy and lactation. *Endocrine* 2002; 17: 49-53.
9. Eisman J. Relevance of pregnancy and lactation to osteoporosis. *Lancet* 1998; 352: 504-5.
11. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride. Washington: National Academy Press, 1997. www.nap.edu/catalog/5776.html
12. Aloia JF, Cohn SH, Vaswani A, Yeh JK, Yuen K, Ellis K. Risk factors for postmenopausal osteoporosis. *Am J Med* 1985; 78: 95-100.
13. Feldblum PJ, Zhang J, Rich LE, Fortney JA, Talmage RV. Lactation history and bone mineral density among perimenopausal women. *Epidemiology* 1992; 3: 527-31.
14. Melton LJ 3rd, Bryant SC, Wahner HW, O'Fallon WM, Malkasian GD, Judd HL, Riggs BL. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int*. 1993; 3: 76-83.
15. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 684-91.
16. Leis R, Tojo R, Pavon P, Douwes A. Prevalence of lactose malabsorption in Galicia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 25: 296-300.
17. La vitamina B12. www.unionvegetariana.org/b12.html
18. Neurologic impairment in children associated with maternal dietary deficiency of cobalamin—Georgia, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 61-4 www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5204a1.htm
19. Mangels AR, Messina V. Considerations in planning vegan diets: infants. *J Am Diet Assoc*. 2001; 101: 670-7.
20. Grange DK, Finlay JL. Nutritional vitamin B12 deficiency in a breast-fed infant following maternal gastric bypass. *Pediatr Hematol Oncol* 1994; 11: 311-8.
21. Dusdieker LB, Booth BM, Stumbo PJ, Eichenberger JM. Effect of supplemental fluids on human milk production. *J Pediatr* 1985; 106: 207-11.
22. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breast-feeding. *Pediatrics* 1990; 86: 737-40.
23. Morse JM, Ewing G, Gamble D, Donahue P. The effect of maternal fluid intake on breast milk supply: a pilot study. *Can J Public Health* 1992; 83: 213-6.
24. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behavior. *Pediatrics*. 1991; 88: 737-44.
25. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington: National Academy Press, 2001 <http://www.nap.edu/catalog/10026.html>
26. Joint FAO/WHO expert consultation. Human Vitamin and Mineral Requirements. Chapter 13, Iron. FAO, Roma, 2002 <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/Vitrni/vitrni.html>
27. Zeiger RS. Food Allergen Avoidance in the Prevention of Food Allergy in Infants and Children. *Pediatrics* 2003; 111: 1662-71. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/S2/1662>.
28. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic Infant Formulas. *Pediatrics* 2000; 106: 346-9.
29. Herrmann ME, Dannemann A, Gruters A, Radisch B, Dudenhausen JW, Bergmann R et al. Prospective study of the atopy preventive effect of maternal avoidance of milk and eggs during pregnancy and lactation. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 770-4.
30. Hattevig G, Kjellman B, Sigurs N, Bjorksten B, Kjellman NI. Effect of maternal avoidance of eggs, cow's milk and fish during lactation upon allergic manifestations in infants. *Clin Exp Allergy* 1989; 19: 27-32.
31. Sigurs N, Hattevig G, Kjellman B. Maternal avoidance of eggs, cow's milk, and fish during lactation: effect on allergic manifestations, skin-prick tests, and specific IgE antibodies in children at age 4 years. *Pediatrics* 1992; 89: 735-9.
32. Hattevig G, Sigurs N, Kjellman B. Effects of maternal dietary avoidance during lactation on allergy in children at 10 years of age. *Acta Pædiatr* 1999; 88: 7-12.
33. Dusdieker LB, Hemingway DL, Stumbo PJ. Is milk production impaired by dieting during lactation? *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 833-40.
34. Lovelady CA, Garner KE, Moreno KL, Williams JP. The effect of weight loss in overweight, lactating women on the growth of their infants. *N Engl J Med*. 2000; 342: 449-53.
35. Lovelady CA, Whitehead RA, McCrory MA, Nommsen-Rivers LA, Mabury S, Dewey KG. Weight change during lactation does not alter the concentrations of chlorinated organic contaminants in breast milk of women with low exposure. *J Hum Lact* 1999; 15: 307-15.
36. McCrory MA, Nommsen-Rivers LA, Mole PA, Lonnerdal B, Dewey KG. Randomized trial of the short-term effects of dieting compared with dieting plus aerobic exercise on lactation performance. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 959-67. www.ajcn.org/cgi/content/full/69/5/959.
37. Motil KJ, Sheng HP, Montandon CM. Case report: failure to thrive in a breast-fed infant is associated with maternal dietary protein and energy restriction. *J Am Coll Nutr* 1994; 13: 203-8.

Mesa Redonda: Cuidados de la salud materna durante la lactancia

Requerimientos de yodo en la madre lactante

J. ARENA ANSÓTEGUI

Pediatra Neonatólogo, Hospital Donostia. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Coordinador Nacional del Programa de Salud Materno-Infantil de UNICEF

INTRODUCCIÓN

La Yododeficiencia es un problema de ámbito mundial y su erradicación es una prioridad también mundial en Salud Pública por sus consecuencias sobre el desarrollo cerebral de los niños que nacen en zonas deficitarias en yodo, ya que “cualquier grado de deficiencia (leve, moderada o severa) afecta a la función tiroidea de la madre gestante y al desarrollo cerebral de su hijo”.

El Yodo es un elemento esencial e indispensable para la salud del hombre y los animales, por ser necesario para la síntesis de las hormonas tiroideas, las cuales juegan un papel fundamental en el metabolismo de la mayor parte de las células y en el proceso de crecimiento y desarrollo de todos los órganos, especialmente del cerebro.

El cerebro humano se desarrolla durante la vida prenatal y primera infancia, y una deficiencia de hormonas tiroideas de cualquier origen en esos períodos de la vida puede afectarle de forma negativa e irreversible, de manera tanto más severa cuanto más precozmente ocurra.

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE YODO

En 1983, Hetzel introduce un concepto novedoso: la ingesta insuficiente de yodo se manifiesta por una serie de problemas, a los que llamó genéricamente Trastornos por Deficiencia de Yodo (TDY), cuyas características dependerán de la intensidad del déficit y del momento de la vida en que se produzca,

Los TDY muestran la repercusión de la hipotiroxinemia sobre el crecimiento y desarrollo humano (Tabla I).

Las necesidades de yodo varían a lo largo de la vida, y proporcionalmente son mayores en la edad infantil. La dosis mínima de yodo recomendada es de tan solo 90 µg/día desde el nacimiento hasta los 6 años, 120 µg/día de los 6 a los 12 años, 150 µg/día en la edad adulta, y 250-300 µg/día durante el embarazo y la lactancia. Las necesidades del prematuro se calculan en 30 µg/Kg de peso/día.

La cantidad de yodo necesario para toda una vida es de tan solo unos 4 g pero es preciso ingerirlo diariamente porque no podemos almacenarlo en el organismo.

Estas necesidades no están garantizadas con la dieta y es preciso consumir alimentos enriquecidos con yodo durante toda la vida, y además, durante el embarazo y la lactancia es necesario suplementar la dieta con al menos 200 µg de yodo al día en forma de Yoduro potásico (IK).

Las necesidades del niño alimentado de forma exclusiva con leche materna deben ser garantizadas por la propia leche de su madre. Con una ingesta de leche de 150-200 ml por kilo de peso y día, la concentración de yodo en la leche deberá ser de al menos 100 µg/L para aportar los 90 µg/Kg/día de yodo que necesita el niño.

La concentración de yodo en la leche materna depende fundamentalmente de la ingesta, aunque la glándula mamaria tiene capacidad de realizar una excreción activa y aumentar su concentración intentando garantizar un aporte adecuado incluso en situaciones de yododeficiencia.

Para conseguir una concentración de yodo en la leche materna superior a 100 mg/L la OMS estima unas necesidades de yodo para la mujer lactante de al menos 250 mg al día, pero estas necesidades especiales no están garantizadas con los alimentos enriquecidos con yodo, como la sal yodada, y recomienda que la mujer lactante reciba un suplemento extra de al menos 200 µg de yodo al día en forma de IK con un preparado farmacológico. Tal recomendación se basa en estudios epidemiológicos y se hace independientemente de otras fuentes de yodo que pudieran existir, como la sal yodada, el consumo mayor o menor de pescado marino o de lácteos, con la tranquilidad de que ingestas inferiores a 1.000 µg de yodo al día están libres de efectos secundarios.

ENSAYO CLÍNICO

Con el objetivo de identificar el suplemento de yodo que necesita la madre lactante para garantizar el aporte recomendado de yodo al niño de 0 a 6 meses (90-110 mg/día) se ha diseñado un ensayo clínico a realizar mujeres lactantes y sanas de nuestro hospital que vengo a presentar y que de forma resumida expongo a continuación.

El estudio será aleatorizado, paralelo con evaluación ciega.

TABLA I. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE YODO (TDY).

Feto	Neonato
Abortos	Bocio neonatal
Fetos muertos	Hipotiroidismo neonatal
Anomalías congénitas	
Aumento de la mortalidad perinatal	Infancia y adolescencia
Aumento de la mortalidad infantil	Bocio
Cretenismo neurológico: Déficit mental	Hipotiroidismo juvenil
Sordera y sordomudez	Alteración del desarrollo intelectual
Diplejía espástica	Retraso del desarrollo físico
Estrabismo	
Cretenismo mixedematoso: Enanismo	Adulto
Déficit mental	Bocio con sus complicaciones
Hipotiroidismo	Hipotiroidismo
Aspecto mixedematoso	Alteración de la función intelectual
Defectos psicomotores y debilidad mental	Hipertiroidismo inducido por yodo

Se asumen los siguientes supuestos

1. Las necesidades de yodo entre el nacimiento y los 6 meses son de 90-110 mg/día
2. La única fuente de yodo para el niño con lactancia materna exclusiva es la leche de su madre, que deberá tener una concentración de yodo >100 mg/Litro
3. La concentración de yodo en la leche depende de la ingesta materna. La ingesta mínima recomendada durante toda la lactancia es de 250 mg al día.
4. El mejor indicador de la ingesta de yodo es la yoduria.
5. Como fuentes naturales de yodo para la madre es necesario tener en cuenta el consumo de pescado marino y leche.

Material y métodos

Se crearán 3 grupos 30 madres cada uno que recibirán de forma aleatoria un suplemento de 200, 300 ó 400 mg de yodo al día en forma de IK con el desayuno.

Las madres habrán sido seleccionadas en la Unidad de Fisiopatología Fetal de nuestro hospital.

Se realizará una encuesta nutricional valorando el consumo de pescado marino y de leche.

La duración del estudio será de 6 meses.

Condiciones de inclusión:

- Madre:
1. Embarazo sin patología
 2. Consumo habitual de sal yodada y haber recibido un suplemento de al menos 175 mg de yodo al día durante la gestación.

3.No fumadora.

4.Ha decidido lactar a su hijo y acepta participar en el ensayo.

- Hijo:
1. Recién nacido a término, sano y con un peso superior a 2.500 g.
 2. Alimentado exclusivamente con leche materna.

Controles analíticos y clínicos

La variable principal de valoración será la yoduria del niño lactante con un rango óptimo de mediana entre 150 y 200 mg/L.

Las determinaciones de la yoduria se llevarán a cabo de forma centralizada en el Laboratorio Normativo de Salud Pública y las pruebas de función tiroidea en el laboratorio de nuestro propio hospital.

- Madre:
1. Anteparto, en la Unidad de Fisiopatología fetal: TSH, FT4 y yoduria
 2. Posparto: TSH, FT4, yoduria (mg/L y mg/g Cr), y yodo en la leche, al mes y a los 3 meses.
 3. Encuesta nutricional sobre consumo de pescado/sem. y leche en cada revisión.

- Hijo:
1. Recién nacido: TSH y TT4 en el cribado neonatal del hipotiroidismo congénito a las 48 h. de vida.
 2. TSH, FT4 y yoduria, al mes y a los 3 meses.
 3. Peso, Longitud y PC, al mes y a los 3 meses

Mesa Redonda: Cuidados de la salud materna durante la lactancia

Manejo de problemas endocrinológicos más frecuentes durante la lactancia

P. SERRANO AGUAYO

Médica endocrinóloga. IBCLC (Internacional Board Certified Lactation Consultant)

PROLACTINOMA

Prolactinoma es un tumor hipofisario, de naturaleza benigna, productor de prolactina. Los síntomas que produce dependen de su expansión hacia estructuras vecinas (cefalea, defectos visuales por afectación del quiasma óptico, parálisis de pares craneales, trombosis del seno cavernoso, déficits de otras hormonas hipofisarias), y de la acción de la prolactina en exceso (hipogonadismo e infertilidad, galactorrea). Su prevalencia se estima en 500 casos por millón de habitantes, y es 4 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se presentan con mayor inciden-

cia en la 3ª y 4ª décadas de la vida. Dependiendo de su tamaño, se clasifican en microprolactinomas (menos de 10 mm) y macroprolactinomas (más de 10 mm). El eficaz tratamiento de la hiperprolactinemia restaura la fertilidad, por lo que es de especial interés el manejo del prolactinoma durante el embarazo y la lactancia.

Los pobres resultados de la cirugía en este tipo de tumores, y la eficacia de los fármacos con acción agonista de dopamina, han hecho de los segundos el tratamiento de elección. Estos no solo normalizan los niveles de prolactina en la mayoría de los

casos, sino que además pueden disminuir el tamaño del tumor. Se aconseja, una vez conocida la existencia de embarazo, interrumpir el tratamiento dopaminérgico y continuar solo con vigilancia clínica.

Durante el embarazo, las **mujeres sanas** experimentan un aumento del tamaño de la hipófisis de un 136%¹, aumento que es máximo inmediatamente tras el parto, y un incremento de prolactina, con niveles medios de 250 ng/ml, hasta 450 en algunos casos. Estos niveles caen tras el parto y se mantienen ligeramente elevados durante la lactancia.

Teóricamente, el embarazo podría promover el crecimiento de un tumor existente previamente, por acción de los estrógenos elevados durante el mismo. En la práctica lo que ocurre es:

Microprolactinomas

1,6 a 2,4% de las pacientes manifiestan síntomas relacionados con crecimiento tumoral (cefalea), aunque en algunas más (4,5%) puede demostrarse, con técnicas de imagen, un crecimiento asintomático^{2,3}. El tratamiento de elección en caso de que haya síntomas de crecimiento tumoral es bromocriptina. Debido al bajo riesgo de crecimiento del microprolactinoma durante el embarazo no es necesario realizar pruebas de imagen ni oftalmológicas en todos los casos. Tan solo si la paciente refiere síntomas que sugieran crecimiento tumoral.

Macroprolactinomas

El 37% de los casos presentan síntomas de crecimiento tumoral (cefalea por lo general, y solo en algunos casos, cambios visuales), un 17% adicional puede presentar crecimiento tumoral asintomático, demostrable mediante pruebas de imagen. Un 34% de las pacientes pueden experimentar reducción del tumor². El tratamiento con bromocriptina durante 12 meses previos al embarazo reduce la posibilidad de crecimiento tumoral prácticamente a 0, así como haber tenido cirugía o radioterapia hipofisarias previas^{2,4}. En la mayoría de los casos, los síntomas de crecimiento se resuelven con tratamiento con bromocriptina, aunque en algunos casos es necesaria la cirugía hipofisaria. Se recomienda estrecha vigilancia clínica durante el embarazo, y realizar pruebas de imagen y visuales en caso de que se presenten síntomas que sugieran crecimiento tumoral, que de confirmarse puede tratarse con bromocriptina, reservándose la cirugía para los casos que no respondan a este tratamiento. Determinadas localizaciones tumorales pueden hacer aconsejable el uso ininterrumpido de bromocriptina, desde el inicio del embarazo, sin esperar a que aparezcan síntomas de mayor crecimiento tumoral.

Evolución de las pacientes con prolactinomas tras el embarazo

Tras el embarazo es frecuente que haya una disminución, con respecto a niveles previos al embarazo o incluso normalización, de los niveles de PRL (en el 60% de los microprolactinomas y en el 72% de los macroprolactinomas)^{5,6}. En un 11% adicional ocurre la curación del tumor (normalización de prolactina y recuperación de las reglas). La reducción o desaparición del tumor ocurre en un 27-35% de los casos^{2,7}.

La medición de PRL no es útil para el seguimiento del micro ni del macroprolactinoma durante el embarazo.

La **lactancia**, era una preocupación con respecto al posible crecimiento tumoral, puesto que la succión estimula la liberación de prolactina (lo cual no implica que también estimule el crecimiento tumoral, ni que la prolactina liberada provenga de las células tumorales, sino que podría venir de las lactotropas sanas). Por otro lado, la situación de hipoestrogenemia propia de la lactancia, podría suponer una ventaja. No hay evidencia de que el amamantamiento suponga un riesgo de crecimiento tumoral mayor que el de los estrógenos del embarazo. Debería promoverse el amamantamiento en todos los casos de prolactinoma. En aquellos que hayan presentado complicaciones durante el embarazo, se debe hacer un estrecho seguimiento, pero sin contraindicar la lactancia inicialmente. En el caso de que se presente compresión de quiasma óptico u otras estructuras vecinas entonces se recomendará iniciar tratamiento con un agonista dopaminérgico, lo que tendrá como efecto secundario la supresión de la lactancia materna.

DIABETES MELLITUS

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica debida a una deficiencia, absoluta o relativa, de insulina, cuya característica más notable es la elevación de glucosa en sangre, pero que también afecta al metabolismo de los demás principios inmediatos. Se clasifica en tres tipos fundamentales: tipo 1, 2, y diabetes gestacional. La tipo 1, más frecuente en personas jóvenes, curso con deficiencia de insulina, y es de carácter autoinmune. Requiere tratamiento con insulina. La tipo 2 es más frecuente en personas de más edad, generalmente se asocia a obesidad, y cursa con resistencia a insulina. Puede tratarse con antidiabéticos orales, aunque a la larga puede requerir insulina. La diabetes gestacional, se presenta durante el embarazo y desaparece inmediatamente tras el parto, si bien parte de las mujeres que la han padecido, pueden sufrir diabetes tipo 2 más adelante.

Los conocidos beneficios de la lactancia, son de particular interés en hijos de mujeres con Diabetes mellitus, tanto tipo 1 como 2, puesto que se ha documentado una reducción en la incidencia de estas enfermedades en personas con susceptibilidad genética aumentada⁸⁻¹⁴. La mayor duración de la lactancia también ofrece protección frente a Diabetes tipo 2 a las madres¹⁵. Además es de considerar el deseo de amamantar de la madre, que merece disfrutar de una opción de salud, como es el amamantamiento, en el contexto de la sobrecarga que supone una enfermedad crónica.

Las mujeres diabéticas están capacitadas para amamantar a sus hijos, como el resto de mujeres.

Fármacos:

- Insulina: es un péptido grande que no pasa a leche, y aunque lo hiciera, sería destruido en el tracto gastrointestinal del niño¹⁶. No supone ningún riesgo para el niño.
- Antidiabéticos orales:

* Sulfonilureas (clorpropamida, glibenclamida o gliburida, glimepirida, gliclazida, glipizida, gliquidona, glisentida). Tolbutamina, se considera segura, y la AAP la incluye en la lista de medicamentos compatibles con la lactancia¹⁷. Glibenclamida (o Gliburida) y Glipizida, no pasan significativamente a leche, ni se han producido hipoglucemias en los niños estudiados. Por tanto se considera también compatible con la lactancia¹⁸. Sobre glimepirida no hay datos en humanos,

pero estudios en roedores han demostrado transferencia a leche de forma significativa, y niveles plasmáticos elevados en las crías. Por tanto, mejor evitarla. No hay datos respecto a las restantes.

- * Tiazolidinedionas (pioglitazona y rosiglitazona) No hay datos en humanos.
- * Meglitinidas (repaglinida y nateglinida). No hay datos en humanos. Los estudios en animales sugieren que pueden pasar a leche e inducir hipoglucemia en la cría.
- * Biguanidas. Metformina se considera segura. Pasa a leche en cantidad clínicamente insignificante¹⁹⁻²¹.

Consideraciones en el manejo de la diabetes durante la lactancia

La frecuencia de complicaciones en el parto de pacientes diabéticas está aumentada cuando la diabetes está mal controlada. Pero incluso en pacientes bien controladas, el excesivo intervencionismo médico conlleva un aumento de complicaciones. La mayoría de las pacientes, independientemente de su grado de control metabólico, tienen un parto inducido, lo que se asocia a mayor tasa de partos instrumentados y cesáreas. Frecuentemente el recién nacido es separado de su madre, e ingresado en una unidad neonatal, muchas veces, solo para observación. A menudo al recién nacido recibe suero glucosado o fórmula artificial para evitar una posible hipoglucemia (cuya incidencia está aumentada en hijos de diabéticas, especialmente si no tenían un buen control metabólico), obviando el primer paso en la prevención de la misma, que es el amamantamiento frecuente y el contacto piel con piel. Todo ello lleva a una demora de la primera puesta al pecho, que es el factor más importante para el éxito de la lactancia, también en mujeres diabéticas²². En definitiva, las madres diabéticas tienen mayores problemas al inicio de la lactancia que las madres no diabéticas, por cuestiones ajenas a la diabetes, y sus lactancias podrían facilitarse posibilitando las circunstancias que requiere cualquier pareja madre-hijo. La diabetes en sí, no supone un obstáculo para la lactancia materna, y los factores que se asocian a un fracaso de la lactancia son los mismos que en mujeres no diabéticas²³. Junto con la información general sobre lactancia que la madre debería recibir en el embarazo, podría resultar útil añadir información acerca de lactancia en caso de cesárea y de separación del recién nacido.

La excreción de lactosa en orina (lacto zurria) es un hecho al final del embarazo y primeros días postparto, hasta que el niño toma una buena cantidad de leche, y también cuando la producción de leche excede lo que el niño toma. Puede llevar a error diagnóstico en mujeres diabéticas, al ser detectada como glucosa en orina²⁴.

Las necesidades de insulina disminuyen con respecto a las previas al embarazo²⁵, por lo que es importante prestar atención a los controles de glucemia capilar, ajustar la dosis de insulina y hacer ajustes en la dieta. Resulta práctico advertir a la madre que disponga de un tentempié para poder tomar cuando note síntomas de hipoglucemia, que suele presentarse durante las tomas o poco después de ellas.

La dieta de la madre lactante diabética debe contemplar el aumento de requerimientos de nutrientes, como en cualquier otra mujer lactante. El reparto de alimentos a lo largo del día es importante, para anticipar las posibles hipoglucemias, que son más fre-

cuentes durante las tomas del niño, o poco después de ellas, lo que también requiere ajustes en la dosis de insulina. El inicio de la alimentación complementaria y el destete requieren nuevos ajustes en la dieta y la insulina, que deben hacerse individualmente.

La lactogénesis y la subida de la leche pueden retrasarse, por factores independientes de la demora de la primera puesta al pecho y de la succión menos frecuente^{26,27}.

La diabetes predispone a padecer infecciones, entre ellas las ocasionadas por hongos. Se dice que las madres diabéticas tienen predisposición para padecer con más frecuencia mastitis²⁸ y candidiasis mamarias²⁹, aunque este aspecto requiere confirmación.

ALTERACIONES DEL TIROIDES

Hipertiroidismo

Los síntomas de la hiperfunción tiroidea son ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, debilidad, palpaciones, taquicardia, insomnio, temblor, calor, disminución de peso...

El tratamiento con antitiroideos, propiltiouracilo y metimazol, se considera seguro durante la lactancia³⁰. Son fármacos que pasan a leche en escasa cantidad^{31,32}. La función tiroidea y el desarrollo intelectual de los niños permanecen normales durante el tratamiento de sus madres con estos fármacos^{33,34}. Incluso cuando la madre llega a estar hipotiroidea a causa de estos fármacos, la función tiroidea en el niño permanece normal³⁵.

Hipotiroidismo

Los síntomas típicos de hipotiroidismo son cansancio, somnolencia, sensación de frío, estreñimiento, anemia. En hipotiroidismo de intensidad moderada o leve, pueden pasar desapercibidos, ya que son muy inespecíficos. En el puerperio puede confundirse con depresión postparto, o simplemente con cansancio atribuido al parto o a la crianza de un recién nacido. En la mujer lactante, además de todo lo anterior puede producir una disminución de la producción de leche, a veces como único síntoma³⁶. Por ello, ante sospecha de hipogalactia verdadera, se debe descartar la presencia de hipotiroidismo.

El tratamiento consiste en la administración de tiroxina sódica a dosis sustitutivas, que permiten a la madre tener niveles normales de hormonas tiroideas. La hormona tiroidea está presente en leche de mujeres sanas en pequeñas cantidades^{37,38}. Su administración exógena también permite este paso a leche, también en cantidades pequeñas, tan pequeñas, que no bastarían para tratar a un niño que sufriera hipotiroidismo. Por tanto el tratamiento con tiroxina a dosis sustitutivas se considera seguro durante la lactancia.

Es importante recordar que las mujeres con hipotiroidismo frecuentemente requieren un aumento de la dosis de tiroxina habitual durante el embarazo, y una disminución a la dosis previa al embarazo, una vez finalizado el parto. Se recomienda volver a la dosis previa a embarazo tras el parto, sin esperar a hacer determinación de niveles de hormonas, y después ir ajustando la dosis en función de determinaciones sucesivas.

Enfermedad tiroidea de inicio en el postparto

La tratamos aparte, ya que con frecuencia, mujeres sin enfermedad tiroidea previamente conocida pueden desarrollarla en el

postparto, con efectos sobre su salud y la de su hijo, y es importante tener en cuenta su diagnóstico y tratamiento.

- *Tiroiditis postparto*. Se considera una variante de la tiroiditis de Hashimoto que se presenta dentro del primer año tras el parto. Afecta a un 3-16% de mujeres³⁹, y hasta un 25% de mujeres con Diabetes mellitus tipo 1⁴⁰. El curso es variable. Puede haber una fase de hipertiroidismo transitorio (no siempre presente), a veces seguida de hipotiroidismo transitorio, o más raramente permanente. También puede presentarse con estas fases en mujeres con hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto previa, y en tratamiento con tiroxina, si queda algo de tiroides no destruido. La mayoría de las mujeres no necesita tratamiento. Solo las que tengan síntomas más prominentes de hipertiroidismo requerirán tratamiento sintomático, solo con betabloqueantes (propranolol, labetalol o metoprolol) todos ellos compatibles con la lactancia^{17,41} y sin anti-tiroideos. Las que tengan hipotiroidismo sintomático, o que asocie problemas con la producción de leche, se tratarán con tiroxina, de forma transitoria o permanente, según el curso de la enfermedad.

- *Enfermedad de Graves de inicio en el postparto*. El hipertiroidismo suele ser más sintomático que en la tiroiditis postparto, con niveles hormonales más altos, mayor agrandamiento de la glándula tiroides, y puede acompañarse de oftalmopatía de Graves, ausente en la tiroiditis. La diferenciación entre estas dos entidades no es fácil inicialmente, y puede hacerse reevaluando a la paciente en tres o cuatro semanas. El hipertiroidismo de la tiroiditis suele haber mejorado, mientras que en la enfermedad de Graves no habrá cambios o habrá empeorado. Los niveles de anticuerpos estimulantes del tiroides (TSI) están aumentados en la enfermedad de Graves, pero no en la tiroiditis.

HIPOPITUITARISMO

Se trata de un déficit total o parcial de la función de la glándula hipofisaria. Hay múltiples causas, aunque solo revisaremos las que se presentan típicamente después del parto.

Síndrome de Sheehan

Se llama así al infarto de la glándula tiroides debido a una pérdida importante de sangre durante o tras el parto⁴². A pesar del mayor control obstétrico que hay en nuestro medio, siguen presentándose casos. Puede reconocerse en los primeros días tras el parto por síntomas como letargia, anorexia, pérdida de peso y agalactia. Más adelante no se recupera la menstruación, hay pérdida de vello corporal. Existen formas menos severas que pueden no reconocerse hasta pasados varios años. Se han descrito casos que conservan algunas de las hormonas producidas por la hipófisis. Pero el déficit de prolactina es constante.

Hipofisitis linfocitaria

Es una enfermedad rara que se caracteriza por una infiltración linfocítica de la hipófisis, seguida de una destrucción de las células hipofisarias. La mayoría de los casos se presentan al final del embarazo o en el postparto⁴³. Los síntomas son cefalea y déficit de función hipofisaria; las hormonas más frecuentemente deficitarias son ACTH y TSH. A veces se presenta hiperprolactinemia.

Cuando hay déficit de prolactina u oxitocina, la lactancia materna no es posible. El resto de déficits hormonales pueden ser tra-

tados mediante hormonas sustitutivas. Puede que en un futuro, cuando la lactancia materna reciba al fin la consideración que merece, dispongamos de prolactina sintética para tratamiento de las mujeres carentes de ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dinc H, Esen F, Demirci A, Sari A, Resit Gumele H. Pituitary dimensions and volume measurements in pregnancy and postpartum MR assessment. *Acta Radiol* 1998; 39: 64-69.
2. Musolino NRC, Bronstein MD. Prolactinomas and Pregnancy. In: Bronstein MD (ed.), *Pituitary Tumors in Pregnancy*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 2001, pp. 91-108.
3. Molitch ME. Pregnancy and the hyperprolactinemic woman. *N Engl J Med* 1985; 312: 1364-1370.
4. Holmgren U, Bergstrand G, Hagenfeldt K, Werner S. Women with prolactinoma—effect of pregnancy and lactation on serum prolactin and on tumour growth. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1986; 111: 452-459.
5. Molitch ME. Pituitary diseases in pregnancy. *Semin Perinatol* 1998; 22: 457-470.
6. Crosignani PG, Mattei AM, Severini V, Cavioni V, Maggioni P, Testa G. Long-term effects of time, medical treatment and pregnancy in 176 hyperprolactinemic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 44: 175-180.
7. Badawy SZ, Marziale JC, Rosenbaum AE, Chang JK, Joy SE. The long-term effects of pregnancy and bromocriptine treatment on prolactinomas—the value of radiologic studies. *Early Pregnancy* 1997; 3: 306-311.
8. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994; 17: 13-19.
9. Kostraba JN, Cruickshanks KJ, Lawler-Heavner J, et al. Early exposure to cow's milk and solid foods in infancy, genetic predisposition, and the risk of IDDM. *Diabetes*. 1993; 42: 288-295.
10. Pettit DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet*. 1997; 350: 166-168.
11. Perez-Bravo E, Carrasco E, Guitierrez-Lopez MD, Martinez MT, Lopez G, de los Rios MG. Genetic predisposition and environmental factors leading to the development of insulin-dependent diabetes mellitus in Chilean children. *J Mol Med*. 1996; 74: 105-109.
12. Malcova H, Sumnik Z, Drevinek P, Venhacova J, Lebl J, Cinek O. Absence of breast-feeding is associated with the risk of type 1 diabetes: a case-control study in a population with rapidly increasing incidence. *Eur J Pediatr*. 2005 Oct 7; : 1-6.
13. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr*. 2005 Oct; 24(5): 320-6.
14. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev*. 2004 Mar-Apr; 20(2): 150-7.
15. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005 Nov 23; 294(20): 2601-10.
16. Hale TW. *Medications and Mother's milk*. 12th edition. Amarillo: Pharmasoft publishing. 2006
17. *The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk*. American academy of pediatrics. Committee on Drugs. *Pediatrics* Vol. 108(3) 2001: 776-789.
18. Feig DS, Briggs GG, Kraemer JM, et al. Transfer of glyburide and glipizide into breast milk. *Diabetes Care*. 2005; 28(8): 1851-5.
19. T. W. Hale, J. H. Kristensen, L. P. Hackett et al. Transfer of metformin into human milk. *Diabetologia* 2002; 45: 1509-1514.

20. Gardiner SK, Kirkpatrick CM, Begg EJ et al. Transfer of metformin into human milk. *Clin Pharmacol Ther* 2003; 73(1): 71-77.
21. Briggs GG, Ambrose PJ, Nageotte MP, et al. Excretion of metformin into breast milk and the effect on nursing infants. *Obstet Gynecol* 2005 Jun; 105(6): 1437-41.
22. Wichelow MJ, Doddridge MC. Lactation in diabetic women. *Br Med J* 1983; 287: 649.
23. Stage E, Norgard H, Damm P, Mathiesen E. Long-Term Breast-Feeding in Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 29: 771-774, 2006.
24. Siemiatycki J, Colle E, Campbell S et al. Case-control study of IDDM. *Diabetes Care* 12: 209, 1989.
25. Davies, H. et al. Insulin requirements of diabetic women who breastfeed. *BMJ* 1989; 298 (6684): 1357-58.
26. Neubauer, S. et al. Delayed lactogenesis in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 1993 Jul; 58(1): 54-60.
27. Hartmann P, Cregan M. Lactogenesis and the effects of insulin-dependent diabetes mellitus and prematurity. *J Nutr.* 2001 Nov; 131(11): 3016S-20S.
28. Gagne M, Leff EW, Jefferis SC, et al. The breastfeeding experience of women with type 1 diabetes. *Health Care women Int* 1992; 13: 249-60.
29. Buchanan TA, Unterman TG, Metzger BE. Medical management of diabetes in pregnancy. *Clinical perinatol* 1985; 12: 625.
30. Cooper D. S. Drug Therapy: Antithyroid Drugs. *N Engl J Med* 2005; 352: 905-917.
31. Momotani N, Yamashita R, Makino F, et al. Thyroid function in wholly breast-feeding infants whose mothers take high doses of propylthiouracil. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2000 Aug; 53(2): 177-81.
32. Azizi F, Khoshniat M, Bahrainian M, et al. Thyroid function and intellectual development of infants nursed by mothers taking methimazole.
33. Azizi F, Bahrainian M, Khamseh ME, et al. Intellectual development and thyroid function in children who were breast-fed by thyrotoxic mothers taking methimazole. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2003 Dec; 16(9): 1239-43.
34. Azizi F, Hedayati M Thyroid function in breast-fed infants whose mothers take high doses of methimazole. *J Endocrinol Invest.* 2002 Jun; 25(6): 493-6.
35. Azizi F. Thyroid function in breast-fed infants is not affected by methimazole-induced maternal hypothyroidism: results of a retrospective study. *J Endocrinol Invest.* 2003 Apr; 26(4): 301-4.
36. Miyake A, Tahara M, Koike K, et al. Decrease in neonatal suckled milk volume in diabetic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 33: 49.
37. Mizuta H, Amino N, Ichihara K, et al. Thyroid hormones in human-milk and their influence on thyroid function of breast-fed babies. *Pediatr Res.* 1983; 17: 468-471.
38. van Wassenaer A, Stulp M, Valianpour F, et al. The quantity of thyroid hormone in human milk is too low to influence plasma thyroid hormone levels in the very preterm infant. *Clinical Endocrinology* 2002; 56, 621-627.
39. Gerstein HC. How common is postpartum thyroiditis? A methodologic overview of the literature. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1397.
40. Alvarez-Marfany M, Roman S, Drexler A, et al. Long-term prospective study of postpartum thyroid dysfunction in women with insulin dependant diabetes mellitus.
41. Atkinson H, Begg EJ. Concentration of beta-blocking drugs in human milk. *J Pediatr.* 1990; 116: 156.
42. Hanaoka I. Sheehan's syndrome. *Nippon Rinsho.* 2006; 28; Suppl 1: 33-6.
43. Thodou E, Asa SL, Kontogeorgos G, et al. Clinical case seminar: lymphocytic hypophysitis: clinicopathological findings. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995; 80(8): 2302-11.

Mesa Redonda: Cuidados de la salud materna durante la lactancia

Medicinas alternativas y complementarias y lactancia materna

J. GONZÁLEZ DE DIOS

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

El término medicinas alternativas y complementarias (MAC) fue introducido en Estados Unidos en 1999 y, pese a la objeción de que incluye bajo una designación única sistemas asistenciales tan distintos, es la denominación más aceptada. Estas medicinas no convencionales englobadas como MAC lo único que tienen en común es que no se enseñan en las Facultades de Medicina y, por tanto, no están incluidas en la medicina "científica" u "oficial". Pero la característica principal de las MAC es su extraordinaria diversidad, pues armonizan un amplio espectro de enfo-

ques del cuidado de la salud, entre los que se incluyen algunas medicinas que son claramente "alternativas" (ya que las bases teóricas y terapéuticas que aplican no tienen ningún punto en común con las de la medicina convencional, como la homeopatía, acupuntura, medicina tradicional china o medicina ayurvédica) y otras que son "complementarias" (pues carecen de un cuerpo doctrinal propio y la mayoría de los que las utilizan no ponen en cuestión la medicina oficial, como la medicina naturista, macrobiótica, fitoterapia, masaje, reflexoterapia o chiropraxis)¹⁻³.

Entramos en el siglo XXI, momento en el que la medicina es casi omnipotente con su revolución tecnológica y en donde se han producido éxitos y avances espectaculares, con la paradoja del aumento de practicantes y consumidores de MAC en los países industrializados. La primera evidencia del amplio uso de las MAC fue señalada en 1993 por Eisenberg et al⁴, quien ya indicaba unas cifras de utilización de un 34% entre la población de Estados Unidos, porcentaje que aumentó al 42% en un nuevo estudio efectuado seis años después⁵. Hace dos años el *Centers for Disease Control and Prevention* constató que se mantienen esos porcentajes (un 36% de los adultos han utilizado alguna de las MAC) y éste es un fenómeno que se observa en todo el mundo occidental.

Se han esgrimidos distintas **razones** para explicar este fenómeno del importante uso de las MAC¹⁻³: la creencia en el valor positivo de las terapias no convencionales; la experiencia previa de la ineficacia de las medicina convencional (principalmente ante las enfermedades crónicas, funcionales y las llamadas “enfermedades de la civilización”) y la inquietud por sus efectos adversos; la predisposición de los terapeutas de MAC a valorar y discutir los factores emocionales que coexisten en la enfermedad; la posibilidad que tiene el enfermo de adoptar un papel más activo en el tratamiento de su propia enfermedad; etc.

MEDICINA CONVENCIONAL FRENTE A MAC

Frente al enfoque *reduccionista* de la medicina convencional, la mayoría de las MAC optan por un enfoque *holístico*, en el que se considera a la persona como un todo, en continua interacción y cambio con el entorno, e integrado de aspectos físicos, psíquicos, sociales y existenciales interrelacionados. Así como la medicina convencional se centra fundamentalmente en la enfermedad, las MAC se centran en el enfermo, como una unidad de cuerpo, mente y espíritu, y en donde lo normal y lo patológico se conciben en términos de equilibrio; así mismo, las MAC promueven la responsabilidad individual en el mantenimiento de la propia salud y la creencia de que los humanos tenemos un cierto poder de autocuración (por la existencia de energías). En este sentido, es importante destacar la importancia que las MAC otorgan a las relaciones médico-paciente, algo que se encuentra en profundo cambio en todos los ámbitos de la medicina, pues se reconoce que la experiencia de una buena relación terapéutica puede facilitar la curación^{1,2}.

Frente a la medicina convencional, más dedicada a desarrollar teorías de la enfermedad (y en donde la salud sería, simplemente, una desviación de la enfermedad, la “no enfermedad”) en las MAC, en cambio, el interés se enfoca más a desarrollar teorías de la salud (y en donde la enfermedad se contempla como una desviación de la salud, la “no salud”) y mucho más allá de la simple curación (*curing*) desarrolla un proceso social mucho más complicado, la sanación (*healing*)².

Estas diferencias entre el reduccionismo de las medicinas convencionales y el holismo de las MAC ha incidido también en la investigación sobre la eficacia de las modalidades de tratamiento: mientras que la medicina convencional tiene como patrón oro el ensayo clínico aleatorizado, las MAC se centran mucho más en la validez de la experiencia terapéutica individual y, por esto, su calidad científica es más difícil de establecer debido a los sesgos

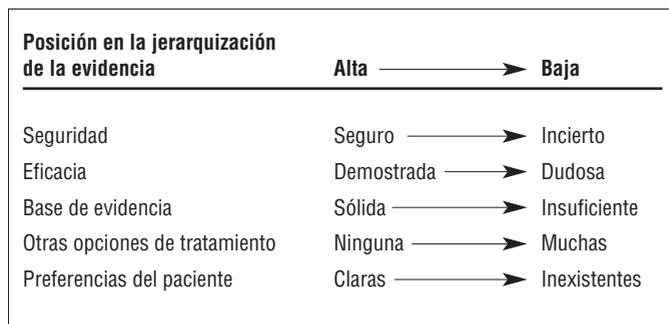


Figura 1. Un modelo de jerarquización de la evidencia para la toma de decisiones clínicas (modificado de referencia 3). Las opciones que se sitúan a la izquierda deberían ser de indicación preferente; las que aparecen a la derecha serían menos recomendables, aunque deberían ser tomadas en consideración si resultaran ser lo mejor de entre lo disponible. Dada la variabilidad de los aspectos incluidos en la jerarquización –seguridad, eficacia, evidencia, opciones de tratamiento y preferencias del paciente– los límites de estos considerados son muy amplios. La jerarquización de la evidencia consagra el valor de ésta, pero reconoce la responsabilidad del médico de ofrecer la orientación a los pacientes cuyas necesidades no se vean cubiertas mediante el estricto seguimiento de la toma de decisiones basada en pruebas.

intrínsecos, aunque se va extendiendo la opinión de que es posible (y deseable) realizar investigación con rigor metodológico.

La cuestión del método científico sigue siendo una barrera, quizá la más importante y a menudo infranqueable, para facilitar el diálogo entre la medicina convencional y las MAC. Las MAC que dicen ser tan científicas como la medicina oficial, no han podido hasta ahora aportar datos convincentes de algunos supuestos, como la existencia de los flujos de la energía Qi, en el caso de la acupuntura, el mecanismo de acción de los medicamentos infinitamente diluidos, en el caso de la homeopatía, o la compresión ósea del flujo arterial como teoría global en la osteopatía.

Las medicinas “alternativas” intentan explicar toda la complejidad de la salud y la enfermedad con un modelo de enfermar único, siendo además un modelo que rehuye la verificación y la falsación, haciendo inexpugnable sus teorías y comportándose, en ese sentido, como una religión. Las medicinas “complementarias” aceptan varios modelos de enfermar, aunque consideran el suyo como el más importante, y complementan su práctica con la medicina convencional, casi siempre de manera simultánea, con ánimo beneficiante y casi siempre prudente^{6,7}. En cualquier caso, es posible actuar conforme a la ética y practicar una MAC en base a cuatro principios básicos: buscar el mejor diagnóstico, aplicar la terapia más probada, evitar el charlatanismo y compartir los casos difíciles.

Mientras que la importancia de las pruebas científicas en la medicina moderna es indiscutible, su aplicación es a menudo cuestionable, pues en muchas afecciones no hay datos concluyentes sobre los que basar la mejor toma de decisiones. Según esto, las pruebas deberían ser una herramienta a disposición del médico y no los barrotes de una jaula para el paciente. Cuanto menor sea la opción “correcta” de tratamiento, más importante es jerarquizar la evidencia disponible en base a distintos supuestos, con el objetivo de realizar la mejor toma de decisiones³ (Fig. 1).

Es importante que la medicina basada en la evidencia (o en pruebas) sea universalmente valorada, pero siempre que los médicos reconozcamos que los pacientes no deben ser abandonados si sus necesidades sobrepasan los dictados de la misma. Quizá en algunas enfermedades, ciertas MAC en las que se consiga aplicar los principios básicos del método científico y de la bioética, puedan ser una alternativa y/o complemento a los excesivos límites de la medicina convencional.

¿SON ÚTILES LAS MAC?

Con las MAC debemos pretender, al igual que con la medicina convencional, la búsqueda de una práctica clínica adecuada en los sus tres componentes (calidad científico-técnica, calidad relacional-percibida y calidad organizativo-económica), teniendo en cuenta la variabilidad en la práctica clínica. En este contexto, y de manera simplificada, la forma más habitual de conocer la utilidad de una intervención sanitaria (en nuestro caso las MAC) es examinar su eficacia (proporcionar beneficios) y su seguridad (evitar efectos adversos)^{1,8}.

La **eficacia** se valora en medicina fundamentalmente a través del ensayo clínico aleatorizado, diseño que se considera el patrón oro en intervenciones terapéuticas, y cuyo objetivo es eliminar sesgos y factores espurios que harían relacionar erróneamente una determinada intervención médica con unos resultados beneficiosos, como serían el efecto placebo, las variaciones individuales en la historia natural de la enfermedad u otras razones no explicadas.

En términos generales, las MAC no han demostrado su eficacia mediante la aplicación de métodos científicos. Sin embargo, la ausencia de demostración de su eficacia en circunstancias clínicas concretas no debe ser considerado como sinónimo de ineficacia, ya que muchos pacientes refieren una mejoría de sus síntomas y, especialmente, de su calidad de vida, después de recibir algún tipo de MAC. Lamentablemente, no existen estudios que permitan determinar si esta mejoría es debida a un efecto específico causado por el tratamiento administrado o se debe a un efecto de sugestión o un **efecto placebo**^{1,8}. En las MAC es previsible que este efecto placebo se dé con mayor intensidad y frecuencia que en la medicina convencional, y en donde no es fácil constatar su utilidad pues las MAC se utilizan en muchas ocasiones en enfermedades de índole crónica, de escasa gravedad y/o de curso lentamente progresivo⁹.

Exponemos a continuación algunos breves apuntes sobre estudios de eficacia en tres modalidades comunes de MAC:

a) Homeopatía

Es la MAC que ha realizado más esfuerzos de investigación, con estudios con diseños y calidad bastante diferentes, pero algunos de ellos han alcanzado un grado de calidad comparables a estudios aleatorizados realizados con medicación alopática, incluido metanálisis¹⁰⁻¹². La actitud de la homeopatía en los últimos años, en relación al método científico, ha sido positiva y éste es un ejemplo a seguir para las MAC que pretendan superar la denominación de prácticas no validadas o no científicas.

En un reciente artículo de *Lancet*¹³, los resultados obtenidos en la revisión sistemática sobre 110 ensayos clínicos de homeopatía son compatibles con el efecto placebo, mientras

que en la revisión sistemática sobre 110 ensayos clínicos en la medicina convencional (emparejados con los anteriores sobre la misma enfermedad y con similar valoración del resultado clínico) son compatibles con un efecto específico de la intervención.

b) Fitoterapia

Existe gran controversia sobre la regulación de las plantas medicinales. Actualmente, en España, el mercado de las plantas medicinales incluye: 1) productos considerados como “medicamentos hechos con plantas”, con autorización como tales por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, y de venta exclusiva en farmacias; 2) productos de origen vegetal que no son medicamentos, que pueden venderse en parafarmacias y herbolarios; 3) plantas medicinales presentadas de una forma más “natural”, a granel, preferiblemente en herboristerías o en puestos ambulantes; y 4) medicamentos de prescripción médica cuyo principio activo es vegetal, pero que responden a ciertos criterios de eficacia y seguridad; aunque las plantas medicinales avaladas por estudios metodológicamente rigurosos, como pueden *Hypericum perforatum*, que posee propiedades antidepressivas, o *Equinacea*, con función inmunomoduladora, o *Ginkgo biloba*, de acción vasodilatadora, son, desgraciadamente, una parte minoritaria.

c) Acupuntura

En 1998, el *National Institutes of Health* estableció un consenso sobre la acupuntura, en la que se concluye que la acupuntura es efectiva en el dolor postoperatorio, en los vómitos y náuseas postquimioterapia, y en las náuseas de la gestación¹⁴. El tema del efecto placebo también ha sido motivo de estudio en la acupuntura¹⁵.

La **seguridad** es uno de los más repetidos argumentos a favor de las MAC, pero esto podría ser evidente sólo en aquellas terapéuticas basadas en la energía mental, pero no se puede asegurar en aquellas prácticas que exigen maniobras invasivas o la prescripción de productos naturales¹⁶. Pero todas las MAC comportan un riesgo indirecto, especialmente cuando su aplicación se hace de modo acrítico en pacientes que padecen enfermedades para las que la medicina convencional posee algún tipo de tratamiento eficaz.

Ante la ausencia de datos consistentes sobre su eficacia, es preciso garantizar la calidad de estos productos, pues constituye un determinante crítico sobre su seguridad. El uso continuado durante años (o siglos) no debería ser una garantía de seguridad, y lo “natural” no tiene porque ser más seguro que lo “sintético”. Contrariamente a lo que cree la gente, los remedios basados en fitoterapia pueden tener efectos adversos (algunos ejemplos son la nefrotoxicidad grave e irreversible de plantas del género *Aristolochia* o los problemas neurotóxicos descritos en nuestro país en el año 2001 con el anís estrellado).

Pero, sin duda, uno de los capítulos de mayor interés lo constituyen las interacciones con medicamentos¹⁷. La aparición o ausencia de interacción con una planta medicinal puede depender de diversos factores dependientes del fármaco (dosis, pauta y vías de administración, farmacocinética e intervalo terapéutico), de la planta (especie, droga utilizada, estandari-

zación o riqueza del preparado fitoterapéutico, dosis, pauta y vías de administración) y del paciente (polimorfismos genéticos ligados al complejo enzimático P450 y de la glucoproteína P, edad, sexo y condiciones patológicas). La actitud vigilante debe ser mayor cuando los pacientes se tratan con medicamentos con margen terapéutico estrecho y con potencial de interacciones clínicamente relevantes (anticoagulantes, anti-epilépticos, antihipertensivos, antirretrovirales, inmunosupresores).

No parece comprensible establecer distintos raseros y que a unos principios activos de origen químico se les exijan estudios de farmacodinamia, farmacocinética, interacciones, búsqueda de dosis, demostración de eficacia en ensayos clínicos controlados y seguimiento constante tras su autorización mediante programas de farmacovigilancia, etc. y a los productos basados en plantas (fitoterapia) no sólo se les exima de esos, sino que se les otorgue la misma calificación de “medicamento” que otros han obtenido tras demostrar unos estándares de calidad, eficacia y seguridad muy estrictos. En este sentido, conviene destacar la orden publicada en el año 2004 en que se prohíbe y se restringe la venta al público de casi 200 especies vegetales¹⁸.

LAS MAC EN LA LACTANCIA MATERNA

El espectacular aumento del consumo de MAC en la población se ha traducido en un mayor uso de las mismas en las mujeres alrededor de su edad reproductiva¹⁹ y que ha incluido estudios sobre el uso de homeopatía²⁰, acupuntura²¹, fitoterapia²², aromaterapia²³, biofeedback²⁴, hipnosis²⁵, etc. Hemos constatado una llamativa predisposición a la publicación de estos trabajos en revistas sobre enfermería.

En una reciente encuesta efectuada a 400 madres noruegas en el período de postparto, un 36% reconocía haber utilizado alguna planta medicinal durante la gestación (incrementándose su uso a través del primer, segundo y tercer trimestre, y con una media de 1,7 productos por mujer), principalmente recomendadas por familiares o amigos, y en las que un tercio de las mismas declaraban haber utilizado productos de fitoterapia que consideraban potencialmente peligrosos o sin información de la seguridad de su uso durante la gestación²⁶.

Así mismo, en otra encuesta realizada a 242 profesionales canadienses (distribuidos entre estudiantes de medicina, médicos convencionales, estudiantes de MAC, médicos naturópatas) se confirma la diferencia en la prescripción de plantas medicinales en la gestación y lactancia entre unos y otros profesionales, siendo los productos más utilizados *Equinacea* e *Hypericum perforatum*²⁷.

En relación con la utilización de las MAC en la lactancia materna, las pruebas se basan en descripciones anecdóticas y experiencias personales, con poca evidencia empírica que soporte las experiencias descritas. En una búsqueda bibliográfica realizada en PubMed (fecha 10/07/2006) con los términos MESH “breast feeding” y “complementary therapies” utilizando el término booleano AND registramos un total de 175 citas en el período 1963-2006, sin bien los artículos relevantes y de mayor interés se concentran en los últimos 10 años.

La relación entre MAC y lactancia materna la podemos dividir en tres campos de estudio²⁸:

a) Uso de las MAC para incrementar la producción de lactancia materna

Los consejos tradicionales implican propiedades galactogógicas a determinados alimentos y plantas medicinales, que deben ser consumidos por las madres en época de lactancia, como alcahofo, anís, comino, cimifuga, efedra, ginseng, lino, lúpulo, regaliz, romero o zarzaparrilla^{28,29}. Sin embargo, estas propiedades no están demostradas, y se especula si en realidad no pudieran disminuir la producción de leche, debido a la actividad estrogénica de los flavonoides que contienen^{34,41}. Un clásico aserto popular es el aconsejar el consumo moderado de cerveza durante la lactancia, ante la creencia que la cerveza (concretamente un polisacárido de la cebada) puede estimular la secreción de prolactina. No existen estudios de calidad al respecto, y en estudios a corto plazo se ha demostrado disminución de la ingestión de leche en los niños cuyas madres han consumido moderada cantidad de alcohol; ante estos datos, parece prudente no prodigar esta creencia popular que pudiera conllevar al consumo de alcohol durante la gestación... y en todo caso que la pequeña ingesta fuera de cerveza sin alcohol³⁰. En la encuesta referida efectuada a madres noruegas, hasta un 43% declaraban que habían utilizado plantas con fin de incrementar la producción de leche²⁶.

También se ha descrito el uso de la acupuntura para el tratamiento de la hipogalactia³¹, describiéndose que una rápida implantación del tratamiento (en los 5-7 días postparto) y una rápida respuesta (con aumento de la producción de la leche en las primeras 24 h) se consideran indicadores pronósticos positivos³².

Conocido es que la ansiedad, fatiga y estrés emocional son factores inhibidores de la lactancia. Por ello, se ha constatado el efecto positivo de la relajación (escucha de una cinta de 20 minutos de duración) en las madres de recién nacidos prematuros, al producir un 63% más de leche que el grupo control (siendo el incremento superior –de un 121%– en los prematuros que estuvieron sometidos a ventilación mecánica); no ha podido determinarse si esto acaece por mayor producción o mayor eficiencia en la eyección de la leche³³. Se han estudiado algunos efectos de la relajación sobre la composición de la leche materna, no habiendo encontrado diferencias en los niveles de IgA secretoria³⁴.

El masaje del pecho se ha descrito que incrementa la producción de leche³⁵, si bien es en la literatura japonesa donde más extensa bibliografía se ha publicado, en relación con el método Okeya de masaje del pecho³⁶. En un reciente estudio de cohortes (madres sometidas a masaje del pecho y otras no) se demuestra un aumento significativo en la concentración de lípidos, caseína y energía en el grupo de intervención, lo que pudiera implicar mejorías en el crecimiento y desarrollo de los lactantes³⁷.

b) Uso de las MAC para el tratamiento de los problemas comunes en la lactancia materna

En la mastitis e ingurgitación mamaria se ha descrito la utilidad anecdótica de la acupuntura³⁸, masaje del pezón³⁹, hojas de col⁴⁰, etc.

Un reciente ensayo clínico compara la eficacia de la acupuntura sobre los síntomas inflamatorios en el pecho de la madre lactante³⁸: se aleatorizan 83 madres a tres ramas de tratamiento (en dos de las cuales se incluía la acupuntura), midiendo una pun-

tuación de la sintomatología (tensión, eritema y dolor) al tercer día; no se demuestran diferencias significativas, si bien se interpreta que la ausencia de efecto podría deberse a un tamaño muestral insuficiente (se calcula que serían necesarias 200 madres en un nuevo ensayo de mayor potencia estadística).

c) Potencial toxicidad de las MAC sobre la madre y el recién nacido, a través de la leche materna

El principio de la prudencia indica que si la planta medicinal no es crítica en la salud de la madre (casi nunca lo será) debe postponerse su ingestión hasta después de la época de lactancia, que es la medida más segura para prevenir cualquier potencial complicación al respecto, lo que no es óbice para que el médico conozca la planta medicinal que toma la mujer y comentar con la madre los beneficios y riesgos que conlleva su ingestión⁴¹.

El consumo moderado de infusiones de plantas habituales es inofensivo durante la lactancia. Sin embargo, su abuso puede ser perjudicial para el lactante o puede disminuir la producción de leche. Algunas plantas contienen productos tóxicos y tomadas en cantidad o tiempo suficiente, podrían dañar al lactante, como la alfalfa, amapola, anís estrellado, anís verde, artemisa, boj, boldo, caulofilo, corenzuelo, efedra, eucalipto, fucus, hinojo, kava, nuez moscada o salvia²⁹.

No son aconsejables las mezclas de plantas, así como las de composición y efectos mal conocidos. Hay pocos estudios acerca de la seguridad de las MAC en el período de lactancia, principalmente realizados con la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) en la lactancia, dado que es una planta que se ha utilizado a menudo para el tratamiento de la depresión postparto: en un estudio⁴², realizado sobre 33 madres que tomaron la planta medicinal frente a un grupo control de 101 madres sin medicación, se han descrito efectos adversos significativamente más frecuentes en los que tomaban la hierba de San Juan (dos niños con “cólicos”, dos con “somonolencia” y uno con “letargia”); en otros estudio⁴³, se encuentran bajas concentraciones de los principios activos de la planta (hipericina e hiperforina) y ausencia de efectos adversos en la madre y el hijo a corto plazo, constatándose en el estudio la necesidad de estudios a largo plazo.

A MODO DE CONCLUSIONES

Reconociendo que las pruebas científicas han de generarse de manera continua, que las necesidades de los pacientes a menudo sobrepasan los límites de la evidencia médica, que la autonomía del paciente es incuestionable, que tanto las MAC como la medicina convencional incluyen prácticas de verdadero mérito y otras de ninguno, y que lo mejor es orientar a los pacientes desde una visión que abarque el espectro de opciones razonables más amplio posible, seremos capaces de tender un puente entre las dos posturas: este puente es conocido como medicina integrativa³.

Algunos de los criterios básicos en los que se fundamenta las MAC podrían ser aceptados sin demasiados problemas por la medicina convencional, como *tolle causam* (identificar y tratar las causas), *primum non nocere* (primero no dañar), *docere* (enseñar), tratamiento integral de la persona y prevención e, incluso, *vis medicatrix naturae* (el poder sanador de la naturaleza). Y parece claro que debería iniciarse un esfuerzo de aproximación por

parte de la medicina convencional, recuperando los valores de la atención integral y personal del paciente, y por parte de las MAC, aceptando el principio de la complementariedad, cuando se den ciertas circunstancias y admitiendo la primacía del método científico sobre la fe irracional en teorías no probadas¹². Además, la situación actual requiere el desarrollo de políticas educativas y de capacitación en MAC, así como el establecimiento de un marco regulador que propicie unas relaciones de mutua confianza entre profesionales competentes, lo que contribuirá a mejorar el nivel de salud de los individuos^{6,44}.

Para la evaluación de intervenciones complejas (como es el caso de las MAC) conviene asumir un “modelo circular” más que el clásico “modelo de jerarquización de la evidencia”, en el que se permita plantear, con rigurosidad y margen de maniobra, la tensión esencial entre la validez interna (rigor y ausencia de sesgos) y la validez externa (generalización) de los estudios que versan sobre medicinas “alternativas” y medicinas “complementarias”⁴⁵.

El uso de MAC en las madres en época de lactancia se debe plantear como una juiciosa toma de decisiones, de una manera similar al algoritmo recientemente planteado para la evaluación de las MAC en la edad pediátrica⁴⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruguera I Cortada M. Medicinas alternativas, complementarias, naturales o no convencionales. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003; 1: 13-20.
2. Granero Xiberta J. Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003; 1: 21-30.
3. Katz DL. La integración de la medicina convencional y no convencional: tendiendo un puente sobre las turbulentas aguas del cuidado de la salud. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003; 1: 79-88.
4. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246-52.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280: 1569-75.
6. Caminal Homar J. ¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público. *Aten Primaria* 2005; 35: 389-91.
7. Borrell i Carrió F. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Aten Primaria* 2005; 35: 311-3.
8. Foz M. Prácticas alternativas en medicina y método científico. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003; 1: 53-62.
9. Kaptchuk TJ. The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Ann Intern Med* 2002; 136: 817-23.
10. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trial. *Lancet* 1997; 350: 834-43.
11. Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Merchart D, Jonas WB. Impact of study quality on outcome in placebo-controlled trials of homeopathy. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 631-6.
12. Kleijnen J, Knipschild P, Riet G. Clinical trials of homeopathy. *BMJ* 1991; 302: 316-23.
13. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet* 2005; 366: 726-32.

14. Morey SS. NIH issues consensus statement on acupuncture. *Am Fam Physician* 1998; 57: 2545-7.
15. Patterson C, Dieppe P. Characteristics and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuntura. *BMJ* 2005; 330: 1202-5.
16. Angell M, Kassirer JP. Alternative medicine: the risk of untested and unregulated remedies. *N Engl J Med* 1998; 339: 839-41.
17. Serrano Ruiz A, Cabrera García L, Saldaña Valderas M, Ruiz Antorán B, Avendaño Sola C. Riesgos de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 161-7.
18. Orden SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad. *BOE* nº 32, de 6 de febrero 2004.
19. Beal M. Women's use of complementary and alternative therapies in reproductive health care. *J Nurse Midwifery* 1998; 43: 224-34.
20. Cummings B. Empowering women: homeopathy in midwifery practice. *Compl Ther Nurse Midwifery* 1998; 4: 13-16.
21. Beal M. Acupuncture and related treatment modalities-part II: Application to antepartal and intrapartal care. *J Nurse Midwifery* 1992; 37: 260-8.
22. Scott CR, Jacobson H. A selection of international nutritional & herbal remedies for breastfeeding concerns. *Midwifery Today Int Midwife* 2005; Autumn: 38-9.
23. Burns E, Blamey C. Complementary therapy: using aromatherapy in childbirth. *Nursing Times* 1994; 90: 54-60.
24. Bernat SH, Woolridge PJ, Marecki M, Snell L. Biofeedback-assisted relaxation to reduce stress in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992; 21: 295-303.
25. Jenkins MW, Pritchard MH. Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 221-6.
26. Nordeng H, Havnen GC. Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 norwegian women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004; 13: 371-80.
27. Einarson A, Lawrimore T, Brand P, Gallo M, Rotatone C, Koren G. Attitudes and practices of physicians and naturopaths toward herbal products, including use during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2000; 7: 45-9.
28. Ayers JF. The use of alternative therapies in the support of breastfeeding. *J Hum Lact* 2000; 16: 52-6.
29. Beseler Soto B, Sánchez Palomares M, Landa Rivera L, Benloch Muncharaz MJ, Ferriol Camacho M, Santos Serrano L, et al. Medicamentos, plantas, tóxicos, enfermedades y lactancia, una ayuda en español en Internet: www.e-lactancia.org. (en prensa).
30. Koletzko B, Lehner F. Beer and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478: 23-8.
31. Fava A, Bongiovanni A, Frassoldati P. [Acupuncture therapy of hypogalactia]. *Minerva Med* 1980; 71: 3747-52.
32. Clavey S. The use of acupuncture in the treatment of insufficient milk supply. *Am J Acupunct* 1996; 24: 35-46.
33. Feher SD, Berger LR, Johnson JD, Wilde JB. Increasing breast milk production for premature infants with relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics* 1989; 83: 57-60.
34. O'Connor ME, Schmidt W, Carroll-Pankhurst C, Olness KN. Relaxation training and breast milk secretory IgA. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1065-70.
35. Bowles BP, Stutte PC, Hensley J. Alternative massage in breastfeeding. *Genesis* 1998; 9: 5-9.
36. Okeya S, Kobayashi M. [Okeya's technique in massaging the breast for improved breast feeding]. *Josanpu Zasshi* 1977; 31: 296-423.
37. Foda MI, Kawashima T, Nakamura S, Kobayashi M, Oku T. Composition of milk obtained from unmassaged versus massaged breasts of lactating mothers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 477-8.
38. Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML, Rydhstroem H. Effects of acupuncture and care interventions on the outcome of inflammatory symptoms of the breast in lactating women. *Int Nurs Rev* 2004; 5: 56-64.
39. Storr GB. Prevention of nipple tenderness and breast engorgement in the postpartal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988; 17: 203-9.
40. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth: Issues Perinat Care Educ* 1993; 20: 61-64.
41. Conover E, Buehler BA. Use of herbal agents by breastfeeding women may affect infants. *Pediatr Ann* 2004; 33: 235-40.
42. Lee A, Minhas R, Matsuda N, Lam M, Ito S. The safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) during breastfeeding. *C Clin Psychiatry* 2003; 64: 966-8.
43. Lier CM, Schafer MR, Schmid-Siegel B, Lenz G, Mannel M. St. John's wort (*Hypericum perforatum*)—is it safe during breastfeeding? *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 29-30.
44. Berman BM. Complementary medicine and medical education. Teaching complementary medicine offers a way of making teaching more holistic. *BMJ* 2001; 322: 121-2.
45. Walach H, Falkenbert T, Fonnebo V, Lewith G, Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology* 2006; 6: 29.
46. Renella R, Fanconi S. Decision-making in pediatrics: a practical algorithm to evaluate complementary and alternative medicine for children. *Eur J Pediatr* 2006; 165: 437-41.

Razones para no iniciar lactancia materna

J.I. EMPARANZA, J. ARENA, M. LEUNDA, U. ASTIGARRAGA.

Servicios de Epidemiología Clínica y Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la lactancia materna (LM) tanto para el niño como para la madre han sido ampliamente estudiados, y existe evidencia científica sobre muchos de ellos, tales como menor incidencia de otitis media aguda, de gastroenteritis aguda, de infecciones de vías respiratorias altas, etc. La lactancia materna refuerza los lazos afectivos madre-hijo, reduce o elimina los costes de adquisición de fórmula, y en general promueve la salud del niño. La OMS ha apostado claramente por la LM. Dado que es la forma óptima de alimentación del niño, la OMS recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses de edad. A pesar de las ventajas de LM, muchas de las mujeres siguen eligiendo la lactancia artificial. La proporción de mujeres que eligen la LM varía enormemente en los diferentes países, siendo los países nórdicos los que presentan una proporción mayor de LM de entre los países de nuestro entorno. Los condicionantes de esta disparidad también han sido estudiados. En general, las madres que eligen LM frente a las que se deciden por la lactancia artificial, se diferencian en que son de mayor edad, tienen un mayor nivel de educación, mayores ingresos y con mayor frecuencia, están casadas o tienen pareja estable. El entorno social y las creencias sociales influyen notablemente en las decisiones individuales. Las creencias sociales pueden llegar a ser consideradas como normas sociales, y constituyen, en opinión de algunos sociólogos, normas sobre lo que se considera un comportamiento adecuado.

Numerosos estudios han tratado de analizar los factores que promueven la LM. Podríamos agruparlos en factores demográficos, tales como edad, educación, estado civil, paridad, factores relacionados con la experiencia personal (o del entorno cercano) previa, y en factores relacionados con el parto y el niño (tipo de parto, peso RN...). Parece evidente que informando sobre las ventajas de la LM se promueve la misma, pero no lo es menos que un esfuerzo deliberado por conocer las razones que aducen las madres para tomar la decisión de no lactar puede arrojar nueva luz en las tareas de promoción. Son pocos los estudios diseñados para describir las razones para no lactar.

Nuestro objetivo al diseñar este estudio fue conocer no los factores que se asocian a la LM, sino las razones por las que las mujeres deciden no lactar a su hijo recién nacido.

SUJETOS Y MÉTODOS

Este estudio se ha llevado a cabo el Hospital Donostia, hospital terciario que atiende a una población de 675.000 habitantes,

cuenta con 1.172 camas, y registra en su actividad 4.396 partos al año.

Hemos diseñado un estudio por encuesta con una muestra consecutiva de mujeres que declararon su intención de no amamantar a su hijo.

Tras una amplia revisión de la literatura elaboramos un cuestionario con preguntas cerradas recogiendo aquellas variables que han sido estudiadas previamente y que demostraron una asociación estadística con la decisión de no amamantar al RN. El cuestionario fue diseñado presentando las preguntas en orden, de preguntas generales a específicas, evitando las preguntas molestas o de redacción confusa. El cuestionario fue pilotado en un grupo de 5 madres para detectar preguntas ambiguas y comprobar la comprensión de todas las preguntas.

El cuestionario se dividió en 5 apartados:

1. En el apartado general se recogían datos sobre la edad, la existencia de hijos anteriores, si habían lactado previamente, si la experiencia fue buena.
2. El segundo apartado se refería al nivel de educación tanto de la madre como de su pareja, codificado en primarios (hasta los doce años), EGB o ESO (de los 12 a los 16 años), Bachiller/FP y estudios universitarios.
3. El tercero hacía referencia a la situación laboral de la madre y a su estado civil.
4. En el cuarto se recogía información sobre el parto actual.
5. El quinto y más detallado, se preguntaba cuánto habían influido (escala de Likert con cuatro alternativas) en la decisión de no lactar un conjunto de 11 razones.

Al final se les preguntó sobre si consideraban que habían recibido una información adecuada en las sesiones de preparación al parto sobre las ventajas e inconvenientes de la lactancia materna y de la lactancia artificial.

Los cuestionarios cumplimentados en papel fueron codificados y vaciados directamente a la aplicación estadística empleada posteriormente para el análisis de datos.

El cuestionario fue administrado por dos mujeres médicas residentes de pediatría de nuestro hospital. Estas encuestadoras recibieron un entrenamiento en la administración del cuestionario mediante una sesión de 90 minutos de duración. Se confirmó la neutralidad de las encuestadoras comparando las encuestas recogidas por cada una ellas.

Aquellas madres que habían tomado la decisión de no lactar fueron contactadas para concertar una cita con las encuestado-

ras con el fin de pasarles el cuestionario mientras estuvieran ingresadas en el hospital.

Se les informó del objetivo del estudio, se aseguró la confidencialidad de la información recogida y se pidió su colaboración para proceder con la entrevista, dejando claro que si alguna pregunta del cuestionario les parecía inconveniente, o no sabían qué responder, podían no responder. No hubo ningún rehusa a participar en el estudio. La entrevista se desarrolló sin presencia de ninguna otra persona salvo la entrevistadora y la madre, en un ambiente de respeto y confidencialidad.

Análisis estadístico. Se describen las variables mediante el estadístico más apropiado a la naturaleza y escala de medición de cada una: media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias absolutas y relativas en porcentaje para variables categóricas. La distribución de variables categóricas en los diferentes grupos se analizó mediante prueba de χ^2 estableciendo el error alfa en el 5%. Los intervalos de confianza al 95% de las proporciones observadas se estimaron mediante distribución binomial. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SYSTAT v9.0.

RESULTADOS

Ninguna de las mujeres a quienes se propuso la realización de la encuesta se negaron a ser entrevistadas.

La edad media fue de 32.12 años (D.E., 4.98), con un mínimo de 15 y un máximo de 42 años. Una cuarta parte de ellas eran primíparas. El 9.8% de las encuestadas tuvieron el parto por cesárea, lo cual no se diferencia estadísticamente ($p=NS$) de la tasa general de cesáreas en nuestro hospital, situada en el 18% (año 2004).

Dos tercios de las multíparas (61%) declaraban haber amantado a su/s hijo/s anteriores, y de ellas, tan sólo un 33% la calificaban como una experiencia satisfactoria.

Todas decían vivir con una pareja estable. Tres cuartas partes trabajan fuera de casa. De ellas prácticamente dos tercios lo hacen por cuenta ajena.

Una cuarta parte de las encuestadas tenían estudios universitarios por un 14% de sus parejas ($p=NS$).

El 84.3% de las encuestadas manifiestan que han recibido una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas.

Las razones que las madres aducen para no iniciar la lactancia materna se muestran en la siguiente figura (Fig. 1) con el porcentaje de mujeres que respondieron que ese era el motivo o razón que influyó mucho o absolutamente en su decisión.

Dos de las encuestadas no mencionaron ninguna razón o motivo para no iniciar la lactancia.

Como se aprecia en la figura, la mala experiencia anterior es el motivo más frecuentemente mencionado. El 70% de las que

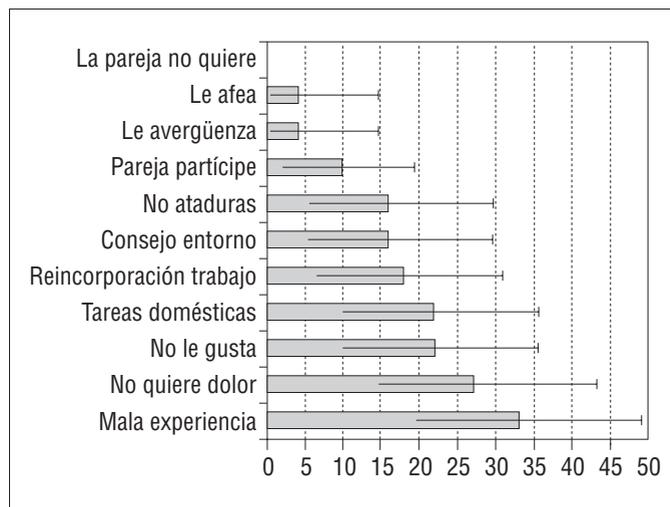


Figura 1. Proporción de respuestas (en porcentaje) a cada uno de los motivos. Las líneas representan el IC al 95%.

habían lactado previamente indican que el motivo para no iniciar la lactancia en el parto actual es la mala experiencia previa.

DISCUSIÓN

Las razones que hemos recogido en una muestra de mujeres españolas se diferencian sensiblemente de las razones que obtuvieron en el estudio PRAMS llevado a cabo en 27 estados de USA, lo que pone de manifiesto no sólo las diferencias de prevalencia de lactancia materna, sino el diferente entorno cultural.

En efecto la razón más frecuente en el PRAMS es "No quiero/No me gusta", mientras que en nuestro caso es la mala experiencia anterior, relegando el "no me gusta" al tercer puesto, con la misma importancia que las responsabilidades y el trabajo en casa.

Existe un ligero margen de mejora en la información que las madres reciben sobre las ventajas e inconvenientes de la lactancia materna y artificial. Las madres creen, en su inmensa mayoría (aunque no en el 100%), que reciben una información adecuada. Esta cifra es notable, pero aún queda un margen de mejora en la información que ofrecemos. Dado que la provisión de información y el apoyo del entorno y de los profesionales son los factores que parecen tener más influencia en la iniciación de la lactancia, parece que los sanitarios debemos recalcar nuestra tarea en este aspecto. La teoría del aprendizaje nos enseña sin embargo, que es relativamente sencillo mejorar el conocimiento y las habilidades en un área de terminada, pero que el cambio de las actitudes y del comportamiento son dos resultados difícilmente alcanzables con sólo la provisión de información.

Lactancia materna en madres inmigrantes

N. AL IDRISI

Madre inmigrante marroquí. Asociación Espacio de la Solidaridad

Para hablar de lactancia materna de madres emigrantes es preciso considerar las distintas procedencias geográficas y su propio contexto socioculturales como lengua, religión estructura familiar, tradiciones, costumbres, ... Por todo esto es importante conocer la cultura de origen en esta cultura y en su país.

Las mujeres de origen inmigrante que dan a luz en el territorio español eligen mayoritariamente la lactancia materna para alimentar a sus hijos sobre todo los primeros meses de su vida .

POBLACIÓN DEL MAGRIB

1. Los bereberes (es el colectivo mas grande del Magrib en España y en Europa) que han habitado el norte de África durante muchos siglos siempre las madres optan por lactancia materna durante mucho tiempo, la lactancia materna suele ser prolongada (de dos a tres años) el motivo es tener hijos mas sanos y fuertes, también prestan el servicio gratuito de lactancia materna a otras madres que tienen problemas de salud (dar de mamar a sus bebés). En cuanto al número de tomas al día lo ideal es las que demande el bebé.
2. La religión islámica aconseja la lactancia materna por lo que puede encontrarse cierto rechazo si se aconseja el destete por razones médicas (en Ramadán si no pueden aguantar durante el día pueden comer antes de la puesta del sol); la toma se realiza a demanda (cuando llora el niño).

ÁFRICA SUBSAHARIANA

En general la elección de lactancia depende de la capacidad económica de los progenitores. La lactancia artificial es más frecuente en las más alto nivel económico, también depende del sexo del bebe, siempre los niños reciben mas lactancia materna que las niñas (porque los niños tienen que mamar mas para ser mas fuertes). Se asocia la obesidad a buena salud y a nivel económico elevado

LA POBLACIÓN ASIÁTICA

La lactancia materna suele ser prolongada (año y medio a veces) y en general la toma se realiza a demanda (cuando llora el niño).

POBLACIÓN DE LATINOAMERICANO Y POBLACIÓN DEL ESTE

Las madres también prefieren dar de mamare a sus hijos durante un tiempo mediano entre 6 meses y 1 año y medio.

Pero la duración de la lactancia materna está siendo afectada por el trabajo de las madres inmigrantes: actualmente muchas están dejando de amamantar a sus hijos a los 5 meses o antes, en función del trabajo y de las condiciones de cada madre, también influye la facilidad de conseguir leches alternativas a la lactancia materna (biberón).

Mesa Redonda: Factores psicosociales relacionados con la lactancia materna

Lactancia materna, colecho y sueño. Revisión bibliográfica.

J.M. PARICIO TALAYERO

Jefe de Servicio de Pediatría. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Hospital Marina Alta. Denia, Alicante (Hospital amigo de los niños OMS/UNICEF-1999)

*“Fils de bourgeois
Ou fils d’apôtres
Tous les enfants
Sont comme les vôtres.
Fils de César
Ou fils de rien
Tous les enfants
Sont comme le tien:
Le même sourire
Les mêmes larmes
Les mêmes alarmes
Les mêmes soupirs”*

(Hijos de burgués o hijos de apóstoles, todos los niños son como los vuestros. Hijos de Cesar o hijos de nada, todos los niños son como el tuyo: La misma sonrisa, las mismas lágrimas, los mismos miedos, los mismos suspiros).

“Fils de...”, Jacques Brel, 1967.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos y rutinas del sueño, incluida la práctica de dormir niños y padres juntos, tienen que ver, como la lactancia, con la crianza y son temas muy interrelacionados. Orientar a los niños en la adquisición de habilidades para el comer, control de esfínteres y ritmos de sueño y ayudarles a establecer límites y niveles de responsabilidad en su proceso de socialización, son elementos necesarios para su propia seguridad y para su integración social.

La presente revisión se centra en dos temas que levantan polémica en el ámbito de la crianza: la llamada “cama familiar” o compartir cama, y las prácticas de adiestramiento del sueño de los niños.

Interés del tema

El colecho tiene implicaciones con el estilo de crianza, con la lactancia materna (LM) y con el riesgo de muerte súbita infantil (MSI). Hay una tendencia a adoptar posturas extremas, tanto a favor (predominantemente entre madres y grupos pro LM) como en contra (sobre todo entre personal sanitario, médicos en especial y occidentales).

En los últimos 50 años, en las sociedades occidentales y de forma masiva se han difundido prácticas de adiestramiento del sueño de los niños que levantan controversia por su difusión universal y el tipo de estímulo conductista empleado, constituyendo para unos una solución mágica y estando reñidos para otros, con los derechos humanos y, más en concreto, con los de los niños.

Objetivos

Aclarar ideas de acuerdo con trabajos científicos bien realizados. Poder aconsejar a madres, padres y profesionales sobre la práctica de CL y acerca de la idoneidad de las técnicas de adiestramiento del sueño.

Metodología

Para la presente revisión se han tenido en cuenta los trabajos originales, de revisión de casos y los de casos y controles. Los trabajos de revisión de casos no aportan evidencia alguna. Los trabajos de casos y controles, si están bien hechos (recogida correcta de todas las variables relevantes, contrastar entre casos MSI y controles no fallecidos y realizar un ajuste con algún método multivariante apropiado) sí que aportan evidencia. No obstante, dada la escasez de referencias bibliográficas en el caso concreto del tema del adiestramiento del sueño, se han incluido trabajos de revisión y opiniones de expertos.

COLECHO

Definición de colecho^{1,2}

El término “colecho” (CL) no existe en castellano; es un neologismo proveniente del inglés *co-sleeping*, idioma en el que también se emplea *bed-sharing* o compartir cama. Es la práctica de dormir los niños con otro adulto, generalmente en la cama y con la madre, con frecuencia y bastantes horas. (para algunos implicaría todas o casi todas las noches y un mínimo de 4 horas). Puede consistir en compartir superficies distintas de la cama (sofás, sillones, etc.) y también con otros adultos (padre y madre por ejemplo) e incluso con otros hermanos. No hay una práctica estándar de CL, lo que dificulta los estudios sobre sus implicaciones.

Prácticas seguras para dormir lactantes

(Hay evidencias difíciles de refutar de que disminuyen el riesgo de MSI):

- Ponerlos a dormir en decúbito supino³⁻⁵.
- Tomar pecho⁵⁻⁷.
- No fumar los padres, ni haberlo hecho durante el embarazo.
- Dormir en la misma habitación^{3,8}.
- Usar chupete^{3,5,9-15}.

Argumentos a favor del colecho.

- Antropológico-etnológico.
 - Es una práctica ancestral muy extendida en los humanos, con cifras entre el 5 y el 100¹⁶⁻³⁰ dándose las cifras más bajas

en Occidente desde los últimos 200 años³¹ argumentando, sin pruebas, que una separación precoz de la madre favorecería una mayor autonomía del niño².

- En zonas en las que el CL está muy extendido (Japón, Hong-Kong, inmigrantes de Bangladesh en Londres), la MSI tiene muy escasa incidencia³²⁻³⁴.
- Aumenta la independencia y mejora el desarrollo psicológico de los niños^{35,36} o no da ninguno de los pretendidos problemas conductuales o de personalidad³⁰.
- Mejora la estabilidad respiratoria, al oxigenación, la termorregulación o el aumento de temperatura, provoca despertares sincronizados con la madre, disminuye las fases profundas del sueño, y otros efectos fisiológicos sin que se sepa de algunos cual es su importancia³⁷⁻⁴¹.
- Aumenta la prevalencia y duración de la LM y la producción de leche, y aumenta las horas de sueño de las madres que amamantan^{42,43} siendo todo ello discutible, pues hay trabajos a favor^{16,41,43-46} y otros en contra^{20,47}, argumentando los primeros que como la LM protege de la MSI, el colecho, indirectamente prevendría la MSI. Aunque hay aún controversia acerca de si la LM protege de la MSI, dadas los beneficios comprobados de la LM, bastaría con que fuese cierta la relación entre CL y LM.

Comentarios a todo este punto de argumentos a favor:

- *Los trabajos con asignación ecológica de variables (Hong Kong, Bangladesh) pueden tener puntos débiles de argumentación, son además antiguos y replicados todos por un mismo equipo.*
- *Gran parte de toda esta argumentación se debe casi en exclusiva a un equipo de antropólogos y neurólogos de USA, McKenna, Mosko y Richard y sus trabajos han sido muy controvertidos.*

Argumentos en contra falsos por basarse en trabajos mal diseñados

- Revisión de series de casos de MSI en los que a partir del porcentaje encontrado (40 a 50%) de CL en niños MSI se deduce que es una práctica arriesgada^{44,48-52} (*si no hay controles o no se conoce el porcentaje de CL en la población de referencia no se puede deducir eso*)
- Presentación de series de casos en los que hay tendenciosidad alarmante o ignorancia básica en estadística en los autores ya que si los niños MSI que practicaban CL, dormían la mayoría (90 a 98%) en decúbito prono, no se puede achacar al CL la MSI, al menos sin haber ajustado por medio de un análisis multivariante^{53,54}.
- Presentación de confusos trabajos de casos y controles a partir de, en realidad, revisiones de casos de MSI, sin controles no MSI:
 - MSI en población blanca frente a MSI en población negra⁵⁵ (como hay más MSI y más colecho en población negra, el CL estaría relacionado con el MSI);
 - MSI con CL frente a MSI sin CL⁵⁶ (como los MSI con CL eran más jóvenes al morir, el CL y el MSI están relacionados).
- Obviar que el CL se suele asociar, en determinados grupos sociales a otros factores de riesgo de MSI comprobados (tabaco, alcohol, drogas, camas blandas...)⁴⁷.

- Presentación de los resultados del análisis univariante, sin ajuste por el resto de variables. Algunos trabajos muy bien realizados muestran como variables significativas que aparecen en el univariante, desaparecen o cambian de sentido en el multivariante: Por ejemplo en un trabajo⁸ encuentran un OR no ajustado de CL para MSI de 3.0 (1,9 a 4,6); en el multivariante desaparece esta relación si no se asocia a otras prácticas de riesgo (tabaco, cansancio, compartir sofá...)

Prácticas comprobadas de colecho arriesgado (“colecho mal hecho”)

- Con madre o padre fumadores^{3,4,8}.
- Con padres que han tomado alcohol o drogas^{3,8}.
- Con hermanos⁵.
- En sofá, cama blanda, con almohadas o cobertores^{5,8}.
- Con padres cansados o en la última parte de la noche⁸.
- En condiciones de hacinamiento en la vivienda⁸.

EL SUEÑO

Evolución del patrón del sueño

El dormir, al igual que el caminar o el control de esfínteres, es un proceso evolutivo que se va adaptando a las necesidades de cada época de la vida. Los bebés menores de 6 meses, con sólo dos fases de sueño de las cinco que tendrá de adulto, se despiertan con frecuencia, de día y de noche, porque necesitan comer muchas veces debido al enorme incremento de peso que realizan en esa edad⁵⁷. También hay cada vez más consenso en que esta actitud forma parte del programa de vinculación y desarrollo de la afectividad con el que los bebés vienen al mundo para asegurar su supervivencia y socialización y que la oxitocina, segregada durante el contacto social (lactancia, contacto piel con piel...), juega un papel fundamental en este proceso⁵⁸⁻⁶¹.

Aunque a partir del segundo semestre de la vida van apareciendo las fases de sueño del adulto, el inicio del sueño, su periodicidad y duración son muy diferentes, con habitual rechazo a iniciarlo por angustia de separación y frecuentes despertares debidos a la adaptación a las nuevas fases de sueño adquiridas, a la menor duración del ciclo completo de sueño (la mitad que en el adulto) y a la ansiedad que pueden provocar los sueños, en directa relación con lo vivido durante el día⁵⁷.

A los 5- 6 años, la misma época en que se suele alcanzar la plena maduración del esfínter vesical, con desaparición de la enuresis nocturna, se consigue un patrón de sueño parecido al de la vida adulta.

“Adiestramiento” del sueño

Pretender adiestramientos del sueño que ignoren su natural desarrollo y difundir falsas expectativas entre los padres acerca del dormir de los niños, no parece la mejor manera de resolver conflictos, sino de crearlos, máxime cuando estos métodos suelen obviar e impedir los mecanismos de vinculación muy relacionados con la oxitocina, debido a que emplean metodología conductista con estímulos negativos que aumentan el nivel de estrés, produciendo hormonas (cortisol, adrenalina) que inhiben la producción de oxitocina.

En 1981, Valman⁶², apoyándose en la definición de Powell de 1972⁶³: *insomnio infantil “por malos hábitos”*, desarrolla un

método de corrección de estos supuestos malos hábitos basado en dejar llorar a los niños con dificultades para conciliar el sueño o con interrupciones del mismo, de acuerdo a una tabla de tiempos progresivamente más largos que hay que esperar antes de ir a ver al niño que llora por la noche. Ni la definición de Powell está avalada por ningún estudio ni previo ni posterior, ni tampoco la eficacia o posibles consecuencias del método de Valman. Dos autores posteriores^{64,65} copiaron literalmente, con tabla de tiempos incluida, el método de Valman, sin realizar tampoco estudios de comprobación y eficacia, ni previos ni posteriores.

Hay estudios⁶⁶ que demuestran el riesgo emocional derivado de las situaciones de estrés, pero aún no se han realizado evaluaciones de las consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo que pueden tener la aplicación de este método de adiestramiento. Independientemente de todo ello, quien esto escribe, encuentra difícil distinguir entre aplicación sistemática de estímulos de tipo castigo a niños y maltrato infantil.

Frente a teorías de índole conductista que logran imponer límites artificiosos, ignorando no sólo el patrón normal de sueño en cada edad, sino la capacidad de entendimiento del niño, existen otras tendencias basadas en la creencia de que los niños, incluso muy pequeños, pueden entenderlo todo si se les explica adecuadamente, especialmente si se les demuestra amor, tratándolos con ternura al hacerlo.

CONCLUSIONES

El "colecho" es una práctica ancestral de la humanidad, prácticamente universal mientras la vivienda fue de reducidas dimensiones y muy extendida aún en nuestra sociedad. Aunque es evidente que aporta seguridad y calor a los niños y comodidad a la madre lactante, no está demostrado que sea de obligatoria necesidad para un correcto desarrollo emocional de los humanos y tampoco para mantener una lactancia materna prolongada.

No causa problemas, salvo en caso de obesidad, tabaquismo, ingesta de alcohol, sedantes o drogas, o hacerlo en superficies blandas o distintas de la cama o con almohadas.

La abrumadora evidencia de que la lactancia materna es mejor para la salud de los niños, de las madres y de la sociedad en general, no existe en cambio sobre el "colecho" sino todo lo contrario: hay mucha controversia, tanto sobre su relación con la lactancia materna como sobre la muerte súbita infantil.

El "colecho" es una opción no médica que no interfiere con la lactancia, pudiendo resultar cómoda o no, por lo que se debe valorar y asumir en cada familia. Tan prejuicio es negarlo drásticamente como recomendarlo universalmente, como si de cualquiera de las dos posturas dependiese el futuro psíquico de nuestros hijos. Ambas posiciones son extremas y pueden ocasionar problemas.

Son desconocidos los efectos a largo plazo sobre el psiquismo de niños a los que se aplica un tratamiento conductista con estímulos enteramente aversivos como modelo de educación de resolución de conflictos desde edades tempranas de la vida.

Los tratamientos conductistas pueden resultar adecuados en casos diagnosticados y comprobados de auténtica disfunción patológica del sueño o de otra función, pero no hay razones para utilizarlos universal y rutinariamente como estilo educativo en niños sanos; en cualquier caso y para lo que nos compete en este

foro, nunca deben interferir con técnicas adecuadas de lactancia, ni con el afecto y respeto debido al colectivo más entrañable de seres humanos: las niñas y niños de corta edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM protocols. Clinical Protocol numero 6. Guideline on Co-Sleeping and Breastfeeding. www.bfmed.org/protocol/proto6.htm 2003.
2. Sociedad Argentina de Pediatría. Colecho: Actualización y reflexión a comienzos del año 2000. <http://www.sap.org.ar/> 2000.
3. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363(9404):185-91.
4. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88(12):1058-64.
5. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick Moore C, Donoghue E, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003;111(5 Part 2):1207-14.
6. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DM, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22(5):885-90.
7. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16(1):13-20.
8. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *Bmj* 1999;319(7223):1457-61.
9. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 1994;30(6):483-9.
10. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Bensley D, Smith I, Taylor E, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. *Bmj* 1996;313(7051):191-5.
11. L'Hoir MP, Engelberts AC, van Well GT, McClelland S, Westers P, Dandachli T, et al. Risk and preventive factors for cot death in The Netherlands, a low-incidence country. *Eur J Pediatr* 1998;157(8):681-8.
12. L'Hoir MP, Engelberts AC, van Well GT, Damste PH, Idema NK, Westers P, et al. Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr* 1999;158(11):896-901.
13. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116(5):e716-23.
14. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006;117(5):1755-8.
15. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *Bmj* 2006;332(7532):18-22.
16. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(3):141-9.
17. Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C. Cosleeping and sleep behavior in Italian school-aged children. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(1):28-33.
18. Liu X, Liu L, Wang R. Bed sharing, sleep habits, and sleep problems among Chinese school-aged children. *Sleep* 2003;26(7):839-44.

19. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(1):43-9.
20. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A, Clemens JD. Infant-parent bed sharing in an inner-city population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(1):33-9.
21. Weimer SM, Dise TL, Evers PB, Ortiz MA, Welldaregay W, Steinmann WC. Prevalence, predictors, and attitudes toward cosleeping in an urban pediatric center. *Clin Pediatr (Phila)* 2002;41(6):433-8.
22. Paterson J, Tukuitonga C, Butler S, Williams M. Infant bed-sharing among Pacific families in New Zealand. *N Z Med J* 2002;115(1154):241-3.
23. Yang CK, Hahn HM. Cosleeping in young Korean children. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23(3):151-7.
24. Hooker E, Ball HL, Kelly PJ. Sleeping like a baby: attitudes and experiences of bedsharing in northeast England. *Med Anthropol* 2001;19(3):203-22.
25. Rigda RS, McMillen IC, Buckley P. Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth. *J Paediatr Child Health* 2000;36(2):117-21.
26. Reimao R, De Souza JC, Gaudioso CE. Sleep habits in Native Brazilian Bororo children. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(1):14-7.
27. Reimao R, de Souza JC, Gaudioso CE, Guerra Hda C, Alves AdC, Oliveira JC, et al. Sleep characteristics in children in the isolated rural African-Brazilian descendant community of Furnas do Dionisio, State of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(3A):556-60.
28. Reimao R, De Souza JC, Medeiros MM, Almirao RI. Sleep habits in native Brazilian Terena children in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(4):703-7.
29. Eades SJ, Read AW. Infant care practices in a metropolitan aboriginal population Bibbulung Gnarnep Team. *J Paediatr Child Health* 1999;35(6):541-4.
30. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(4):339-46.
31. Mosko S, McKenna J, Dickel M, Hunt L. Parent-infant cosleeping: the appropriate context for the study of infant sleep and implications for sudden infant death syndrome (SIDS) research. *J Behav Med* 1993;16(6):589-610.
32. Davies DP. Cot death in Hong Kong: a rare problem? *Lancet* 1985;2(8468):1346-9.
33. Gantley M, Davies DP, Murcott A. Sudden infant death syndrome: links with infant care practices. *Bmj* 1993;306(6869):16-20.
34. Lee NN, Chan YF, Davies DP, Lau E, Yip DC. Sudden infant death syndrome in Hong Kong: confirmation of low incidence. *Bmj* 1989;298(6675):721.
35. Javo C, Ronning JA, Heyerdahl S. Child-rearing in an indigenous Sami population in Norway: a cross-cultural comparison of parental attitudes and expectations. *Scand J Psychol* 2004;45(1):67-78.
36. Okami P, Weisner T, Olmstead R. Outcome correlates of parent-child bedsharing: an eighteen-year longitudinal study. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23(4):244-53.
37. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100(5):841-9.
38. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S, Mukai D. Maternal proximity and infant CO2 environment during bedsharing and possible implications for SIDS research. *Am J Phys Anthropol* 1997;103(3):315-28.
39. Richard CA. Increased infant axillary temperatures in non-REM sleep during mother-infant bed-sharing. *Early Hum Dev* 1999;55(2):103-11.
40. Richard CA, Mosko SS, McKenna JJ. Apnea and periodic breathing in bed-sharing and solitary sleeping infants. *J Appl Physiol* 1998;84(4):1374-80.
41. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100(2 Pt 1):214-9.
42. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5):580-8.
43. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, Williams SM, Taylor BJ. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics* 2006;117(5):1599-607.
44. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
45. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30(3):181-8.
46. Pollard K, Fleming P, Young J, Sawczenko A, Blair P. Night-time non-nutritive sucking in infants aged 1 to 5 months: relationship with infant state, breastfeeding, and bed-sharing versus room-sharing. *Early Hum Dev* 1999;56(2-3):185-204.
47. Flick L, White DK, Vemulapalli C, Stulac BB, Kemp JS. Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk for sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2001;138(3):338-43.
48. Alexander RT, Radisch D. Sudden infant death syndrome risk factors with regards to sleep position, sleep surface, and co-sleeping. *J Forensic Sci* 2005;50(1):147-51.
49. Li L, Fowler D, Liu L, Ripple MG, Lambros Z, Smialek JE. Investigation of sudden infant deaths in the State of Maryland (1990-2000). *Forensic Sci Int* 2005;148(2-3):85-92.
50. James C, Klenka H, Manning D. Sudden infant death syndrome: bed sharing with mothers who smoke. *Arch Dis Child* 2003;88(2):112-3.
51. Person TL, Lavezzi WA, Wolf BC. Cosleeping and sudden unexpected death in infancy. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126(3):343-5.
52. Thogmartin JR, Siebert CF, Jr., Pellan WA. Sleep position and bed-sharing in sudden infant deaths: an examination of autopsy findings. *J Pediatr* 2001;138(2):212-7.
53. Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KA. Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics* 2001;108(4):923-7.
54. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, Psara RM, Ledbetter TL, Graham MA, et al. Unsafe sleep practices and an analysis of bedsharing among infants dying suddenly and unexpectedly: results of a four-year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics* 2000;106(3):E41.
55. Unger B, Kemp JS, Wilkins D, Psara R, Ledbetter T, Graham M, et al. Racial disparity and modifiable risk factors among infants dying suddenly and unexpectedly. *Pediatrics* 2003;111(2):E127-31.
56. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107(3):530-6.
57. Jové Montanyola R. *Dormir sin lágrimas*. Ed. La Esfera de los libros; Madrid, 2006
58. Palmer LF. The chemistry of attachment. *Attachment Parenting International News*, 2002;5(2). En: <http://www.attachmentparenting.org/art-chemistry.shtml>
59. Febo M, Numan M, Ferris CF. Functional magnetic resonance imaging shows oxytocin activates brain regions associated with mother-pup bonding during suckling. *J Neurosci*. 2005 Dec 14;25(50):11637-44.
60. Kendrick KM. Oxytocin, motherhood and bonding. *Exp Physiol*. 2000 Mar;85 Spec No:111S-124S.

61. Nelson EE, Panksepp J. Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neurosci Biobehav Rev.* 1998 May;22(3):437-52.
62. Carter CS. Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology.* 1998 Nov;23(8):779-818.
63. Valman HB. ABC of 1 to 7. Sleep problems. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981 Aug 8;283(6288):422-3.
64. Powell BW. Sleep disorders in childhood. *Practitioner.* 1972 Feb;208(244):198-202.
65. Ferber R. Sleep, sleeplessness, and sleep disruptions in infants and young children. *Ann Clin Res.* 1985;17(5):227-34.
66. Estivill E, de Bejar S. *Duérmete niño.* Ed. Plaza y Janés; Barcelona, 1996.
67. Schore AN. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002 Feb;36(1):9-30.

Mesa Redonda: Factores psicosociales relacionados con la lactancia materna

Técnicas de marketing social para la promoción de la lactancia materna

G. DÍAZ MENESES

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

INTRODUCCIÓN

El marketing social como disciplina científica puede hacer mucho por promover la lactancia materna. De hecho, en los últimos 40 años, el marketing social ha sido reconocido como una aproximación científica válida y fiable para el estudio de diversas problemáticas sociales y la solución eficaz y eficiente de dicha problemática de manera planificada (Andreasen, 1995). En este sentido, el marketing social representa una aproximación con herramientas y métodos de probada eficacia en favor de múltiples causas sociales (Kotler et al. 2002); sin embargo, a penas ha sido aplicado para la causa de la lactancia materna debido a su carácter novedoso y relativamente reciente.

En efecto, el interés y la aproximación del marketing social entorno a la lactancia materna es absolutamente incipiente. De hecho, tras una revisión exhaustiva de la literatura se han encontrado un número muy limitado de trabajos con un enfoque de marketing social orientado a la lactancia materna. Los aspectos temáticos que abarcan estos trabajos de investigación desde la óptica del marketing social son la motivación (Gengler et al. 1995), la promoción (Linderberger y Bryant, 2000) y las creencias y actitudes (Fridinger et al. 2003).

Por consiguiente, el objetivo que se plantea en el presente artículo es el de tratar de adaptar a la lactancia materna los resultados obtenidos en otros sectores de aplicación del marketing social, especialmente el ecológico, con un doble propósito:

1. Exponer la posibilidad de aplicar dos diseños promocionales específicos para difundir la lactancia materna formulando unas recomendaciones de implementación que consigan los resultados más eficaces y eficientes. Concretamente, me refiero a dos técnicas específicas del marketing social que podrían obtener magníficos resultados en el ámbito del amamanta-

miento materno: la técnica del compromiso por incitación de un *blockleader* y la técnica del premio.

2. Plantear la posibilidad de que otras técnicas de promoción, otros contenidos persuasivos ampliamente testados y estrategias del marketing social pudieran ejecutarse en el ámbito de la lactancia materna. Más específicamente, estas técnicas son las anotaciones recordatorias, la fijación de objetivos, la retroalimentación de información y la retirada de reforzamientos positivos, así como los contenidos persuasivos son los relativos a componentes emocionales con base en el miedo, el humor y el amor. Por otra parte, las estrategias son la segmentación, el análisis de la competencia y las alianzas estratégicas.

HERRAMIENTAS Y MÉTODOS

La propuesta de técnicas de promoción de la lactancia materna debe empezar por definir y clasificar los conceptos de incentivo y de recompensa. De acuerdo con Skinner (1953), entendemos por incentivo un objeto ambiental que hace que un individuo realice o repela una secuencia de conducta. Los incentivos se dan antes de la conducta y producen expectativas de consecuencias como, por ejemplo, la técnica del compromiso. En efecto, una de las técnicas antecedentes del marketing social que podría utilizarse para promover la participación en los programas de promoción de la lactancia materna es el **compromiso** mediante un **líder de grupo**, que en la literatura anglosajona recibe el nombre de "**commitment & blockleader**". Esta técnica consistiría en una solicitud o declaración suscrita por la madre concertada en la que promete simbólicamente su intención de cumplir con los requerimientos del programa de lactancia materna. Existen diversas modalidades que varían a través de las dicotomías: (1) entre público y privado, dependiendo si tiene lugar en presencia o ausen-

cia de otras personas; (2) entre escrito u oral, dependiendo de la forma en que la madre manifestaría su voluntad y (3) entre colectivo o individual, en función del número de personas que suscribirían el compromiso.

Por otra parte, las recompensas son un objeto ambiental atractivo, que se da después de una secuencia de conducta y que aumenta las probabilidades de que esa conducta se vuelva a dar en virtud de un mecanismo de reforzamiento (Reeve, 2000). Igualmente, cabe reconocer sobre la base del análisis económico del reforzamiento, por una parte, recompensas no dinerarias como por ejemplo los regalos, normalmente con un mero valor simbólico y, por otra parte, los reforzamientos dinerarios, como por ejemplo los pagos que motivan la actividad de dar el pecho o los descuentos fiscales por ser una madre lactante, los cuales podrían contemplarse en determinadas leyes. Igualmente, según sea la organización de su distribución, pueden distinguirse diversos tipos, como las loterías o rifas y los concursos o competiciones (Mckenzie-Mohr, 1999).

En efecto, la técnica del reforzamiento positivo podría plantear la posibilidad de promocionar la lactancia materna mediante **premios** a través de la provisión de regalos a las participantes en un programa de madres lactantes. De esta forma, se propondría diseñar un sistema de reforzamientos positivos sobre la base del desempeño del amamantamiento materno, ya sea controlando la frecuencia de tomas o en virtud de la cantidad de leche suministrada al bebé. Como se ha señalado anteriormente, presenta diversas modalidades según la naturaleza monetaria o en especie del regalo, según el destinatario sea una única madre o un grupo de madres lactantes, según el criterio de evaluación de asignación esté siempre vinculado al comportamiento de lactancia o se distribuya a través de sorteos o de concursos. En cualquier caso, se trataría de un reforzamiento positivo de la conducta de dar el pecho materno.

La efectividad de la técnica del compromiso mediante *blockleader*

A la luz de la literatura revisada podemos afirmar que la técnica del **compromiso** es una de las técnicas de promoción del marketing social con mejores resultados (Katzev y Pardini; 1987), no sólo por incentivar la respuesta deseada, sino porque consigue mantener la respuesta de forma sostenida a pesar de la supresión del estímulo (MGaul y Kopp, 1982). La ventaja de esta técnica estriba en que estimula el control interno del comportamiento, el cual precisa de esfuerzos pequeños de estimulación y presenta una mayor intensidad y un mayor sostenimiento temporal. Por otra parte, se pone de manifiesto que esta técnica representa el incentivo más efectivo y eficiente de los que existen, en la medida que soluciona los problemas que se asocian a otros métodos, cuyos costes y duración de efectos hacen de su implementación una estrategia de dudosa rentabilidad.

Como ha sido mencionado anteriormente, la razón de la mayor efectividad de la técnica del compromiso radica en que la justificación operaría dentro del ámbito interno de la madre, formando parte del proceso intrínseco de motivación individual, lo cual diferencia este estímulo de otros derivados de la influencia externa como la presión social (Decy y Ryan, 1980). De hecho, según las teorías de la disonancia cognitiva, la madre siempre preferiría

desempeñar las conductas en las que cree y por las que se cree comprometida, suponiendo un gran esfuerzo obrar en sentido contrario, o de forma incoherente. Igualmente, sobre la base de las teorías de la atribución, puede afirmarse que la madre tendería a valorarse, en función de las acciones que acomete, por lo que si realiza una declaración que considera importante, trataría de acometerla, a fin de reforzar el concepto que tiene de sí misma.

A parte del carácter intrínseco que induce esta técnica, existen otros muchos factores como la influencia social y el contexto, que explican la efectividad de esta técnica. En este sentido, esta técnica debe su eficacia a tres factores: (1) representa la anticipación de la aprobación de otros haciendo sentir a la madre que su comportamiento es más notorio y visible, lo que obliga a no eludir colaborar; (2) opera a través del mecanismo de la autocongruencia, el cual tiende a proteger a la madre de forma que mantenga la consistencia entre sus acciones y su auto-concepto, y (3) se refiere al hecho de que la madre lactante potencial se coloca al borde del comportamiento de colaboración, en la medida de que se induce a tomar una decisión formal que se declaraba.

Para conseguir optimizar su implementación, el compromiso debe ser aplicado preferiblemente de forma escrita, en vez de oralmente, así como individual, en vez de en grupo. No obstante, si el compromiso fuese adquirido por el círculo de amigos, familia y vecinos de la madre, y en situaciones de alta visibilidad, parece lógico pensar que podría incrementarse la efectividad, y dilatarse la duración del comportamiento deseado de dar el pecho. En cualquier caso, parece lógico esperar que su efectividad no variase si se aplicase en combinación con otras técnicas del marketing social, a excepción de la técnica del **Blockleader**, la cual presenta características especialmente adecuadas para complementar la eficacia de un compromiso entorno a la lactancia materna.

En efecto, la denominada en terminología anglosajona técnica del "**blockleader**", lo cual podríamos traducir con el nombre de **líder de grupo**, se trataría de una técnica que utilizaría personas que ya han participado en otros programas de promoción de la lactancia materna, con el objetivo de que persuadan a sus vecinos, familiares o amigos para que adopten el comportamiento deseado de dar el pecho. Se trata, por tanto, de una técnica cuya base es la norma social (Mckenzie-Mohr, 1999). Por ello, cabe esperar que la eficacia de esta técnica fuese muy elevada en aquellas comunidades donde se emplean a vecinos y expertos para la difusión de información dentro de sus mismas redes sociales, así como a familiares de la madre con experiencia satisfactoria en lactancia materna. Además, sobre la base de los resultados obtenidos en otras áreas de aplicación, cabe esperar que la conducta deseada de dar el pecho se mantenga de forma prolongada a lo largo del tiempo, ya que influye en las actitudes y creencias.

Dicha técnica basa su efectividad en la combinación, por una parte, de los resortes del suministro de información o conocimiento y, por otra parte, de la influencia social. En relación con el segundo aspecto, se pone de manifiesto que la norma social ejerce su influencia no tanto sobre las intenciones sino sobre las evaluaciones y el conocimiento disponible por las madres y su entorno social respecto a la lactancia. Por otra parte, la confección del mensaje adquiere una importancia vital en la generación de conocimientos. Sobre esta base, cabe afirmar que las argumentaciones positivas, que por ejemplo hacen hincapié en los beneficios

que reporta la leche materna, aumentarían la percepción de eficacia de la madre concienciada en lactancia materna; mientras que las argumentaciones negativas que evocan el miedo son más adecuadas en situaciones en las que la madre estuviese menos preocupada por cuestiones de amamantamiento materno. En general, cabe esperar que los mensajes negativos sean menos efectivos, que los mensajes positivos, desventaja que se acentuaría cuando hubiese una percepción elevada de vulnerabilidad. En cualquier caso, es particularmente relevante toda información que indicase los procedimientos necesarios para desarrollar la conducta de colaboración, así como del significado de la conducta y sobre todo la que se refiera a las consecuencias derivadas del propio comportamiento (Baena y Recio, 1996).

En relación con la influencia social, cabe señalar que los principios de reconocimiento social y de aprobación social son los que justifican el éxito de aplicación de la técnica del líder de grupo, lo cual hace que, en contextos donde las personas se sienten integradas en la comunidad, esta técnica opere más eficazmente. De hecho, se sabe que esta técnica permite influir directamente sobre las actitudes, modelando las creencias, las evaluaciones y las predisposiciones del individuo por efecto de un proceso de imitación, cuya base fundamental son las necesidades de aprobación social y prestigio personal. En cualquier caso, sería el contacto personal con otros lo que determina la aparición del comportamiento deseado.

Desde una perspectiva empírica, diversos autores han demostrado el papel causal que la influencia social ejerce sobre el comportamiento de lactancia materna (Ekstrom et al., 2003; Earle, 2002). Así, se pone de manifiesto que los referentes personales más determinantes son los cónyuges y otros miembros del núcleo familiar, seguidos de los amigos y vecinos, quienes representan un poder condicionante muy superior al de otras instituciones y otras personas referenciales.

El papel determinante de la norma social puede interpretarse por el ejercicio de dos funciones diferentes, que se ejercen a través de dos tipos de normas sociales (Pieters et al., 1998). Por una parte, las normas mandatorias que motivan el comportamiento, imponiendo sanciones sociales informales basadas en la necesidad de realizar lo que otros piensan que alguien debería hacer. De hecho, Kalafatis *et al.* (1999) explica que las normas subjetivas basan su influencia en el deseo de cumplir lo que otros desean que uno haga. Por otra parte, las normas personales que tienen un sentido de obligación moral, partiendo del principio de autoestima individual.

En definitiva y sobre la base de lo anteriormente expuesto, cabe esperar que la técnica del líder de grupo sea una de las más ventajosas que se puedan desarrollar para promover el comportamiento de lactancia materna. Probablemente, esta primacía sea debida a que su influencia sería directa sobre las características cognitivas y de evaluación de la madre. De hecho, por efecto de esta capacidad de modelado, la respuesta que se obtiene no sólo es mucho más contundente, sino más duradera, eludiendo así una de las limitaciones más importantes de los métodos basados en incentivos. Por otra parte, es una técnica cuya eficiencia se vería favorecida por la posibilidad de contar con personal voluntario, al tiempo que la respuesta que genera es superior a la de otras técnicas.

A fin de optimizar su aplicación, he recopilado una serie de recomendaciones prácticas referidas a un conjunto de factores tales como la gestión de la influencia social:

1. Es tan importante considerar el grado de identificación del informante con su experiencia de lactancia y con el mensaje a emitir, como la proximidad personal entre la informante con sus vecinos y con el líder del programa de lactancia materna, además de la existencia de la pauta de amamantamiento en el ámbito social donde se produce la interacción entre informante e informada. En este sentido, la propagación de la conducta deseada se facilita cuando se plantean conversaciones informales a raíz de los encuentros entre informantes e informados, cuando la relación entre el informante y el director del programa es estrecha y cuando existe una atmósfera de cordialidad en el vecindario, ya que estas situaciones favorecen los mecanismos de emulación y conformidad social.
2. No es recomendable aplicar esta técnica si el contexto social es demasiado extenso o si la presión social no ejerce apenas influencia. En este sentido, es conveniente buscar la comunicación cara a cara entre personas de una misma red social.
3. Otras de las recomendaciones específicas en la aplicación de esta técnica es la que hace referencia a su compatibilidad con otras técnicas. En este sentido, aunque es una técnica que puede ser utilizada de forma separada, dados sus excelentes resultados, puede ser recomendable su combinación con comunicaciones masivas e impersonales como, por ejemplo, mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación de masas.

La efectividad de la técnica del premio

A diferencia de las técnicas de incentivos o antecedentes analizadas anteriormente, cuya aparición tienen lugar a partir de la década de los ochenta, las técnicas de promoción del marketing social cuya intervención es activada como consecuencia de la manifestación del comportamiento demostraron su efectividad un par de décadas antes, en el marco de la literatura de la conservación de energía (Dwyer *et al.*, 1993).

Debemos destacar que la mayor parte de las investigaciones de psicología aplicada que se han llevado a cabo en el ámbito del marketing social se han centrado en estudiar el efecto de los premios. Muchas investigaciones ponen en evidencia el papel consecuente que el sistema de **premios** puede tener sobre la conducta deseada. En primer lugar, cabe esperar que la aplicación de premios incrementa de forma más clara la participación que el volumen de leche materna. Por último, mencionar que los incentivos económicos son especialmente adecuados para promocionar la lactancia materna entre las que no piensan dar el pecho, ya que son éstas las que prestan una atención preferente a este tipo de incentivos.

La justificación teórica más aceptada para explicar el éxito de los programas basados en premios o reforzamientos positivos es la que propone la doctrina del aprendizaje instrumental. Dicha teoría fue desarrollada a partir de los experimentos de Pavlov y las aplicaciones en el ámbito de las ciencias del comportamiento humano de Skinner. Según esta escuela, los premios son estímulos no condicionados que, tras asociarse a la aparición de la respuesta deseada, terminan por reforzarla, hasta el punto de que en ausencia de dichos estímulos el comportamiento de dar el

pecho adquiere una mayor probabilidad de manifestación. Por consiguiente, la pauta sistemática de suministrar contingencias positivas hará más frecuente el comportamiento, estimulándolo y afianzándolo de forma exógena. En línea argumental con esta teoría, la literatura de psicología perteneciente a la escuela conductista resalta que por medio del modelado se consigue, a través de un sistema de economía de fichas con base en premios o regalos, reforzar una conducta deseada, la cual pudiera iniciar el desarrollo de una línea de conducta que se extendiese al grupo de las deseadas (Favell, 1977; Kazdin, 1980).

Sin embargo, a pesar de que la asignación de premios ha demostrado en múltiples investigaciones su efectividad como acicate destacado del comportamiento deseado, existen diversas limitaciones (Balsam y Bondy, 1983):

1. El corto horizonte temporal de la respuesta tras la eliminación del premio, o incluso en situaciones prolongadas de aplicación.
2. Los problemas derivados de una estimulación externa, la cual puede terminar por destruir la motivación interna. En este sentido, es necesario tener en cuenta que una sobre estimulación externa podría anular el control interno o motivación intrínseca de la persona.
3. El carácter específico que asocia la aplicación de un premio a un producto determinado, sin que sea posible extrapolar el aprendizaje a otros productos o conductas deseadas.
4. El coste asociado a los premios representa una de las limitaciones más importantes, sobre todo si se pretende sostener un programa a lo largo del tiempo, problema que consigue limitarse en el caso de la organización de loterías o rifas.

Un análisis más detallado de cada una de las modalidades en las que se presenta el sistema consistente en premios nos permite llegar a conclusiones más específicas en torno a los efectos diferenciados de cada una de estas técnicas. En primer lugar, con relación al sistema con base en **loterías o sorteos**, cabe llegar a las siguientes conclusiones. En comparación con otras técnicas de incentivos, diversos trabajos reconocen su superioridad como activador de respuesta, al tiempo que destacan sus limitaciones para asegurar la continuidad de la misma.

Otra técnica que ha demostrado su eficacia como reforzador de la conducta deseada en el marketing social y que consiste igualmente en premiar con carácter consecuente la manifestación del comportamiento deseado es la organización de **concursos**. Su efectividad ha sido puesta de manifiesto de forma contundente en el ámbito de la conservación de energía. Por otra parte, en este mismo sector se pone de manifiesto que la respuesta provocada por un concurso es más duradera que la que surge tras una rifa o lotería; aunque éstas han demostrado poseer una mayor potencia de respuesta.

Por último, otra técnica en la que se premia la aparición de la conducta de lactancia materna es la de recompensar con pequeñas **gratificaciones monetarias**. Su eficacia ha sido puesta de manifiesto por diversas investigaciones, evidenciándose que los incentivos económicos son potentes activadores de los comportamientos de colaboración voluntaria (Epstein, 1985). La principal ventaja de los incentivos monetarios consiste en el reporte inmediato de beneficios a la conducta deseada, lo que provoca una reacción fiable y rápida.

La eficacia de los incentivos económicos ha sido comparada con otras técnicas de promoción. En este sentido, se pone de manifiesto que la eficacia de dichos incentivos es inferior que la obtenida por concursos o por sorteos. Así mismo, se verifica que la organización de una lotería tiene mayores repercusiones en el incremento de las conductas deseadas que el abono de incentivos económicos, además de provocar una respuesta significativamente más duradera.

Las recomendaciones que se derivan de los resultados empíricos alcanzados se detallan a continuación.

1. La asignación de premios es mucho más efectiva si se realiza de forma individual que de manera colectiva, ya que la contribución personal se percibe mejor, en la medida que permite tener un conocimiento más claro de la propia eficacia.
2. Parece conveniente integrar el sistema de premios con otros procedimientos de promoción, ya que permite prolongar el sostenimiento de la conducta y aumentar el volumen de participación. Estas técnicas complementarias, cuya evidencia ha conseguido resultados satisfactorios, son el establecimiento de objetivos, las notas recordatorias y el compromiso de carácter colectivo. No obstante, según se pone de manifiesto, su efectividad ha quedado en entredicho cuando ha sido acompañada de técnicas como la firma de un compromiso escrito de carácter individual, debido a la contradicción que ha sido puesta de manifiesto en la literatura de la motivación intrínseca y que hace referencia al efecto indeseable que provoca una estimulación *exógena*.
3. Cabe tener en cuenta que si bien el interés de una persona, la frecuencia y la calidad en el desarrollo de una actividad puede ser estimulada externamente, en las dosis de aplicación se debería considerar si el perfil volitivo es intrínseco, a fin de descartar la intervención, ya que se podría anular la respuesta deseada y limitar la estimulación hasta el punto de que los premios se conviertan en más importantes que el desarrollo de la propia tarea.
4. Cabe destacar que la eficacia de un sistema de premios está en función de la existencia de lugares convenientes para el desempeño de la conducta deseada (Esterik y Greiner, 1981), por ejemplo salas de amamantamiento materno en oficinas y lugares públicos.

Las características generales, tanto de las técnicas antecedentes como consecuentes tratadas, aparecen resumidas en la tabla I.

Otras técnicas de promoción y contenidos persuasivos

Además de estas técnicas de promoción, el marketing social podría suministrar otras muchas técnicas de promoción que tampoco han sido tratadas en el ámbito de la lactancia materna. Por ejemplo, como incentivos cabría destacar el sistema de establecer objetivos de lactancia y la técnica de las anotaciones recordatorias o prompt. Concretamente, la **fijación de objetivos** debería administrarse, ya sea de forma individual o colectiva, o haciendo participar activamente en la fijación de los mismos al público objetivo o fijándolos de forma centralizada por el personal sanitario. En cualquier caso, la técnica de establecimiento de objetivos, siempre se realiza públicamente (Becker, 1978). Por ejemplo, proponiendo por parte de las instituciones del estado que las empre-

TABLA I. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE AMBOS DISEÑOS PROMOCIONALES.

Técnicas	Definición
Compromiso	Se hace una solicitud o declaración suscrita por la madre concertada en la que promete su intención de cumplir con los requerimientos del programa.
Líder de grupo	Se utilizan personas que ya han participado en otros programas de lactancia con el objetivo de que persuadan a su entorno social.
Premio	Técnica de estimulación consecuyente o reforzador, que consiste en proveer regalos a los participantes en un programa de lactancia por medio de un sistema de economía de fichas.
Eficiencia	
Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> - Su eficacia es debida a que estimula el control interno del individuo y el desarrollo de la motivación intrínseca, al tiempo que hace operar la influencia social cuando es aplicado en condiciones públicas. - Provoca aumentos mínimos de un 25% y máximos de un 75%, lo cual representa un nivel de eficacia significativo y mayor que otras técnicas. - Consigue efectos duraderos, los cuales se mantienen tras su aplicación.
Líder de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Su eficacia es debida a que combina los resortes del suministro de información y de la influencia social. - Provoca aumentos considerables de la participación y el volumen, hasta el punto de considerarse uno de los procedimientos más eficaces. - Consigue efectos duraderos y mantener su efectividad tras su eliminación.
Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Su eficacia se debe a que influye directamente sobre la conducta, sin intermediar en disposiciones psicográficas concretas y porque asocia al surgimiento del comportamiento deseado una satisfacción inmediata según los postulados de la teoría del aprendizaje instrumental - Provoca aumentos considerables de la participación de forma inmediata hasta niveles muy elevados y comparables con otras técnicas de efectividad contrastada - No consigue efectos duraderos, pues pierde su efectividad tras su eliminación y puede provocar efecto de saturación si su aplicación es prolongada. - Coste elevado y eficiencia limitada
Recomendaciones	
Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> - Es preferible su aplicación escrita, en vez de oral, así como individual, en vez que en grupo. - Se debe aplicar en condiciones de alta visibilidad social, ya que facilita la presión social. - No es particularmente deseable su aplicación en combinación de otras técnicas, a excepción del líder de grupo.
Líder de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Debe considerarse el grado de identificación del informante con su mensaje y la proximidad respecto a su grupo objetivo. - Es recomendable aplicarla en contextos sociales de pequeño ámbito. - Es compatible con otras técnicas impersonales.
Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Su asignación individual aumenta los resultados - Es compatible con otras técnicas antecedentes - Se debe considerar si el perfil del público objetivo es intrínseco, a fin de regular la intensidad del regalo

Fuente: elaboración propia.

sas de más de cincuenta empleados que tengan un número determinado de madres trabajadoras que den el pecho a sus hijos, pueda convalidarse por la contratación de un minusválido.

Por otra parte, debiéramos considerar la técnica de **notas recordatorias**, denominada en terminología anglosajona "*prompt*". Dicha técnica consiste en exponer al individuo o a un grupo de individuos a información escrita u oral relacionada con la conducta deseada. Dicha técnica se integra dentro de la categoría de las que estimulan de forma antecedente la conducta del amamantamiento materno, siendo considerada la estrategia de intervención más simple y menos costosa para incentivar la conducta deseada (Mckenzie-Mohr, 1999). La información que contiene puede ser fáctica o referida al modo de desempeñar la tarea, persuasiva o con una clara intención de convencer o meramente recordatoria con el objeto de evocar la necesidad y la importancia de dar el pecho. Se distinguen tres modalidades fundamentales de notas recordatorias, según su distribución sea por escrito, por teléfono o en persona. Por ejemplo, se podría dar a las madres lactantes cuando son dadas de alta del centro materno infantil un imán alusivo al amamantamiento materno.

Por otra parte, como técnicas de reforzamiento cabe citar la **retroalimentación de información**, por ejemplo, acerca del desem-

peño de la lactancia y sus efectos constatables sobre el desarrollo del niño, así como la **retirada de reforzamientos positivos** como el permiso de lactancia o potenciales ventajas fiscales.

Así mismo, en la práctica del marketing se recurre con mayor frecuencia que en la práctica médica a contenidos persuasivos con base emocional (Maddux y Rogers, 1982), los cuales podrían resultar muy eficaces en la difusión de la lactancia materna. Por ejemplo, la evocación del miedo entorno a la mayor incidencia de enfermedades en el bebé por efecto de una alimentación artificial, así como la utilización del humor para ganar la complicitad del *target* son configuraciones que pudieran alcanzar un grado significativo de respuesta en madres poco involucradas. Finalmente quizás la alusión al mayor desarrollo del sentimiento de apego entre madre y bebé gracias a la práctica lactante podría representar un papel decisivo para convencer a madres medianamente involucradas con esta alimentación natural de sus hijos.

Por último, el marketing social pudiera ayudar a proteger y defender la lactancia materna no sólo desde una aproximación operativa sino también mediante la provisión de estrategias con base en metodologías como, por ejemplo, la **segmentación** del mercado de madres potencialmente lactantes. Esta estrategia consistiría en distinguir distintos grupos homogéneos de madres a

fin de aplicarles un tratamiento diferenciado en virtud de su grado discriminado de sensibilidad hacia los métodos de promoción que se han tratado en este artículo. Se trata, en definitiva, de maximizar la respuesta deseada a través de la aplicación eficiente de políticas específicas de promoción de la lactancia materna. Igualmente, se podría proponer un **análisis de la competencia** que representa la conducta del biberón, así como la búsqueda de **alianzas estratégicas** con grupos interesados en la lactancia como, por ejemplo, educadores y trabajadores sociales, y, por qué no, con empresas de alimentación infantil que deseen incrementar su confianza y credibilidad en el mercado.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se propone el diseño de dos técnicas diferentes para la promoción de la lactancia materna. Dichas técnicas han demostrado su efectividad en campos como el medio ambiente por lo que su aplicación al ámbito del amamantamiento materno pudiera resultar igualmente exitosa. Por una parte, se propone la técnica del compromiso mediante la incitación de un *blockleader* dadas sus altos niveles de efectividad no sólo para provocar la respuesta deseada sino también para su mantenimiento. Por otra parte, la técnica con base en premios, la cual podría mostrar los niveles más elevados de eficacia, si bien a corto plazo, ya que presenta la limitación del corto horizonte temporal de mantenimiento.

Igualmente, es importante destacar que ambos tipos de métodos de promoción resultan complementarios habida cuenta del distinto perfil que la audiencia objetivo debiera poseer. Por una parte, la técnica del compromiso por incitación del *blockleader* es más adecuada sobre madres intrínsecamente motivadas respecto a la lactancia materna; mientras que la técnica con base en premios lo es en casos en que la madre objetivo no presentase una involucración elevada respecto a dar el pecho a su hijo.

Además, se han propuesto otras herramientas de promoción que han sido exitosas en la estimulación de conductas proambientales y que quizás sean igualmente eficaces respecto a la lactancia. Estas son las anotaciones recordatorias, la fijación de objetivos, la retroalimentación de información y la retirada de reforzamientos positivos.

Por último, se ha subrayado la existencia de contenidos persuasivos con base emocional a los que se suele recurrir en el marketing social con resultados muy significativos como el miedo, el humor y el amor. Así mismo, se proponen acciones estratégicas como la segmentación, el análisis de la competencia y las alianzas estratégicas.

En definitiva, si el objetivo consiste en comercializar el valor del amamantamiento materno en la sociedad, parece lógico pensar que el marketing social pudiera convertirse es una disciplina de gestión innovadora y adecuada. No en vano, así se ha puesto de manifiesto respecto a otras conductas, actitudes, creencias y valores éticos y deseados por la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreasen, A. (1995). *Marketing Social Change: changing behavior to promote health, social development and the environment*. Jossey-Bass Publishers.
- Baena, M. Y Recio, M. (1996): "Cómo afecta el argumento verde en el marketing de productos de consumo no duradero". *Harward Deusto Business Review*, referencia 0812.
- Balsam, D. Y Bondy, S. (1983): "The negative side effects of reward". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16: 283-296.
- Becker, L. (1978): "The joint effect of feedback and goal setting on performance: a field study of residential energy consumption". *Journal of Applied Psychology*, 63: 428-433.
- Burns, S. (1991): "Social psychology and the stymulation of recycling behaviors: the blockleader approach". *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 8: 611-629.
- Deci, L. Y Ryan, M. (1980): "The empirical exploration of intrinsic motivational process". *Advances in Experimental Social Psychology*, 13: 39-80.
- Dispoto, G. (1977): "Interrelationships among measures of environmental activity, emotionality and knowledge". *Educational and Psychological Measurement*, 37: 451-459.
- Dwyer, W.; Leeming, F.; M. Porter, B. Y Jackson, J. (1993): "Critical review of behavioral interventions to preserve the environment: research since 1980". *Environment and Behavior*, 25: 275-321.
- Earle, S. (2002). "Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion". *Health promotion international*, 17, 3: 205-214.
- Ekstrom, A.; Widdtoms, A. y Nissem, E. (2003). "Breastfeeding support from partner and grandmothers: perception of swedish women". *Birth*, 30, 4: 261-266.
- Epstein, R. (1985): "The positive side-effects of reinforcement: a commentary on Balsam and Bundy". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18: 73-78.
- Esterik, P. y Greiner, D. (1981): "Breastfeeding and women,s work: constraints and opportunities". *Studies in family Planning*, 12, 4: 184-197.
- Favell, E. (1977): "The power of positive reinforcement: a handbook of behavior modification". Springfield, IL: Charles C. Thomas. California.
- Fridinger, F.; Alfonso, M.; Hussain, A.; Bryant, C.; Ruowei, L.; Benton-Davis, S.; Grummer-Strawn, L.. (2003): "A multi-year profile of public beliefs and attitudes regarding breastfeeding practices". *Social Marketing Quarterly*, 9, 4: 32.
- Gengler, C.; Oglethorpe, J. y Mulvey, M. (1995). *A qualitative analysis of infant feeding decisions*. *Proceeding of The American Marketing Association for the Public Policy Conference*. Georgia.
- Kalafatis, S.; Pollard, M.; East, R. Y Tsogas, M. (1999): "Green marketing and Ajzen,s theory of planned behavior: a cross market examination". *Journal of Consumer Marketing*, 16, 5: 441-460.
- Katzev, R. Y Pardini, A. (1987): "The comparative effectiveness of reward and commitment approaches in motivating community recycling". *Journal of Environmental Systems*, 17: 93-113.
- Kazdin, E. (1980): "Behavior modification in applied settings". Homewood, IL: Dorsey Press.
- Kotler, P.; Roberto, N. y Lee, N. (2002). *Social marketing: improving the quality of life*. Sage Publications.
- Lindenberger, H. y Bryant, C. (2000): "Promoting breastfeeding in the WIC Program: a social marketing health study". *American Journal of Health Behavior*, 24, 1: 53-60.
- Maddux, J. Y Rogers, R. (1982): "Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change". *Journal of Experimental Social Psychology*, 19: 469-479.
- MCaul, D. Y Kopp, T. (1982): "Effects of goal setting and commitment on increasing metal". *Journal of Applied Psychology*, 67: 377-379
- MCKenzie-Mohr, D. (1999): "Fostering sustainable behavior". New Society Publisher.
- Pieters, R.; Bijmolt, T.; Raaij, F. Y Kruijk, M. (1998): "Consumer,s attributions of proenvironmental behavior, motivation, and ability to self and others". *Journal of Public Policy and Marketing*, 17, 2: 215-225
- Reeve, J. (2000): *Motivación y emoción*. McGrawHill. Madrid.
- Skinner, F. (1953): *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Mesa Redonda: Lactancia materna en situaciones especiales

Madre no gestante

E. JAUMIRA

Profesora Agregada de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic

La lactancia materna es el mejor alimento que se puede ofrecer al recién nacido. Junto a los beneficios sanitarios tanto para el bebé como para la madre, existen los psicológico-afectivos del contacto materno-filial.

Cuando la madre no ha sido gestante, la relación materno filial se inicia en la lactancia.

En el título de esta exposición se menciona como situación especial en la lactancia materna “madre no gestante”. Quisiera comentar dos aspectos que pueden ser de interés en la inducción a la lactancia en dos situaciones distintas: la fecha prevista del primer contacto madre-hijo y la edad del bebé, los cuales pueden ser distintos si se trata de adopción o bien de embarazo por subrogación. Es éste último, el caso que se presenta en esta exposición: amamantar a un hijo recién nacido desde su primer día de vida. En el caso de embarazo por subrogación se conoce la fecha del nacimiento del bebé casi con exactitud.

Así pues, en mi caso yo iba a ser mamá de un bebé recién nacido el día 25 de enero de 1999. Gerard nació a las dos de la madrugada del día 26.

Una vez planteada la decisión de amamantar, podía prepararme para ello.

ANTECEDENTES PERSONALES (MATERNOS)

A la edad de 26 años sufrí una enfermedad leucémica (LALc) tratada con quimio y radioterapia, y trasplante de médula ósea (TMO) con total remisión.

Debido a las complicaciones y secuelas posteriores al TMO se me recomendó no embarazarme pues podría tener consecuencias muy graves para la salud propia y la del feto.

EMBARAZO POR SUBROGACIÓN

Junto con mi pareja, teníamos la ilusión de formar una familia, así pues decidimos llevar a cabo el embarazo de nuestro hijo a través de un programa de subrogación.

Al cabo de un tiempo, Mónica estaba embarazada de nuestro hijo, iba a llamarse Gerard. Fue un embarazo vivido a muchos kilómetros de distancia, pues ella vivía con su marido y sus hijos en el estado de California (USA). A pesar de la distancia vivimos el embarazo intensamente.

OBJETIVO: AMAMANTAR A MI HIJO

Una compañera de trabajo me comentó si me había planteado amamantar a mi hijo aunque no lo gestara. Desde aquel momento inicié un reto para mí muy importante: amamantar a Gerard.

Conociendo los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y deseando tener un contacto relacional más íntimo con mi hijo, estaba suficientemente motivada para ello.

Desconocía qué debía hacer, así que me puse en contacto con “La Liga de la Leche” y con otros profesionales de la salud, quienes con su gran sensibilidad respecto a este tema me ayudaron en mi empeño.

PROCESO DE INDUCCIÓN A LA LACTANCIA

Un mes y medio antes que naciera Gerard, inicié un tratamiento farmacológico con Progesterona natural y Sulpiride. Al mismo tiempo inicié la estimulación de leche con un sacaleches eléctrico, empezando con un nivel de succión bajo aumentándolo progresivamente. Empecé con dos sesiones de bombeo al día hasta llegar a la extracción cada 2 o 3 horas durante el día y la noche.

Quince días después del inicio del tratamiento se inició la salida de la leche, aparecieron en el pecho las primeras gotas de calostro. ¡Que gran ilusión! Me planteaba si realmente podía ser calostro. Las pequeñas gotas que inicialmente eran amarillentas y transparentes iban cambiando poco a poco, hasta adquirir el color más blanquecino de la leche. En un principio la producción de leche fue escasa, de 1-2 cc. en cada extracción, pero aumentó progresivamente.

Uso de la bomba de succión: sacaleches minielectric

Funciona con pilas y con electricidad, es pequeño y cómodo de utilizar. De intensidad graduable, se debe utilizar durante el día y la noche, cada 3 h. o mejor cada 2 h. con un tiempo aproximado de 10 a 15 mn en cada pecho. Es importante una constancia en su uso, pues el bombeo frecuente y regular es más efectivo que el bombeo esporádico. Para el proceso de inducción también es muy eficaz la utilización de un sacaleches eléctrico doble, sacando leche de ambos pechos de forma simultánea. El uso de éste método para estimular la producción láctea no fue molesto para mí.

Al momento del nacimiento, la cantidad de leche producida era de 10 cc. cada 3-4 horas, que se incrementó con la succión del bebé, el cual recibía al mismo tiempo un complemento de leche artificial. Para ello fue necesaria la utilización de un sistema de alimentación simultáneo: El SNS (Supplemental Nursing System) que suplementó la falta de leche materna. El SNS es un dispositivo compuesto por una botellita que se cuelga en el cuello con dos cánulas que se aseguran en cada uno de los pezones. Así el bebé al mismo tiempo succiona la leche de la sonda y la leche materna significando un aumento en la producción de ésta.

Gerard, con un mes y medio de edad, tomaba ya 30 cc de leche materna, que fue en aumento progresivo.

OTROS ASPECTOS DE MI EXPERIENCIA

Mónica, mi marido y yo, visitamos el hospital donde iba a nacer Gerard unos días antes de su nacimiento. Fue allí donde tuve una cita con una enfermera que me enseñó, con una demostración (utilizó un muñeco simulando a un bebé, un pecho hecho de ropa y la botella con las sondas para alimentación simultánea), cómo debía ponerme el bebé en el pecho y cómo debía colocarme la botella de alimentación simultánea pues conocíamos con anterioridad que la leche materna no sería suficiente para alimentar al bebé. Todo ello fue realmente muy útil.

Transcurrida una hora del nacimiento de Gerard, inicié la lactancia. Esta primera experiencia no tuvo éxito, probablemente debido a la intensa emoción de encontrarme junto a mi hijo y, como no, de la inexperiencia.

Después de varias veces de intentarlo sin éxito se detectó que Gerard tenía una cierta dificultad para succionar correctamente. Mientras tanto tomaba leche materna y leche de fórmula con biberón.

Para facilitar que Gerard pudiera succionar eficazmente, la enfermera de neonatología me enseñó cómo debía hacerle un masaje peribuca/bucal y así conseguir que su succión fuera eficaz. Fácilmente conseguimos este objetivo.

Durante unos días, Gerard tomó leche materna y leche de fórmula a través del biberón.

Una vez acomodados en la intimidad de nuestro hogar, recuperamos la lactancia materna sin ayuda del biberón.

Gerard continuó con la lactancia materna hasta los seis meses, período en el cual dejó de mamar espontáneamente, no obstante pude darle leche materna hasta los 7 meses obteniéndola por extracción manual.

Debo expresar mi gran satisfacción por haber conseguido el objetivo de poder amamantar a mi hijo.

COMENTARIOS

Aunque la motivación por parte de la madre es esencial, no menos importante es el apoyo que recibe de su pareja, de su familia y su entorno social.

El hecho de estar rodeados de profesionales capacitados para ayudarnos a resolver las dudas o problemas que se presentaban, fue para nosotros muy importante. Es necesario que los profesionales sanitarios tengan conocimientos adecuados para ayudar a resolver los problemas que puedan surgir. Las demostraciones son muy útiles, aunque sean de aspectos aparentemente sencillos. De esta manera uno se siente mas seguro y sabe manejarse mejor.

Es importante que los profesionales que dan soporte a la lactancia muestren predisposición y entusiasmo para poder. Ello ayuda a mantener la ilusión y la firmeza ante la decisión tomada.

Debemos marcarnos objetivos realistas, teniendo en cuenta que cada situación es única, y no debemos desilusionarnos o tener remordimientos si no lo conseguimos. No es tan importante la cantidad de leche producida como el contacto y la relación que se establece entre madre e hijo a través de la lactancia. Este contacto es esencial cuando no ha habido un previo contacto de embarazo.

Los mismos profesionales de la salud necesitamos ayuda en experiencias tan maravillosas como éstas. No debemos suponer la integración y dominio de conocimientos. Cualquier persona puede necesitar apoyo.

La utilización del sistema de alimentación simultáneo fue muy útil, creo que imprescindible para conseguir el éxito en el amamantamiento cuando la producción de leche materna no es suficiente.

Otro aspecto importante a destacar es la continuidad de soporte que los profesionales de la salud deben dar una vez la familia se encuentra en su domicilio. Es en este momento cuando los padres pueden encontrarse solos para resolver los problemas y las dudas que el día a día puede presentar.

“Cada experiencia es única e irrepetible y los sentimientos vividos son imborrables.”

Mesa Redonda: Lactancia materna en situaciones especiales

Lactancia materna después de una cesárea

I. OLZA FERNÁNDEZ

Psiquiatra Infanto-juvenil. Centro Salud Mental de Moncloa. Hospital de Puerta de Hierro, Madrid.

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Lamentablemente asistimos a una epidemia de cesáreas, en su mayoría “inne-cesáreas” como ha denunciado la Organización Mundial de la Salud, que señala que en ningún país se debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea, mientras en nuestro país se roza el 25%, es decir, uno de cada cuatro niños viene al mundo por cesárea.

Para las madres que han tenido una cesárea la lactancia tiene **ventajas adicionales** como:

- El útero recupera antes su tamaño normal (la cesárea hace que el útero tarde más en recuperar el tamaño normal que si el parto hubiera sido vaginal¹),
- Favorece la pérdida de peso, lo cual es aún más beneficioso si la madre tiene limitada su movilidad y actividad física

durante las primeras semanas como consecuencia de la cesárea,

- La protección para el bebé de numerosas infecciones puede ser especialmente importante para los niños que nacen por cesárea tras un parto largo con rotura de bolsa o que permanecen ingresados en el hospital, donde el riesgo de infecciones es mayor.

Pero sobre todo el éxito en la lactancia permite a muchas madres recuperar la confianza en su cuerpo y la autoestima que se vio quebrantada por la cesárea². Al favorecer el vínculo, la lactancia puede ser un instrumento de sanación de la herida emocional producida por el parto traumático, tanto para la madre como para el niño.

A pesar de estos beneficios los obstáculos son importantes. De hecho son numerosos los estudios que demuestran que las madres que tienen una cesárea dan menos el pecho que las que dan a luz vaginalmente. Los motivos son múltiples, desde el retraso en la primera toma y las dificultades derivadas de algunas rutinas hospitalarias hasta la falla en la confianza de la mujer tras la cesárea.

DIFICULTADES PARA AMAMANTAR DESPUÉS DE LA CESÁREA

Un estudio³ señaló que las madre que daban a luz por cesárea urgente presentaban niveles más bajos de oxitocina y prolactina, las hormonas de la lactancia, en las primeras 48 horas del posparto. Otros autores también han concluido que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes⁴. Sin embargo las diferencias en la duración de la lactancia entre las madres que han dado a luz vaginalmente y las que lo han hecho por cesárea desaparecen después del primer mes⁵. Por lo tanto resulta evidente que después de una cesárea las madres necesitan un apoyo especial e individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia⁶.

La mayoría de las dificultades que encuentran muchas madres para amamantar tras la cesárea no son debidas a la intervención sino a toda una serie de creencias erróneas y/o prácticas inadecuadas en el hospital que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba.

En realidad la lactancia se puede iniciar en la primera hora de vida del bebé incluso si éste ha nacido por cesárea. No existe ningún motivo médico que justifique el que a los bebés se les mantenga en observación sin sus padres durante las primeras 24 horas siguientes a la cesárea, como se realiza rutinariamente en algunos hospitales españoles. La primera recomendación para amamantar tras una cesárea es pues sencilla: no separar a madre y bebé bajo ningún argumento.

El cansancio, la fatiga y el estrés vivido por la madre pueden por sí solos inhibir la producción de la hormona prolactina. Este efecto suele verse acrecentado por las normas del hospital que a menudo impiden que la madre que ha tenido una cesárea descanse efectivamente: A esto se añade la creencia de que “la cesárea debilita tanto que la leche no alimenta al bebé”. A menudo se achaca a la debilidad materna secundaria a la cesárea el llanto del bebé, es decir, se interpreta que si el bebé llora mucho a pesar de tomar el pecho será porque la leche no le alimenta. Otro de las nociones que entorpece bastante la lactancia tras la cesá-

rea es la de que “para que la madre descanse y se recupere antes es preferible que dé el biberón”. Preparar biberones en medio de la noche suele ser bastante más agotador que amamantar en la cama y como ya hemos comentado la lactancia favorece el que la madre se recupere antes de la cesárea.

El encontrar una buena postura para amamantar tras la cesárea puede no ser sencillo. Muchas madres encuentran que la mejor postura en estos casos es tumbadas, esto también favorece el que echen pequeñas siestas cada vez que el bebé se duerme al pecho, lo que acelera bastante la recuperación materna. Otras madres se beneficiaron de los cojines especiales para la lactancia, que permiten tener al bebé bien colocado en el pecho sin que se apoye en el vientre de la madre, lo que evita el dolor.

Los bebés nacidos por cesárea pueden tener dificultades propias de su nacimiento. Algunos pasan las primeras semanas muy adormilados, casi siempre por haber nacido dos o tres semanas antes de tiempo. Otros lloran desconsoladamente. A veces no sabemos porqué lloran, aparentemente todo está bien. Lo cierto es que algunos niños han sufrido mucho en el parto, en la cesárea o en las primeras horas de vida. Llevan el susto metido en el cuerpo, por decirlo de alguna manera, para ellos la experiencia ha sido dura. Resulta obvio, pero hay que recordar que los bebés se enteran de todo, sufren y se emocionan exactamente igual que todos los humanos, y si un bebé ha tenido un parto traumático puede recordarlo o tener pesadillas con el mismo. Lo importante es entender que incluso si no sabemos muy bien qué es lo que les pasa siempre podemos ofrecerles el pecho como consuelo o simplemente tenerlos en brazos y cantarles o acariciarles.

Los profesionales sanitarios a menudo desconocen **el sufrimiento emocional** que muchas madres atraviesan tras la cesárea. Por el contrario prevalece el imperativo de que la madre debe de estar feliz porque tiene “un bebé sano” o agradecida por la cesárea. Pero lo uno no quita lo otro: se puede estar muy feliz por la llegada al mundo de un hijo y a la vez muy triste por la pérdida del parto soñado o de las primeras horas junto al bebé. La cesárea es ante todo un sacrificio y un acto de amor: cuando una madre acepta ser seccionada casi siempre lo hace desde el convencimiento de que eso es lo mejor para su hijo

Para algunas madres la cesárea no supone ningún trauma aparente, otras pueden tener sentimientos de pérdida y o fracaso. ¿Por qué son tan variables las reacciones ante un mismo suceso? Toda una serie de factores pueden inclinar la balanza en uno u otro sentido.

En primer lugar los factores obstétricos. En las cesáreas urgentes el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero **síndrome de estrés postraumático**, una reacción psicológica que hoy se sabe que puede producirse después de situaciones estresantes en el parto⁷⁻⁹.

Por contra las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención. Sin embargo este aspecto por sí sólo no justifica el programar la cesárea sin que haya trabajo de parto previo, ya que casi siempre se puede esperar a que se inicie el parto de manera espontánea y entonces realizar la intervención, así la mujer ha podido prepararse para la cesárea y también evitar entre otros el riesgo de que el bebé tenga problemas respiratorios, cosa frecuente en

las cesáreas programadas. Además así el bebé al menos ha podido elegir su fecha de nacimiento.

El nacimiento, incluso si acontece en un quirófano, debería ser siempre tratado con el máximo respeto por parte de los profesionales: la madre y el niño son los verdaderos protagonistas. Si la mujer se ha sentido partícipe de la decisión, si ha sido bien informada, si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimile bien¹³. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido acompañada y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo. Para muchas madres el momento más doloroso llega meses o años después de la cesárea, cuando descubren que esta se podía haber evitado o que el motivo que se les dió en su momento era dudoso o incluso falso.

Los aspectos socioculturales pueden favorecer la satisfacción de la mujer con el procedimiento, como es el caso de aquellos círculos sociales donde la cesárea se percibe como un privilegio de las clases altas (fenómeno descrito en algunas sociedades latinoamericanas, como Brasil o México) o por el contrario pueden incrementar su aislamiento y sufrimiento interno si la familia o los amigos no entienden la decepción de la madre con el nacimiento¹⁰.

Varios investigadores han estudiado las reacciones psicológicas presentes entre algunas mujeres que han dado a luz por cesárea. La más generalizada es la sensación de pérdida, es decir, el duelo por no haber tenido el parto soñado¹¹. Esto se puede expresar en términos de decepción o de tristeza intensa por no haber estado presente en el nacimiento "aunque me lo enseñaron al nacer yo no lo recuerdo, me da rabia tener que imaginar-me lo que otras mujeres recuerdan toda su vida"¹².

La psicóloga Cheryl Beck analizó los relatos de mujeres que presentaban síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto¹³. Encontró que las madres que lo padecen:

1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses.
2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas.
3. El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva ("obsesión y monoteísmo")
4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familias y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión. El SEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios.
5. Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

CÓMO FACILITAR LA LACTANCIA TRAS LA CESÁREA

Evitar la separación madre bebé tras la cesárea o minimizarla, y reforzar la autoestima y confianza maternas mediante men-

sajes positivos son la manera de ayudar a las madres a establecer la lactancia tras la cesárea. Prácticamente siempre la lactancia se puede iniciar en el quirófano. Casi todos los problemas con la lactancia se solucionan de manera similar: metiéndose madre y bebé semidesnudos en la cama, poniendo al bebé sobre el pecho de la madre, recomenzando, armándose de paciencia y cariño, posponiendo todo lo demás, ofreciendo el pecho verdaderamente a demanda. La manera de aumentar la producción de leche es simple: tener al bebé más tiempo al pecho. Si a pesar de todo sigue habiendo un problema es necesario que un buen profesional lo diagnostique y ofrezca una solución que permita continuar con el pecho, siempre animando y reconociendo el valor y mérito que tiene la madre en esa circunstancia.

Algunas mujeres, además de sentirse culpables por haber tenido una cesárea en vez de un parto vaginal, se sienten fracasadas por no haber conseguido amamantar a su bebé¹⁴. En la mayoría de los casos el abandono de la lactancia ha sido debido a una serie de consejos erróneos y a una falta de apoyo por parte del entorno familiar y sanitario. Por eso es importante celebrar los logros, incluso si estos parecen pequeños. Si una madre logró amamantar a su bebé durante 15 días, eso ya tiene mérito. A veces los inicios de la lactancia son tan difíciles que se convierte en una situación de muchísimo agobio y angustia, un martirio real. Entender por qué no funcionó la lactancia también es la mejor manera de amamantar con éxito la siguiente vez. La recuperación emocional puede ser larga y laboriosa, y en algunos casos es preciso recurrir a la ayuda profesional, especialmente si hay un síndrome de estrés postraumático o una depresión posparto. Incluso si es recomendable iniciar tratamiento farmacológico, hay que recordar la mayoría de los psicofármacos son perfectamente compatibles con la lactancia materna¹⁵. Cualquier planteamiento terapéutico debería iniciarse con un reconocimiento explícito a la madre por amamantar con éxito en una sociedad donde es tan pequeño el porcentaje de bebés amamantados de forma exclusiva. Este reconocimiento inicia el apoyo a la autoestima materna. La relación terapéutica por lo tanto debería basarse en el apoyo y refuerzo del vínculo materno filial y de la lactancia, no al contrario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Negishi, H et al. Changes in Uterine Size After Vaginal Delivery and Cesarean Section Determined by Vaginal Sonography in the Puerperium. *Arch Gynecol Obstet.* November 1999; 263(1-2): 13-16.
2. Laufer, AB. Breastfeeding. Toward Resolution of the Unsatisfying Birth Experience. *Journal of Nurse-Midwifery.* January 1990; 35(1):42-45.
3. Nissen, E et al. Different Patterns of Oxytocin, Prolactin But Not Cortisol Release During Breastfeeding in Women Delivered By Cesarean Section or by the Vaginal Route. *Early Hum Dev.* July 1996; 45(-2):103-18.
4. Weiderpass, E et al. Incidence and Duration of Breast-Feeding by Type of Delivery: A Longitudinal Study in Southeastern of Brazil. *Rev Saude Publica.* June 1998; 32(3): 225-31.
5. Sozmen, M. Effects of Early Suckling of Cesarean-Born Babies on Lactation. *Biol Neonate.* 1992; 62(1): 67-8.
6. Perez-Escamilla, R et al. The Association Between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women. *Am J Public Health.* June 1996; 86(6):832-836.
7. Lyon S. "Posttraumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment". IN Clement S (ed) *Psychological pers-*

- pectives on pregnancy and childbirth pp 123-143. Edinburgh; Churchill, 1998.
8. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Posttraumatic stress reactions after emergency caesarean" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997; 76; 856-861.
 9. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. "Factors related to childbirth satisfaction". *J Adv Nurs*. 2004 Apr;46(2):212-9.
 10. Nuttall C. The cesarean culture of Brazil. *British Medical Journal*. 2000; 320: 1072.
 11. Clement S. "Psychological aspects of caesarean section". *Best Pract Research Clinical Obst and Gynaecology*, 2001; vol 15 no 1, pp 109-126.
 12. Olza, I. Aspectos psicosociales del parto cesárea". *Revista OB STARE*, número 8, marzo 2003.
 13. Beck, Cheryl. "Post-traumatic stress disorder due to childbirth. The aftermath" *Nursing Research*, July August 2004, vol 53, no 4.
 14. Olza, I. Lebrero, E. "¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas". Ediciones Granica, 2005.
 15. Olza I., Gainza, I. "Alternativas al tratamiento psicofarmacológico en madres lactantes con depresión postparto en atención primaria". *Revista OB STARE* número 7, enero 2003.
- Enlace recomendado: Foro apoyocesareas: www.elistas.net/lista/apoyocesareas.

Mesa Redonda: Lactancia materna en situaciones especiales

Lactancia materna durante el embarazo y en tándem

I. MARCOS MARCOS¹, E. TORRAS I RIBAS²

¹Comadrona y Asesora de Lactancia. ²Asesora de Lactancia. Asociación Alba Lactancia Materna de Barcelona

Una madre está amamantando a su hijo cuando al saber que vuelve a estar embarazada, decide no interrumpir la lactancia de su hijo y seguir dándole el pecho durante todo el embarazo. Una vez nacido el pequeño, amamanta a los dos conjuntamente o por separado. Esto es la **lactancia en tándem**.

Está científicamente demostrado que el solapamiento de embarazo y lactancia no afecta negativamente al desarrollo fetal¹. Sea cual sea el coste, éste repercute en la madre aunque no parece que dicho coste sea excesivamente alto.

En un estudio prospectivo de búsqueda, captación de casos y recogida de datos en una encuesta, que realizamos en Barcelona a finales de 1999 (algunos comentarios de las madres aportados a la encuesta se recogen en el Anexo I) de las 47 madres entrevistadas que habían decidido no destetar, las pocas a las que se detectó anemia en el embarazo con lactancia también se les había detectado en el primer embarazo. Incluso hubo algún caso en el que la tuvieron en el primer embarazo pero no en el segundo y ninguno a la inversa. Tampoco hay evidencia científica de que amamantar durante el embarazo aumente las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros. Está documentado el hecho de que la estimulación de los pezones durante el embarazo produce contracciones. Cerca del 60% de las madres entrevistadas en dicho estudio reconocieron haber tenido contracciones mientras su hijo mambaba pero en todos los casos cedían espontáneamente al momento que el niño soltaba el pecho y ninguna de estas madres tuvo amenaza de parto prematuro, ni la duración del embarazo en semanas varió significativamente en relación al primer embarazo sin lactancia (se resumen algunos datos en las Tablas I, II y Fig. 1).

Las madres que deciden compaginar lactancia y embarazo inician un viaje con un destino incierto. La razón principal de su deci-

sión suele ser el respeto a las necesidades del hijo mayor, seguida del deseo de vivir la experiencia en sí misma. Sin embargo algunas madres, a pesar de empezar con ilusión, destetan al poco tiempo por lo general debido a la extrema sensibilidad de los pezones durante el primer trimestre que hace que la lactancia les resulte dolorosa o desagradable. Otras, que lo viven positivamente, pueden encontrarse con la sorpresa de que es su hijo quien se desteta por su cuenta. Alrededor del 60% de los niños que maman durante un embarazo posterior de sus madres se destetan solos (En nuestro estudio el 62% y en otro similar hecho en EEUU el 57%². Esto puede ocurrir en cualquier momento pero hay dos especialmente significativos. Hacia el 3^o-4^o mes de embarazo suele

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ENTREVISTADA

Edad media	35 años	
Profesión / Estudios	97,8% estudios medio /alto	
Número de hijos	2,4	
Estado civil	95,7% pareja estable	
Asistencia a grupo de apoyo	85,1%	
Experimentan baja producción de leche	93,6%	
Contracciones al mamar el niño	57,4% cedían y la mayoría de las veces no dolorosas	
	Grupo Tándem (n=18)	Grupo Destete (n=29)
Meses de edad del niño al inicio del nuevo embarazo	24,3 meses	17,1 meses
Destete del niño en el embarazo	62% (5 ^o -6 ^o mes)	31% (3 ^o -4 ^o mes)

TABLA II. LACTANCIA EN TÁNDEM Y ACTITUD DE LOS PROFESIONALES

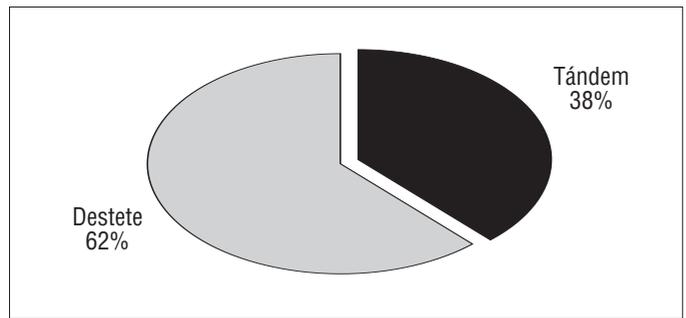
Dijo a matrona/ginecólogo que amamantaba en el embarazo	89,3%
Comentario de rechazo	70,2%
Dijo al pediatra que lactaba en tándem	76,5%
Comentario de rechazo	76,9%
Razones que llevaron a continuar lactando	Respeto a las necesidades del hijo mayor
Razones que llevaron al destete (en su caso)	Dolor en pezones al amamantar)* (n= 9)

* Entendemos que estos resultados no son representativos debido a que la mayoría de las madres entrevistadas pertenecen a un colectivo que ha recibido información y apoyo. En una muestra más amplia de población probablemente las presiones externas y la falta de información serían las causas más habituales de destete.

producirse una considerable disminución de la producción de leche debido a la interacción de las hormonas del embarazo con las de la lactancia. Sale poca leche y algunos niños pierden interés. Hacia el 5^o-6^o mes de embarazo, la madre empieza a producir calostro, con el consiguiente cambio de sabor, que da lugar a que algunos niños rechacen entonces el pecho. De todos modos siempre hay niños a los que la cantidad o sabor de la leche les es indiferente y siguen mamando sin inmutarse hasta el nacimiento de su hermanito. Entonces empieza la lactancia en tándem.

Aunque no sabemos si la composición del calostro es idéntica con lactancia que sin ella, lo cierto es que calostro hay, en grandes cantidades, y ambos hermanos pueden beneficiarse de sus propiedades únicas. Se ha observado que los recién nacidos que lactan en tándem con su hermano mayor pierden menos peso al nacer, y lo recuperan más rápidamente, al contar con una producción de leche ininterrumpida y la ayuda del hermano para estimular. El proceso de la "subida" se repite, pero con mayor facilidad y rapidez, además la posible ingurgitación es más fácil de resolver si son dos a drenar. En nuestra encuesta observamos que, durante el primer mes de vida, el recién nacido aumentaba de media un 25% más de peso que su hermano a la misma edad. Aunque se hace difícil asegurar si esto es por la lactancia en tándem, por una mayor experiencia y mejor técnica de lactancia de la madre o por cualquier otro motivo, lo que está claro es que lactar en tándem no perjudica el correcto desarrollo del bebé. Además es habitual que en el hermano menor no se observen las conocidas "crisis de crecimiento" que sufren otros recién nacidos. Siempre parece haber leche de sobra y no le hace falta sobrestimular para aumentar la producción.

En algunas culturas en que la lactancia en tándem es una práctica aceptada también se encuentra el mito de que el embarazo puede "pudrir" o "estropear" la leche de la madre produciendo enfermedades en el hijo mayor, de modo que si se observan diarreas u otros trastornos se procede al destete. En el 63,15% de los casos de nuestra encuesta las madres comentaron que a partir del 5^o-6^o mes de embarazo el niño que seguía mamando empezaba a sufrir una diarrea leve. A algunos niños se les practicó cultivos en heces, no encontrando nada patológico en ellos. Esta diarrea coincide con la aparición del calostro, por lo que nos inclinamos a pensar que es debida al efecto laxante del mismo. Este

**Figura 1. Tándem versus destete del niño.**

trastorno es inofensivo y desaparece varios días después del parto. Encontramos en Medline un estudio hecho en Buthan sobre el tema³, en el que se exponía que los niños que eran destetados durante un embarazo posterior de sus madres mostraban un reducido aumento de peso y una mayor incidencia de enfermedades infecciosas respecto, no solamente a los no destetados, sino también a otros niños de la misma edad a los que se destetaba sin embarazo de por medio. Los autores concluyen que el estrés sufrido por el niño debido al destete brusco en dichas circunstancias, debilita su inmunidad y afecta a su apetito.

LA LACTANCIA EN TÁNDEM NO FAVORECE EL CONTAGIO ENTRE HERMANOS

En nuestra encuesta las madres coincidieron mayoritariamente en que el recién nacido comparativamente enfermaba menos que el mayor a la misma edad. Cualquier madre con más de un hijo sabe perfectamente que besar, babosear y acariciar al nuevo hermanito es uno de los entretenimientos favoritos de los otros hijos. Pensar que se van a contagiar más por compartir el pezón que por otros tipos de contacto no parece tener fundamento. Sin embargo se puede especular sobre el hecho de que si el hermano mayor no ha dejado de mamar y ha vuelto a beneficiarse por segunda vez de las propiedades inmunológicas del calostro, será más resistente a las enfermedades que si no lo hubiera hecho, lo que servirá también de protección al pequeño sobretodo si el mayor ya va al colegio o a la guardería. También es probable el hecho de que la madre comparta la misma inmunidad con ambos hijos, con lo cual el pequeño recibe defensas para luchar contra los virus o bacterias de las que el mayor es portador.

AMAMANTAR EN TÁNDEM TAMPOCO PARECE PERJUDICAR A LA MADRE

La lactancia del hijo mayor suele producir una amenorrea más prolongada lo que favorece la recuperación de la madre tras el embarazo. Seguir dando el pecho durante el nuevo embarazo no parece tener un gran coste físico probablemente debido al importante descenso de producción. La lactancia en tándem puede producir además una amenorrea todavía más larga. Aunque es habitual que al nacer el hermanito, el mayor pase por una fase de aumento de demanda del pecho de la madre (a menudo sucede que mama más que el pequeño), poco a poco volverá a su ritmo habitual de una o dos veces al día, generalmente para dormirse. Es común que aunque la madre amamante a demanda a su bebé

imponga más tarde o más pronto ciertos límites al acceso del mayor al pecho.

Entre las **ventajas** que las madres han destacado de amamantar en tándem está el hecho de que parece ayudar a una mejor adaptación de los hermanos, permite sobrellevar mejor los episodios de celos y crea un vínculo muy especial entre ambos. También establece un tipo de relación distinta entre la madre y el hijo mayor, basada en el respeto, sin afectar negativamente el vínculo con el pequeño con cuyas necesidades y demandas la madre parece estar “especialmente sintonizada”.

Entre los **inconvenientes** destacan la sensación de agobio ante las demandas del mayor así como la aparición de sentimientos confusos y contradictorios. En las pocas referencias bibliográficas que se encuentran sobre lactancia en tándem se hace referencia a que las madres “a menudo tienen sentimientos encontrados; de vez en cuando sienten rencor hacia sus hijos mayores, ponen en duda la validez de lo que están haciendo y se enfrentan con la doble demanda de su cuerpo”⁴ o a que “si la madre se siente resentida hacia el hijo mayor que mama, ha llegado el momento de destetar suave pero firmemente”^{5,6}. Estas opiniones dan a entender que tener sentimientos negativos hacia el hijo mayor, cuando la madre se está vinculando con el recién nacido, es patrimonio exclusivo de la lactancia en tándem y el destete lo soluciona todo, pero lo cierto es que madres que no amamantaban a sus hijos mayores también han expresado sentimientos similares al nacer su segundo hijo. En cualquier caso cada madre vive la experiencia a su manera e igual que llegado a este punto alguna madre ha destetado al mayor por sus propias razones particulares, otras no lo han hecho.

Mención especial merece la **actitud de los profesionales** al respecto a la lactancia con embarazo y a la lactancia en tándem (Tabla II). En nuestra encuesta el 10,64% de madres reconocieron no habérselo dicho al ginecólogo y el 23,53% no se lo dijo al pediatra. Las razones principales son que, o bien no se atrevieron, o prefirieron evitarse discusiones. De las que sí lo comentaron, una pequeña minoría no tuvo ningún problema con el tema, en el resto de los casos hubo algunos sentimientos de indiferencia, por parte sobre todo de los ginecólogos, pero mayoritariamente, sobre todo en los pediatras (76,92%), el sentimiento

ANEXO I. ALGUNOS COMENTARIOS DE LAS MADRES APORTADOS A LA ENCUESTA (TEXTO LIBRE)

-
- “Encontré que los sentimientos que despertó en mi amamantar en tándem no se correspondían con lo que me había imaginado”.
 - “Amamantar en tándem me facilitó el inicio de la lactancia del menor y disminuyó las molestias que sufrí en la lactancia del mayor como por ejemplo la ingurgitación”
 - “Haber respetado sus necesidades y no haber interrumpido su lactancia ha creado un vínculo muy especial entre mi hijo mayor y yo”.
 - “Amamantar en tándem me ha facilitado el poder ayudar a mis hijos a superar sus episodios de celos”.
 - “He observado que el hecho de mamar juntos ha hecho que mis hijos establezcan una relación muy especial entre sí”.
 - “En ocasiones las demandas de mi hijo mayor me resultan agobiantes y me provocan sentimientos encontrados”.
 - “A pesar de estar amamantando a la vez a dos hijos, mi respuesta a las demandas del menor (reflejo de eyección, etc.) es superior a las del mayor, como si estuviera “más conectada” con el más pequeño”.
 - “¿Por qué tantos profesionales se empeñaron en convencerme de que estaba haciendo algo “malo”?”.
 - “Amamantar en tándem me produjo una amenorrea mas prolongada que mi otra lactancia sin tándem”.
-

fue de rechazo. Aunque la evolución positiva del embarazo y el correcto desarrollo del recién nacido solían mejorar las cosas con el paso del tiempo, varias madres han manifestado su descontento por haber sido víctimas de tanta presión negativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *Am J Clin Nutr* 1990; 52(2):280-8.
2. Moscone SR, Moore MJ Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact* 1993 Jun;9(2):83-88
3. Bohler E, Ingstad B The struggle of weaning: factors determining breastfeeding duration in esat Bhutan. *Soc Sci Med* 1996; 43(12):1805-15.
4. Marvin S, Eiger, MD & Sally Wendkos Olds. *El Gran Libro de la Lactancia*. Ediciones Medici, 1989
5. Lawrence R A *La Lactancia Materna*. Una guía para la profesión médica. Mosby/Doyma Libros, SA 1996 Edición en español
6. Royal College of Midwives. *Lactancia Materna*. Manual para profesionales. ACPAM, 1994.

Mesa Redonda: Lactancia materna en situaciones especiales

Dificultades orales en el inicio de la lactancia

S.B. DURHAND

Licenciada en Fonoaudiología. Consejera en Lactancia Materna

INTRODUCCIÓN

El establecimiento de la lactancia materna depende de un proceso de adaptación y aprendizaje entre el bebé y su madre. Las primeras tomas al pecho, es decir, las primeras experiencias orales del bebé, son de fundamental importancia para el desarrollo posterior de la lactancia.

Factores relacionados a la madre, al bebé, a la técnica de amantamiento y a las prácticas hospitalarias pueden dificultar el inicio de la lactancia y conducirla al fracaso.

Frecuentemente encontramos que bebés nacidos a término y que gozan de buena salud, sin problemas aparentes que puedan interferir en el desarrollo de la lactancia, presentan conductas o movimientos orales atípicos durante la toma. Las madres habitualmente se quejan de que el niño rechaza el pecho, lo coge y lo suelta o se pone muy nervioso y llora hasta quedarse dormido. La preocupación materna aumenta y las tomas son cada vez más frustrantes e ineficaces. Estas perturbaciones de la función oral, llamadas disfunciones orales, pueden ocasionar mucho dolor a la madre durante la toma, causando traumas en el pezón, como grietas y exfoliaciones, ingurgitamiento mamario, poca ganancia de peso y, en el peor de los casos, el destete precoz de ese bebé.

Los engramas motores de succión inadecuados se transfoman rápidamente en hábitos difíciles de corregir, aunque pasibles de ser revertidos si las dificultades se detectan en el periodo neonatal. Por eso, es muy importante que en las maternidades se realice la observación de una toma en forma rutinaria y la evaluación sensorio-motora-oral del bebé, en caso de haber sido detectada alguna dificultad. Por medio de la estimulación sensorio-motora-oral de las estructuras orofaciales involucradas en la alimentación, podemos corregir las conductas o movimientos inadecuados. El asesoramiento y la ayuda precozmente ofrecidos contribuyen para el establecimiento de la lactancia materna exitosa.

DISFUNCIONES ORALES Y LACTANCIA MATERNA

En el neonato, la alimentación está garantizada por la presencia de reflejos adaptativos (búsqueda, succión y deglución) y de protección de las vías aéreas (extrusión, mordedura, vómito y tos). Alrededor el 4º o 5º mes de vida, esta condición refleja se va modificando hacia un patrón de conducta voluntaria debido al crecimiento de las estructuras orofaciales, a la maduración del sistema nervioso y a la repetición de las experiencias orales en función de la alimentación.

El sistema orofacial de un neonato presenta características anatómicas diferentes respecto al del adulto que facilitan la alimentación al pecho y favorecen la respiración nasal, patrón de respiración normal en todo recién nacido.

Durante la toma, el lactante debe “ordeñar” el pecho para conseguir retirar una cantidad suficiente de leche. Esto requiere una adaptación funcional del sistema orofacial para que la boca del pequeño se acople adecuadamente al pecho (encaje). El bebé busca el pezón y realiza una amplia apertura de la boca (reflejo de búsqueda y apertura de la boca). La lengua se adelanta (reflejo de protrusión lingual), baja y se acanala, envolviendo el pezón. Los labios se cierran alrededor de la areola, formando un lacre perfecto junto con la mandíbula que acompaña en bloque el movimiento de la lengua para posicionarse a la altura de los senos lactíferos, donde la leche se encuentra almacenada (cierre anterior). Las mejillas presentan un tejido adiposo (bolas de Bichat) que dan un soporte lateral a la cavidad oral y contribuyen con la estabilidad de los movimientos de la mandíbula durante la succión. La parte posterior de la lengua se eleva, funcionando como un mecanismo oclusivo contra el velo del paladar (cierre posterior). Así se produce un vacío dentro de la boca (presión intraoral negativa) que favorece la “aspiración” del pezón y parte de la areola así como el mantenimiento del encaje durante la toma. De esta forma, el pezón toca la región de transición entre el paladar y el velo (punto de succión), estimulando el reflejo de succión.

La mandíbula realiza una serie de movimientos que permiten al niño extraer la leche (apertura, adelantamiento, cierre y retraimiento). Estos movimientos son de fundamental importancia para el crecimiento orofacial armónico del bebé. Cuando la leche llega a la cavidad oral, el ápice lingual se dirige hacia la orofaringe, comprimiendo levemente el pezón y terminando con el proceso de extracción de leche. A su vez, la lengua inicia movimientos peristálticos de adelante hacia atrás, llevando la leche hacia la región posterior de la boca, estimulando el reflejo de deglución.

La extracción de la leche se realiza entonces a través de movimientos de las estructuras orofaciales que actúan en forma suave y rítmica, coordinados con la deglución y la respiración, sin utilizar mecanismos de fuerza que puedan causar dolor, traumatismos del pezón o exfoliación del tejido mamario.

Las *disfunciones orales* son las perturbaciones del patrón de succión-deglución correcto, y pueden ser primarias o secundarias. Las primarias, son consecuencia de la inmadurez, de características anatómicas individuales que dificultan el encaje o de alteraciones neurológicas transitorias o permanentes que dificultan la posición del bebé para mamar, llevándolo a adquirir posturas atípicas. Las disfunciones orales secundarias se producen cuando el bebé modifica su patrón original de succión-deglución para evitar el dolor facial (uso de fórceps) o por ciertas prácticas hospitalarias iatrogénicas (uso de chupete y biberón en el periodo neonatal).

La *observación de una toma* es la herramienta más indicada para la detección de este tipo de disfunciones y debe contemplar no sólo aspectos del funcionamiento oral sino también los relacionados con la postura de la madre y el niño para mamar, el comportamiento del bebé al succionar, las características anatómicas y funcionales del pecho y el tipo vínculo afectivo establecido entre el bebé y su madre. Es importante observar al binomio madre-hijo antes, durante y después de la toma a fin de evaluar las respuestas de ambos en cada momento y comprobar la ausencia de dolor materno y el grado de satisfacción del bebé una vez finalizada la toma.

En el caso de detectar alguna dificultad relativa al funcionamiento oral, se procederá a la evaluación sensorio-motora-oral del bebé.

EVALUACIÓN SENSORIO-MOTORA-ORAL:

La Evaluación Sensorio-Motora-Oral debe realizarse con el bebé en estado de alerta y tranquilo, en lo posible, cuando el bebé ya tiene un poco de hambre y nunca después de la toma. La evaluación se realiza con el niño en brazos, cuidando de mantenerlo en un patrón de postura flexionado, con la cabeza, el cuello y la cintura escapular alineados, a fin de favorecer una mejor organización postural.

Se observará el tono muscular global del recién nacido así como su comportamiento durante la succión y se evaluarán los reflejos orales y las estructuras orofaciales. También se testearán la Succión No Nutritiva y la Succión Nutritiva y la coordinación entre succión, deglución y respiración.

Algunas de las posibles respuestas atípicas que afectarán la función oral durante la toma se ilustran en la Tabla I.

Son pocos los trabajos científicos que relatan conductas específicas para el tratamiento de las disfunciones orales. La mayoría de los estudios, se refieren al manejo clínico de la lactancia como un todo, centrándose principalmente en la corrección del encaje y la posición durante la toma para mejorar la eficiencia de la succión-deglución. Sin embargo, se sabe que los bebés que presentan perturbaciones de la función oral se benefician con el entrenamiento de la succión y con determinados ejercicios orofaciales (estimulación sensorio-motora-oral).

ESTIMULACIÓN SENSORIO-MOTORA-ORAL

La estimulación sensorio-motora-oral consiste en una serie de ejercicios (presión, masajes, golpeteo, vibración, etc.) y maniobras de facilitación (posturas facilitadoras) que tienen como objetivo corregir la disfunción oral y orientar la succión-deglución hacia un patrón de normalidad. La estimulación debe realizarse siempre antes de la toma, aprovechando el estado de alerta y la sensación de hambre del bebé. La elección de los ejercicios dependerá fundamentalmente del tipo y grado de gravedad de las alteraciones de la función oral. La estimulación no debe sobrepasar los 5 minutos para no correr el riesgo de cansar o estresar al bebé. La estimulación oral seguirá la orientación desde lo distal (región perioral) a lo proximal (región intraoral), aplicándola periódicamente y modificándola en función de la evolución de cada bebé. Las maniobras de rehabilitación deben ser efectuadas por profesionales debidamente capacitados en el manejo de las disfunciones orales ya que el uso indiscriminado de los ejercicios puede ocasionar más desorganización del funcionamiento oral llevando al agravamiento de la disfunción. Cuanto más pronto sean detectadas las perturbaciones orales, tanto más fácil y más rápida será su corrección.

TABLA I. POSIBLES RESPUESTAS ATÍPICAS OBSERVADAS DURANTE LA EVALUACIÓN SENSORIO-MOTORA-ORAL.

Item evaluado	Posible respuesta atípica
Tono muscular global	Hipertonía, hipotonía o fluctuación del tono muscular
Comportamiento del bebé	Somnolento, aletargado o irritado.
Reflejos orales (búsqueda, succión, deglución, extrusión, mordedura, vómito, tos)	Exacerbados, disminuidos o ausentes.
Estructuras orofaciales (labios, lengua, mandíbula, mejillas, paladar, velo del paladar)	<i>Alteraciones anatómicas:</i> Frenillo lingual corto o fijo Labios invertidos Lengua posteriorizada, rígida o elevada. Retrognatia fisiológica acentuada Ausencia de almohadas de gordura Paladar alto <i>Alteraciones funcionales:</i> Grado de tensión (excesivo, escaso, fluctuante) Dirección del movimiento (apertura, cierre, retraimiento o protrusión exagerados) Movimientos lentos, rápidos o espasmódicos Asimetría de los movimientos orofaciales
Succión no nutritiva y succión nutritiva	Ritmo lento Succión débil Pausas largas Pocas succiones por pausa
Coordinación succión-deglución-respiración	Incoordinación

CONCLUSIÓN

Factores relacionados a la madre, al bebé, a la técnica de lactancia o a prácticas hospitalarias poco favorecedoras, pueden dificultar el inicio de la lactancia materna. Entre los factores referidos al bebé, se encuentran las disfunciones orales, que son patrones de succión-deglución atípicos, de causa transitoria o permanente, que alteran el encaje adecuado de la boca del bebé al pecho materno y dificultan el desarrollo y la duración prolongada del amamantamiento. Pueden ser detectadas precozmente a través de la observación de una toma y de la evaluación sensorio-motora-oral. Su corrección se realiza mediante estimulación de los reflejos orales y las estructuras orofaciales involucradas con la alimentación. Dicha terapia debe ser efectuada por profesionales debidamente capacitados en el manejo clínico de las disfunciones orales.

BIBLIOGRAFÍA

- Biancuzzo M. Breastfeeding the newborn: clinical strategies for nurses. 2ª ed. Mosby, 2003. USA.
- Carvalho MR y Tamez RN org. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Guanabara-Koogan, 2002. Rio de Janeiro.
- Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP N°5, 2004. Madrid.
- Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5ª ed. Mosby, 1999. USA.
- Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development. 2ª ed. Therapy Skill Builders, 2000. USA.
- Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. J Pediatr (Rio J). 2004; 80 (5 Supl): 155-162
- Valdés V, Pérez Sánchez A, Labbok M. Manejo clínico da lactação. Revinter, 1996. Rio de Janeiro.
- Wolf LS, Glass RP. Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. Therapy Skill Builders, 1992. USA.

Mesa Redonda: Situación actual de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro

IHAN como promotora de la LM: diez años en España

L. CABERO¹, L. RUIZ²

¹Presidente de la Asociación IHAN. ²Coordinador de Lactancia materna-IHAN

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) es un programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF que pretende el incremento de la lactancia materna en el mundo mediante la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna en los servicios de maternidad de los hospitales¹.

Los objetivos de esta iniciativa son el permitir a los padres la libre elección de cómo alimentar a sus hijos, el contacto precoz madre hijo y el cumplimiento del Código de Comercialización de los sucedáneos de leche materna. Los objetivos y actividades del programa están dirigidos fundamentalmente a los Hospitales donde se inicia la lactancia en la mayoría de los casos.

Los 10 pasos a cumplir en todas las maternidades son bien conocidos y sus efectos demostrados² en el incremento de la incidencia y prevalencia de lactancia materna tanto en países desarrollados³ como en países de renta baja.

El hospital que adquiere el reconocimiento internacional de Amigo de los Niños está demostrando la mejor calidad asistencial en este aspecto y esto demuestra una actuación importante tanto a nivel hospitalario como en el área de influencia. Se está galardonando a un hospital como punta de un iceberg de todo el área. No hay un HAN sin un Área de salud que trabaje en la misma línea que el hospital.

La IHAN se inició en España el día 20 de Noviembre de 1995, día de la Conmemoración de los Derechos del Niño, en una reunión del Comité de Lactancia Materna e IHAN del estado español en el que formaron parte los presidentes de las asociaciones de profesionales sanitarios, de asociaciones de promoción de la lactancia materna, del Ministerio de Sanidad y el UNICEF.

Este Comité surgió como un híbrido de lo que tenía que ser el Comité de Lactancia Materna del Estado Español acordado en la declaración de Innocenti en el año 1990⁴ y el programa IHAN de UNICEF Comité Español (UCE) que debía estar funcionando desde 1992.

Las acciones emprendidas no fueron solo a nivel hospitalario, sino también a nivel general sin las cuales el programa de IHAN no hubiera podido seguir adelante.

La situación de la Lactancia Materna en España era en esos momentos desconocida desde el punto de vista epidemiológico ya que no existían datos de prevalencia oficiales en todo el estado. Había algunos datos aislados obtenidos por los profesionales en su área de trabajo y estudios de marketing realizados por las casas comerciales lo que permitía dar una idea de que la situación estaba realmente necesitada de una mejora⁵.

Se realizaron actividades en muchos campos con la ayuda de una gran cantidad de voluntarios se han conseguido grandes

logros con un presupuesto bajo. Este presupuesto ha sido financiado por UCE en su mayor parte y por las asociaciones que forman parte del Comité en el resto.

Si seguimos las recomendaciones del Plan Estratégico para la Promoción, Protección y Apoyo⁶ a la lactancia materna en Europa (PPALME) y analizamos los componentes de sus 6 pilares principales, vemos que la IHAN es una parte pequeña de este plan aunque hasta ahora y en muchos momentos en nuestro país la IHAN lo ha hecho casi todo.

PLANIFICACIÓN Y POLÍTICAS

De una forma directa a través de su participación en algunas proposiciones no de ley y de forma indirecta propiciando a que las autoridades políticas trabajen en el tema. Existen en este momento Proposiciones no de ley y Acuerdos institucionales aceptadas en 15 de los 17 parlamentos autonómicos así como en el parlamento español. Estas proposiciones han motivado en muchos casos políticas de promoción en la lactancia materna que se ven reflejadas en los Planes actuales de Salud autonómicos y que gracias a la planificación adecuada nos llevan a intervenciones de mejora de salud gracias a la lactancia materna. Recientemente se acordó en el Comité Inter-territorial de Salud una Directiva sobre lactancia materna para todo el estado español. UCE y el Ministerio de Sanidad firmaron un acuerdo de colaboración en el que la LM es uno de los tres puntos en los que se trabajaría conjuntamente en el ámbito estatal. Este acuerdo se ha replicado en Canarias, Cantabria, Catalunya, Galicia y País Vasco y se está tramitando en el resto de las autonomías.

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN (IEC)

La información adecuada, con educación específica y usando medidas de comunicación correctas es el segundo aspecto del Plan estratégico. A través de los responsables de la IHAN de UNICEF en las distintas autonomías se han propuesto y colaborado en muchos documentos de promoción e información sobre lactancia materna. Los mismos miembros de las Asociaciones profesionales tanto en sus documentos de consenso⁷ como en documentos referidos a todos los profesionales⁸ han trabajado en el tema. Aunque el consejo madre a madre es en muchas ocasiones el de más éxito, el refuerzo dado a los grupos de apoyo y a sus asociaciones desde la IHAN con participación tanto activa, como de supervisión en sus actividades ha sido importante para que los grupos se desarrollen con mayor fluidez y eficacia. Se han acreditado cursos de formación para las madres y se ha trabajado en ellos.

FORMACIÓN

La formación es pieza clave del cambio necesario para la mejora de la lactancia materna. Los cambios curriculares necesarios han sido registrados y solicitados en todo el mundo⁹. La IHAN ha favorecido la participación en cursos de 18 horas y ha trabajado en los cursos de Formación de capacitadores realizados en el estado español para todas las autonomías y también en los cursos específicos de formación de capacitadores en lactancia materna y de Counseling en lactancia. Se han realizado ya en cuatro autonomías y los resultados han sido muy interesantes. Estamos pendientes de iniciarlos en 4 autonomías más en el próximo año. Un aspecto de formación no regulada es la presencia de la IHAN en una gran cantidad de Congresos de las diversas asociaciones de profesionales en las que se ha repartido material actualizado de lactancia y se ha mantenido la red de información sobre lactancia.

El mismo Congreso de lactancia materna es una forma de actualización en la formación.

Los cambios de currículo en algunas profesiones han sido más rápidos y eficaces que en otras relacionadas con la lactancia. La formación de las matronas ha sido más bien regulada que la especialización de pediatras y ginecólogos en el tema de lactancia¹⁰.

La IHAN tradujo al castellano el Curso de OMS de lactancia materna para gestores y lo ha realizado en dos autonomías tras probarlo en castellano con técnicos sanitarios de las distintas autonomías.

CONTROL

La reunión de la formación de la IHAN propició que el Ministerio de Sanidad registrara los datos de lactancia materna incluidos en la Encuesta Nacional de Salud por primera vez en 199 y en muchas autonomías ha participado en la elaboración de las encuestas de control de la lactancia materna. Ha influido en los hospitales incitando a analizar la situación epidemiológica antes y tras la aplicación de medidas de PPALM o ser nombrados HAN. Esto nos ha permitido estudiar las variaciones y el impacto de la IHAN en la lactancia materna. La realización de otros controles como las prácticas de salud, la implementación de las leyes y el código, las actividades y cobertura de la IEC y la cobertura y eficacia de la formación de LM son acciones con mayor dificultad de realización que serían importantes en el manejo de la PPALM.

INVESTIGACIÓN

Los programas de investigación que se vienen desarrollando y presentando en los congresos de lactancia materna y revistas médicas cualificadas, han ido incrementándose y mejorando tanto en su contenido como en su metodología. Este es uno de los logros que la IHAN con el Congreso de Lactancia materna que surgió entre sus actividades y que llevado por profesionales muy competentes nos ha permitido actualizar conocimientos de primera mano con investigaciones en primera línea que están haciendo que la LM pase a ser una actividad sanitaria de primer orden.

PPALM: En la protección de la lactancia materna la IHAN ha actuado como lobby en las administraciones para que se cumpla el Código de Comercialización de los Sucedáneos de Leche para lactantes¹¹. Se ha conseguido que en los hospitales se empiecen a cumplir estas normas y la legislación española. Después de

25 años del código mucho es lo que hay que trabajar todavía para conseguir su total cumplimiento.

Aunque no es responsable de las políticas de los Gobiernos autonómicos para la Promoción de la LM, la IHAN ha colaborado con ellos para lograr el establecimiento de la LM como la norma.

El apoyo a todas las mujeres requiere el compromiso para lograr que todas las instituciones sean HAN.

En algunas ocasiones donde se han inculcado los derechos de amamantar de las madres desde la IHAN se han realizado acciones para impedir que estas situaciones se repitan.

En sí misma la IHAN ha realizado todas estas actividades en el desarrollo del programa con encuestas en los hospitales, atendiendo a la formación de los profesionales de estos. Investigando y controlando las situaciones del antes y después de la IHAN, valorando la situación de la lactancia comparándola con otros países europeos y participando en el Plan estratégico para la promoción protección y apoyo a la lactancia materna en Europa. .

Lo que en un principio tenía que haber sido un programa concreto con unas actividades específicas en los hospitales se convirtió en un agente polarizador que permitió agrupar a una gran variedad de personas que trabajaban de forma aislada en la lactancia materna de tal forma que trabajando cada uno de esos grupos de personas en su propia actividad han creado un movimiento entre la población general y los profesionales sanitarios que están intentando lograr lo que en los objetivos de la IHAN se tenía previsto: La libre elección de cómo alimentar a sus hijos y el apoyo necesario para hacerlo cuanto y cuando quieran.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO/UNICEF. Protección Promoción y Apoyo a la lactancia materna . La función especial de los servicios de maternidad. OMS. Ginebra 1989.
2. Lawrence RA. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) a randomized trial in the Republic of Belarus. *J Pediatr.* 2001 Jul; 139(1): 164-5.
3. Hernandez Martinez M, García de Leon R, Mercader Rodriguez B, Peñas Valiente A, Gomez Ortigosa MA. Duración media de la lactancia materna tras cuatro años de intervención de la IHAN. Libro actas III Congreso de LM . Santander 2004. Pg 110.
4. Declaración de Innocenti. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
5. Gabinete de Estudios sociológicos Bernard Krief. Libro blanco sobre la embarazada y madre ante el primer año de vida del niño. Laboratorios Ordesa 1996.
6. Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna en Europa: Plan estratégico. http://www.ihan.org.es/blueprint_es.pdf
7. Figueras Aloy J et al. Recomendaciones de Mínimos para la asistencia al Recién Nacido Sano. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología.
8. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la AEP nº 5. Ed Ergon. Madrid 2004.
9. Beeken S, Waterson T. Health Service support of breastfeeding-Are we practising what we preach? *BMJ* 1992; 305: 285-287.
10. Tembouri Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el Manejo de la Lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2003 Mar; 58(3): 263-7.
11. OMS. Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche materna. Ginebra. 1981.

Mesa Redonda: Situación actual de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro

Centros de Salud Amigos de los Niños

L. RUIZ

Pediatra. MSc Mother and Child Health. Coordinador de Lactancia Materna-IHAN

Para el logro de una lactancia materna (LM) exitosa, además de la madre y el niño o niños se precisa una cultura de la LM en el ámbito donde esta situado este dual.

Esta cultura no es fácil conseguirla y para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna UNICEF y la OMS están trabajando más intensamente desde el último tercio del siglo pasado.

En los 70 se dictaron indicaciones sobre alimentación infantil en las que la LM es uno de los pilares fundamentales para una correcta alimentación¹.

Durante los 80 el foco de trabajo estuvo en evitar la Malnutrición Comerciógena término acuñado por Jelliffe² referido a la malnutrición en los niños como consecuencia de la publicidad y el comercio de los sucedáneos de leche. El Código de Comercialización de los sucedáneos de Leche (Código)³, se presento en el año 1981 tras un acuerdo de UNICEF, la OMS y los representantes de las casas comerciales. Este año cumple 25 y seguimos viviendo, en muchos casos, violaciones del Código y posiblemente de la Ley surgida en nuestro país en 1993.

En los 90 tras la declaración de Innocenti⁴ fue la acción hospitalaria con la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN)⁵ la que guió las acciones para la Promoción, Protección y Apoyo a la LM (PPALM). Esta iniciativa polarizó en muchos lugares las actividades de PPALM dispersas.

Ya en este siglo la OMS y UNICEF han seguido trabajando en la misma línea y en la 55 Asamblea Mundial de la Salud del año 2002, con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño⁶ aprobó las recomendaciones para una buena nutrición actualizando y reiterando anteriores premisas. Se dan nuevos enfoques a aspectos sanitarios como la nutrición en el entorno del SIDA.

Centrándonos en el entorno europeo, el Plan Estratégico para la PPALM⁷ en Europa (PE) aporta información importante de la situación actual⁸ y ofrece 6 líneas de trabajo para el logro de una LM exitosa en nuestro medio.

En todos estos documentos se afirma que el apoyo cercano a la madre es fundamental.

Este apoyo puede ser proporcionado por el entorno familiar, los sanitarios y las propias madres.

La IHAN ha sido la línea de trabajo mas importante aplicada a nivel mundial para la PPALM. Cuando se planteo la estrategia IHAN se supuso como una acción de la mayor eficacia para el incremento de la lactancia materna y mejora de la salud infantil. Se corroboraron estos indicios con estudios posteriores⁹.

La mejora de salud planteada desde la IHAN tiene diversos aspectos que están en relación con los determinantes de salud de la población: el estatus social de la familia, las redes de apoyo social, la educación personal, el empleo y las condiciones de trabajo, el entorno social, la salud infantil, la cultura y el género¹⁰. Tiene un planteamiento multidisciplinar.

En todos los países UNICEF ha usado el término Amigo de los Niños como una bandera como una manera de realizar acciones por los derechos del niño. Así al mismo tiempo que los Hospitales Amigos de los Niños el término de Ciudades amigas de los niños, Guarderías amigas de los niños, Puestos de trabajo amigos de los niños han ido apareciendo con UNICEF en muchos lugares del mundo.

En el Reino Unido (UK) una vez lanzada la IHAN, apareció la iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños. En otros países se ha replicado la estrategia del UNICEF UK adaptándola a sus características propias. Axial Canadá e Irlanda están trabajando en esa misma línea.

Con la Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños (ICSAN) se siguen los mismos objetivos que en la IHAN. Pretende seguir con iguales estándar en los centros de salud a los que se tienen en los hospitales. Se han utilizado los mismos criterios que los 10 pasos y el proceso de nominación y acreditación sigue unas directrices similares. Al igual que el HAN se considera que tiene la mejor calidad asistencial en la PPALM los CSAN tendrían un nivel de calidad asistencial idóneo.

Los pasos que se proponen en los Centros de salud ingleses y canadienses son 7 y surgen de los 10 pasos para una lactancia exitosa que es la base de la IHAN.

Estos son:

1. Tener una política de lactancia materna escrita comunicada de forma rutinaria a todo el personal trabajando en el centro (empleado o voluntario).
2. Formar todo el personal de salud en conocimientos y herramientas necesarios para poder llevar a cabo esa política de lactancia.
3. Informar a las embarazadas y sus familias de los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Apoyar a las madres en el establecimiento y logro de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
5. Animar a mantener la lactancia materna mas allá de los 6 meses con la introducción de alimentación complementaria adecuada.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva a las familias que amamantan

7. Promover la colaboración entre el personal sanitario, grupos de apoyo a la lactancia y la comunidad.

Cada uno de estos pasos tiene un valor independiente y posiblemente se van logrando de forma progresiva. Se puede observar cambios en las cifras de lactancia con las modificaciones pertinentes pero es muy difícil y poco recomendable aplicar los puntos por separado. La planificación en llegar a ser CSAN ya aporta una mejora en la atención y es tan importante como el lograr la acreditación.

Al igual que en los HAN si una madre debidamente informada y con el apoyo necesario decide no amamantar a su hijo el respeto a esta decisión ha de ser la norma y se deberá facilitar en estos casos la información correcta de cómo preparar y administrar la alimentación al bebé.

Los Centros de Salud debido a su proximidad con la población, con acceso a todos los estatus sociales de la población y siendo una red próxima de apoyo social se encuentran en el lugar idóneo para ejercer una acción fundamental en la promoción protección y apoyo a la lactancia materna, trabajando de forma individual y mejor aun en colaboración con los hospitales de referencia.

Desde la proximidad a la población se puede lograr mejor un cambio cultural que lleve a hacer la lactancia materna la norma.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS/UNICEF. Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. OMS Ginebra 1979.
2. Jelliffe EF. Infant feeding practices: associated iatrogenic and commerciogenic diseases. *Pediatr Clin North Am.* 1977 Feb; 24(1): 49-61.
3. OMS. Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche materna. Ginebra. 1981.
4. Innocenti Declaración. 1990. <http://www.ihan.org.es/articulos.asp?idart=37>
5. WHO/UNICEF. European Action Plan for the Baby Friendly Hospital Initiative.
6. OMS-UNICEF. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeños. OMS. Ginebra 2003.
7. Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna en Europa: Plan estratégico. http://www.ihan.org.es/blueprint_es.pdf
8. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005 Feb; 8(1): 39-46.
9. Lawrence RA. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) a randomized trial in the Republic of Belarus. *J Pediatr.* 2001 Jul; 139(1): 164-5.
10. The Breastfeeding Committee for Canada: Baby-Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide. <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>

Mesa Redonda: Situación actual de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro

Situación de los Hospitales Amigos de los Niños

A. GÓMEZ PAPÍ

Hospital Universitari de Tarragona "Joan XXIII". Hospital Amigo de los Niños desde 1997. Comité de Lactancia Materna de la AEP.

Muchos son los hospitales que están modificando sus rutinas y no están galardonados. Los Hospitales Amigos de los Niños (HAN) somos la punta del iceberg de una tendencia lenta pero imparable. De hecho, la mayoría de HAN empezamos modificando nuestras rutinas basándonos en los 10 pasos de la IHAN y fuimos convencidos para ser evaluados.

MATERIAL Y MÉTODO

Para preparar la ponencia decidí escribir a las personas que han trabajado el tema de la lactancia materna (LM) en los hospitales galardonados. Les propuse que me hablaran de sus impresiones según este guión: Cómo nació (si fue iniciativa de algún servicio del hospital o de la dirección/gerencia), qué ventajas tiene

ser HAN (cambios en los índices de lactancia, cursos de lactancia, cambios en los hábitos de trabajo de pediatras, enfermeras, obstetras) etc., con qué problemas se han encontrado para mantenerse HAN, qué papel juega la dirección-gerencia del hospital y, finalmente, qué propuestas (o sugerencias) se les ocurren para mejorar la situación.

Primero, escribí a las direcciones electrónicas que me facilitaron desde la IHAN (Dr. Luis Ruiz), la mayoría eran cargos administrativos de los hospitales que, en muchos casos, habían cambiado de lugar de trabajo. Así, obtuvimos respuesta de 2 hospitales: el **Hospital General de Granollers, en Cataluña (Dr. Felipe Ojeda, que se incorporó en 2004)** y el Hospital Comarcal Mora de Ebre, en Cataluña (Pablo García Pellegrí). En segundo lugar,

acudí a mis contactos en el Comité de LM de la AEP donde figuran varios pediatras de HAN como **José M^a Paricio y Leonardo Landa, del Hospital Marina Alta de Dènia, Alicante; Vicente Molina, de la Clínica Dexeus de Barcelona y Carmen Tembury, del Hospital de Fuenlabrada de Madrid.** De ellos mismos o de otros miembros del Comité, surgieron varios nombres de personas a las que escribí: **Olivia Santiago, matrona del Hospital de Jarrio, Asturias; Ricardo García de León, pediatra del Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Murcia; y Natalia Gomáriz, enfermera de la Fundación Pública Hospital del Salnés, Galicia.**

No he obtenido respuesta de los siguientes hospitales: Hospital de Zumárraga, Euzkadi; Hospital Carmen y Severo Ochoa, Nancea, Asturias; y Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, Cataluña. Y cuando escribo este resumen estoy en espera de la respuesta definitiva del Hospital de Fuenlabrada, Madrid y del Hospital Comarcal Mora de Ebre, en Cataluña. He dejado **en negrita** aquéllos que me han enviado una respuesta completa.

RESULTADOS

Inicio: Cómo nació

En nuestro hospital, partió de una iniciativa del Servicio de Pediatría y, poco a poco se ha ido extendiendo a obstetricia (excelente colaboración con las matronas). También fue así en Dexeus, Dènia, y Yecla

HAN: Ventajas

Reconocimiento

Las personas que hemos trabajado en el proyecto HAN nos sentimos orgullosos de que nuestro hospital haya recibido el galardón. Supone un reconocimiento a una labor de años. Además, nos da prestigio entre los hospitales que están cambiando sus rutinas y los HAN.

Algunas opiniones destacadas: “En resumen, creo que hay pocos iniciativas que tengan un impacto tan importante como la IHAN tanto en el proceso de atención como en resultados de salud”; “De todas maneras en nuestro servicio estamos y seguiremos estando, aunque no fuéramos hospital amigo de los niños, por la promoción de la lactancia materna como la forma más idónea de alimentar a los recién nacidos y niños pequeños y para eso no necesitamos placas ni medallas”. “El reconocimiento es externo (nadie es profeta en su tierra).”

Mejoría de los índices de lactancia

Se han experimentado una mejoría evidente y significativa en los índices de lactancia: LM exclusiva al alta: Tarragona: de 50% hasta 80-85% (mixta < 3%), Granollers: 83-89% (mixta < 1%); LM al mes: del 50% ha subido hasta el 85% y a los 15 meses, del 1% hasta el 10% (Yecla). Dènia: de 68 a 70% al mes y de 11 hasta 26% a los 6 meses.

En general, faltan datos para confirmar la efectividad de las medidas adoptadas por los HAN. Sabemos que las cosas se hacen bien, que las madres están más contentas, se sienten mejor atendidas y apoyadas en el cuidado y la lactancia de sus bebés. Pocos de nosotros disponemos de la prevalencia de la lactancia y tampoco de complicaciones: porcentaje de grietas, de pezoneras, de ingurgitación mamaria, etc.

Recuperación la Cultura de LM

En todos los hospitales se han hecho y se siguen haciendo cursos de LM que han permitido que la mayoría del personal sanitario que tiene contacto con madres y bebés haya recibido la formación adecuada. Varios de los hospitales reconocemos que la asistencia a los cursos ha sido masiva por parte de enfermería, buena por parte de los pediatras y escasa por parte de obstetricia. La recuperación de la cultura médica de la LM es más llamativa entre los residentes de pediatría, que están formados y sensibilizados. Los de nuestro hospital han atendido un E-learning en LM (Comité de LM de la AEP) y han contestado al Foro de LM, adecuadamente supervisados, con éxito. El personal de enfermería más joven considera parte de su trabajo supervisar las tomas de LM y dar apoyo a las madres durante el contacto precoz y el MMC. El contacto precoz y el MMC están protocolizados y se practican de rutina. “Esta cultura es conocida por la población del Área Sanitaria, se oyen comentarios como “tranquila, allí te ayudan a dar el pecho, te explican”

Consulta de LM

En nuestro hospital, es llevada por un pediatra. Creemos que lo ideal es que se trate de una consulta de enfermería con el apoyo del pediatra. En el hospital de Yecla, la pasa una enfermera Consultora de LM.

Comisión de LM

La nuestra funciona hace menos de un año con el objetivo de velar para que se mantenga la política hospitalaria de LM. Es importante porque se comparte la responsabilidad y se hace participe a la dirección médica y de enfermería.

Grupos de madres

En muchos hospitales existe una colaboración estrecha. Sería importante que pudieran entrar en el hospital con toda libertad para dar apoyo a las madres desde el primer día y así facilitar los contactos posteriores.

Otros logros

Compromiso de los pediatras hospitalarios y de los de Primaria con la LM (Yecla, Dènia), proyecto “Hasta que Tú Quieras” (Yecla), protocolos de LM-guías clínicas, hoja de observación de las tomas (Salnés), informes clínicos con mensajes sobre LM (Dènia), protocolos de LM en intranet (Granollers), clases de LM en la universidad tanto en Medicina como en Enfermería (Tarragona), página web de lactancia y medicamentos (Dènia), cursos de MMC (Tarragona), cama y dieta a la madre cuyo bebé ha de ingresar en el hospital (Salnés), guión del curso oficial de la EVES para formador de formadores de 40 horas y participación como profesores (Dènia).

Problemas

En muchos hospitales, el camino se empezó a andar gracias al trabajo entusiasta y motor de unos pocos miembros del equipo de pediatría o de obstetricia. “El resto de profesionales implicados e incluso la institución “se dejaron llevar”, comprometiéndose en cosas puntuales pero sin que estuvieran realmente “meti-

dos” en el proyecto pero, una vez conseguido la nominación, todo se relajó. Además, algunos hemos sufrido el traslado o cambio de alguno de esos motores”. Se siguen dejando los problemas de LM en manos de unos pocos: “Hay una parte del personal que, aunque ya no se atreven a contradecir lo implantado, son indiferentes o incluso están molestos con el tema. Se trata de personal que lleva toda la vida en el hospital, técnicamente bueno (papel de ATS), pero resistentes a cambios. En general delegan claramente en “los de la lactancia”

Tenemos la impresión que desde la administración no se ha valorado el esfuerzo que representa promover, proteger y apoyar la lactancia materna. La administración se interesa en que el hospital consiga el galardón, pero se preocupa poco de que se cumpla la política relativa a la lactancia materna, etc. “Los de la Administración se apuntan el tanto de que seamos HAN y luego todo lo que se consigue es por estar detrás de ellos, jamás tienen ninguna iniciativa, objetivos y mucho menos incentivos o reconocimiento profesional...” Las excepciones más claras son el Hospital de Yecla (cuyo representante tiene una ponencia después) y también el H de Granollers, cuyo director es un pediatra especialmente sensibilizado por la LM. Además, la dirección-gerencia y la dirección médica cambian cada 3-4 años, lo que hace que el equipo entrante desconozca el tema de la IHAN y que sólo exista una especial preocupación en épocas de evaluación.

En nuestro hospital, la dirección de enfermería es mucho más estable pero no por ello está más sensibilizada o es más colaboradora. La mayoría de los HAN tenemos problemas como la movilidad del personal de enfermería. Las enfermeras que trabajan en la planta de maternidad no siempre son expertas porque frecuentemente colocan enfermeras sustitutas no entrenadas en LM. Por ello, durante los meses de verano apreciamos un aumento del número de biberones que se administran a bebés amamantados, de pezoneras, de grietas, de fracasos... Algunos de nosotros tenemos la sensación de que se ha vendido la IHAN como una mejora en la calidad asistencial con una reducción de los puestos de trabajo (enfermería). La realidad nos ha enseñado que estar pendientes de madre y bebé durante el contacto precoz, atender y apoyar a las madres lactantes, supervisar las tomas al pecho y tener especial dedicación a los problemas de lactancia supone un aumento de las cargas de trabajo. Sin embargo, las direcciones de enfermería, con la excusa de que hay menos trabajo, reducen el número de personal de enfermería de la maternidad. Además, no han aumentado el personal al ritmo que han aumentado los partos. Otro aspecto preocupante y común a todos los HAN es la invasión de la planta de maternidad por otro tipo de enfermos a los que el personal de enfermería no está acostumbrada a tratar. En ocasiones más del 10-20 % de la sala esta ocupado por enfermas, no puérperas. La atención a éstas ocupa mucho más tiempo y desplaza la tarea de apoyo a la LM al último lugar.

PROPUESTAS

Sabemos que las reevaluaciones cada 3 ó 4 años de los HAN tienen como objetivo principal recordarles que deben seguir siendo merecedores del reconocimiento que les concedió UNICEF y que pueden perderlo si no mantienen los estándares que tuvieron en su día y que se comprometieron a mantener. Creemos que esa política sería más eficaz si fuera acompañada de otras medidas. “Desde que nos dieron el “Galardón” estamos dejados de la mano de ... ni han vuelto por aquí, ni hay formación continuada, ni evaluaciones de calidad, ni siquiera espacios donde compartir experiencias”. “El personal que trabajamos en LM nos vemos condenados a ejercer un voluntariado pasional con muchas dificultades.”

Incentivos

Algunos de los representantes de los HAN no están de acuerdo en este punto y creen que con el galardón ya tienen bastante reconocimiento e impulso.

Incentivos para el hospital que consigue el galardón IHAN. Podría ser una compensación económica a través de las Direcciones Por Objetivos (DPO) o las carreras profesionales premiando el haber logrado el galardón IHAN, haber asistido a cursos de LM, mantenerse como HAN, organizar cursos de LM, etc. Aumentar la dotación del personal: crear y presupuestar la figura de la Consultora de LM. Yecla tiene una a media jornada y Dènia cuenta con una consejera de LM voluntaria.

Compromiso de los gobiernos autonómicos

Algunos gobiernos autonómicos impulsan la IHAN y organizan cursos y jornadas de LM (Castilla y León, Euzkadi, Comunidad Valenciana), no así Cataluña. Creo que, realmente, no son conscientes (o no se lo creen) de la mejora evidente en la calidad de salud y económica que comporta llevar a cabo una política de protección, promoción y apoyo a la LM. Organizar Cursos de Consejería en LM y de formador de formadores. Facilitar encuestas fiables para conocer la prevalencia de la LM por zonas: a través de la detección precoz o del programa del niño sano. Facilitar la comunicación y colaboración entre los hospitales y la asistencia primaria

Compromiso de las administraciones de los hospitales

Respetar la planta de Maternidad: Que ingresen sólo madres y RN, que las doten con enfermeras adiestradas en LM. Sería deseable adecuar el personal a las necesidades asistenciales y permitir y estimular que las enfermeras se especialicen. Incentivar (facilitar, puntuar, subvencionar) la asistencia a los cursos de formación en LM y a Congresos de LM al personal que va estar atendiendo a madres y bebés (enfermería, matronas, pediatras, obstetras, médicos de familia). Creación de la Comisión hospitalaria de LM y que las propuestas sean escuchadas (comisión vinculante). Que una persona sensibilizada con la LM ocupe algún cargo de responsabilidad (Jefatura de servicio, coordinación, dirección médica, dirección de enfermería...).

Mesa Redonda: Situación actual de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro

Lactancia materna “hasta que tú quieras”. Un diseño de calidad asistencial

R. GARCÍA LEÓN

Pediatra. Hospital de Yecla. Director del proyecto “Hasta que tu quieras”.

ANTECEDENTES: IHAN, UNA EXPERIENCIA DE CALIDAD

En ocasiones, mensajes sencillos son difíciles y complejos de explicar. Su aparente obviedad, “lactancia materna, hasta que tú quieras”, encierra una larga historia de desatenciones socio-sanitarias a la mujer lactante que comienza con la brusca irrupción de los sucedáneos de la leche materna en el ecosistema del niño.

Una nueva cultura sustituyó gradualmente a la cultura tradicional de alimentación del lactante. La cultura del biberón, articulada en forma de prácticas y recomendaciones médico sanitarias, se extendió imparable por todo el mundo. Su capacidad de penetración en todas las esferas de influencia dio lugar a uno de los fenómenos más insólitos: “el abandono masivo del amamantamiento como forma habitual de alimentación de los lactantes, es él más vasto experimento sin controles del mundo” Bo Vahlquist, (1981).

El papel de la mujer en este proceso de cambio, ha sido, sin duda, un papel pasivo que ha mermado profundamente su confianza y habilidades para amamantar. La LM es una carrera de obstáculos, un penoso camino que conduce, en la mayoría de las ocasiones, al abandono precoz del amamantamiento y al amargo sabor de la frustración personal. “Hasta que pueda” define claramente su incertidumbre y su voluntad de ofrecer a su hijo lo mejor.

El problema lo podemos abordar desde diferentes perspectivas. El enfoque de calidad es un enfoque de consenso para todos los grupos de interés: madres, profesionales y autoridades sanitarias. Por otra parte, la atención a la lactancia materna (LM) es un área poco desarrollada de los sistemas de salud en todas las dimensiones de calidad:

- Científico técnica: las prácticas habituales de atención a la mujer lactante son claramente inadecuadas para lograr el éxito de la lactancia.
- Satisfacción: el Abandono Prematuro del Amamantamiento (APA) es para la mujer el final de un penoso camino, lleno de obstáculos e incomprensiones.
- Seguridad: cada lactancia perdida a causa de prácticas poco adecuadas supone para el bebé privarle de la bioseguridad de la LM.

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), estrategia de ámbito mundial promovida por la OMS y UNICEF y comunicada en la Declaración de Innocenti en 1990, es el primer acercamiento combinado al problema del abandono prematuro de la lactancia materna. Sus criterios de calidad, articulados en torno a 10 pasos, constituyen una excelente herramienta para medir la calidad de los cuidados a la madre y el grado de adecuación a sus necesidades. Es además, una de las primeras iniciativas de ámbito mundial que incorpora la participación de las madres como

requisito de calidad del proceso: “Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellas a su salida del hospital” (10º paso).

El programa HQTQ comienza con la implantación de los diez pasos de la IHAN en el Área V de Salud de la Región de Murcia en el año 2000 siguiendo la metodología de un ciclo de mejora: • análisis de situación: encuesta previa sobre los 10 pasos y estudio previo sobre la duración de la LM en 1997, antes de iniciar la intervención; • análisis causal: donde destacamos la escasa formación y falta de sensibilización por el problema; • intervención: implantación de los 10 pasos considerando la formación como la acción prioritaria para iniciar el proceso de cambio; y • evaluación: externa (preauditoria 2002 y auditoria 2004) e interna a través de la comisión de LM del área.

El cumplimiento de los indicadores de proceso, según los estándares de calidad definidos en la IHAN, ha producido un profundo cambio en la asistencia materno-infantil con la implicación de la mayoría de los profesionales y la participación activa de las madres a través del grupo de apoyo Vínculo que nos ha permitido una proyección social importante.

Desde este nuevo escenario nos planteamos abordar un nuevo proyecto de calidad avalado por el Servicio de Calidad Asistencial (EMCA) y financiado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria del SMS, como continuidad y extensión de la IHAN a todo el área de salud. Un proyecto, **Hasta Que Tú Quieras** (HQTQ) que implica a toda la sociedad, pero especialmente a los servicios de salud en su función integradora y coordinadora de todos los servicios socio-sanitarios, para que la mujer pueda planificar libremente y sin miedo al fracaso su lactancia.

METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE DESARROLLO

Objetivo principal: evitar el abandono prematuro de la LM, que hemos definido como el abandono de la lactancia natural antes de lo que la madre ha decidido. Supone devolver a la mujer el control de su lactancia y definir nuestro papel como profesionales de la salud en relación a nuestra capacidad para responder a sus necesidades y expectativas.

Nuestro compromiso es que el 80% de las madres del área V de salud de la Región de Murcia que hayan entrado en el programa vean cubiertas sus expectativas sobre el tiempo que han decidido lactar. Para ello, planteamos que más del 50% de las madres del área entrarán en dicho programa.

Marco teórico-conceptual. El marco teórico de HQTQ es la 55ª Asamblea de la OMS y la IHAN como requisito de calidad sine-

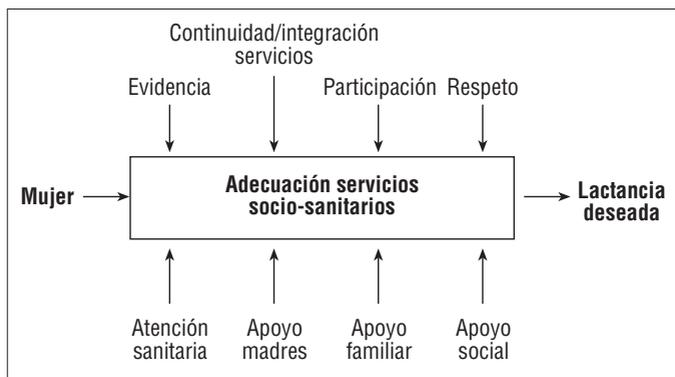


Figura 1. Metodología basada en la exploración de las necesidades y expectativas de la mujer: destinataria principal del proceso.

quatum del proyecto. Desde el punto de vista estratégico hemos definido varias líneas que consideramos claves para afrontar el reto de HQTQ.

- Adecuación de nuestras prácticas a la evidencia científica asegurando la continuidad e integración de todos los servicios que prestamos durante todo el proceso. La implementación de la metodología IHAN es un requisito previo imprescindible.
- Participación de todos los grupos de interés en el marco de la formación y desarrollo personal y profesional.
- Impacto social orientado a la promoción de una nueva cultura de lactancia y alimentación infantil y del reconocimiento social del papel de la madre lactante.
- Desarrollo de un sistema de información que nos permita monitorizar los indicadores de proceso y de resultados..

Sobre este modelo global podemos establecer la hipótesis principal del proyecto:

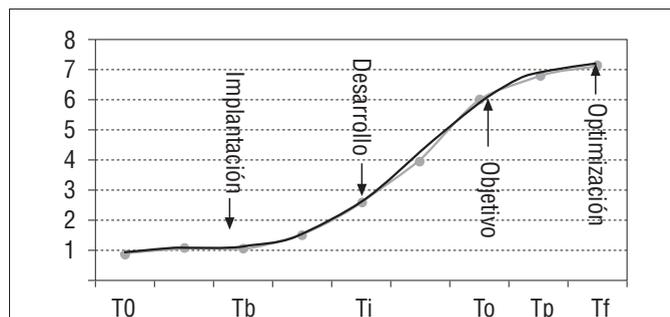
“Si quitamos las barreras entre la madre y su bebé, destacamos la importancia para ambos del contacto íntimo, no interferimos innecesariamente con el proceso natural de la lactancia y “compensamos”, los efectos negativos de la “cultura del biberón” con una información exacta, un apoyo y educación adecuados: la mayoría de las madres podrán amamantar a su hijo todo el tiempo que deseen”.

El modelo formal es un Diseño de Calidad sobre el proceso de amamantamiento, que nos permitirá estructurar la compleja atención a la LM. Siguiendo la metodología de la gestión por procesos basada en la que la exploración de las necesidades y expectativas de la mujer: destinataria principal del proceso.

Con la metodología IDEF, compleja pero conceptualmente clara, iremos diseñando las diferentes “cajas” de función a diferentes niveles (Fig. 1). El rectángulo representa la función general del proyecto, sobre la que se determinan unas entradas, destinatarios del proceso y unas salidas, función objetivo. La parte superior son las guías que determinan el marco de desarrollo y la parte inferior los diferentes recursos para desarrollar la función. Cada uno de estos elementos se irá desgranando en diferentes cajas para estructurar e integrar todas las acciones y recursos para el objetivo final de evitar el APA.

El programa esta estructurado en tres fases:

1. Creación de los equipos de trabajo, formación de los mismos y exploración de las necesidades y expectativas de las madres.
2. Fase de diseño e implantación de intervenciones.



T0: situación de partida año 1987; Tb: inicio de la intervención, año 2000, IHAN; Ti: periodo inicial, durante la intervención; To: periodo objetivo, criterios 10 pasos; Tp: optimización de los 10 pasos y situación inicial de HQTQ; Tf: situación deseada. Ordenadas: DM LM

Figura 2. Ensayo comunitario de Intervención año 1997 a 2005.

TABLA I

	1997 (Ti)	2001 (Ti)	2003(To)	2005(Tp)	2008 (Tf)
DM	1	3 (300%)	6 (600%)	7 (700%)	8
TA 1 m	55%	30 (108%)	15 (366%)	10 (550%)	6
LP	1%		10 (1000%)	16 (1600%)	20

3. Fase de evaluación: evaluación de criterios e indicadores para monitorizar todo el proceso.

Los datos sobre la duración de lactancia se han recogido a partir de encuestas realizadas en diferentes periodos de la intervención y contrastadas con los datos de los registros de atención primaria y analizadas a través de curvas de supervivencia.

Los datos cualitativos, recogidos a través de técnicas de grupo nominal y grupos de discusión con madres del Grupo de Apoyo Vínculo, son una primera aproximación que nos servirá de base para un estudio de necesidades mas completo.

RESULTADOS DESDE EL INICIO DE LA INTERVENCIÓN IHAN

Los resultados sobre la duración de la LM en nuestra comarca simulan un ensayo comunitario de intervención (Fig. 2 y Tabla I). Gráficamente se ve el importante impacto de la intervención sobre la duración media(DM) de la LM. En la tabla se resumen los datos en los diferentes periodos de estudio: DM, Tasa Abandono 1º mes (TA 1º m) y LM prolongadas mas de 15 meses (LP).

La evolución de la DM puede ajustarse a una asíntota que denota la importante oportunidad de mejora durante las primeras fases de la implantación.

Los cambios en la atención y cuidado al proceso de lactancia podemos resumirlos:

- Mejor comprensión de las necesidades globales del bebé y del niño pequeño. Importancia de la lactancia, papel de la madre como clave para su salud.
- Acercamiento a la madre y su familia propiciando una mejor interacción con la familia en el cuidado del bebé.
- Un clima de trabajo, tras superar las inevitables resistencias al cambio, más desjerarquizado y participativo, donde todos los estamentos han encontrado su papel en la protección, promoción y apoyo a la LM en nuestra área.

- Participación de las madres, y padres, y de la comunidad en el proceso de cambio: formación conjunta madres-profesionales, participación en la educación maternal, actividades de promoción, etc.
- En las encuestas de satisfacción posthospitalización se aprecia un incremento muy significativo del nivel de información que reciben las madres en relación con la alimentación de sus hijos: el 29 % declaraba en 2001 haber recibido información sobre esta cuestión y en 2005 el 86,7 %.

Resultados provisionales de la primera fase del programa HQTQ:

- Formación se ha realizado un curso básico de calidad asistencial y una nueva edición del curso de lactancia con que hemos logrado una formación de más del 80% del personal materno-infantil del área.
- La exploración de las necesidades y expectativas destacamos las siguientes áreas de mejora en las dimensiones de información, apoyo, reconocimiento social y continuidad de cuidados.
- En base a esta primera exploración de necesidades se han creado varios equipos de trabajo en el área para desarrollar ciclos de mejora sobre: grietas, optimización del método canguro y promoción de la LM exclusiva. LM en bajos pesos
- Contribuir a la recuperación de la cultura de lactancia materna, fruto combinado de muchos esfuerzos y de la proyección social del proyecto, donde destacamos la colaboración del grupo de apoyo en diversas actividades de promoción.

CONCLUSIONES

Los resultados tan significativos en salud (medidos indirectamente por el incremento en la duración de la LM) obtenidos tras la implantación de la IHAN evidencian la gran capacidad de respuesta de las madres, cuando adecuamos nuestras prácticas a sus necesidades y expectativas, así como la efectividad de la IHAN como intervención global.

La gran oportunidad de mejora e innovación sobre esta importante área de salud justifica que la PPA a la LM sea una prioridad de los sistemas de salud, como señala el Plan Estratégico Europeo para la Acción.

HQTQ es una experiencia de calidad para devolver a la madre el importante papel que siempre ha tenido en la salud de sus hijos. Al centrarse en sus expectativas estamos corrigiendo la importante perturbación que nuestro sistema sanitario ha introducido en el frágil y vulnerable proceso del amamantamiento. Una respuesta para compensar tantos años de desaciertos en un área tan importante para el futuro.

La incorporación de indicadores como la DM, indicador global, TA 1 m como indicador de la calidad de los cuidados perinatales y atención en el primer mes de vida y la prevalencia de LP como indicador para medir el grado cambio cultural, es un primer paso para medir y mejorar, la calidad en esta área de la atención sanitaria.

La participación activa de la madre, su familia y de la comunidad en general, en este proceso de naturaleza tan social y humana es, con seguridad, una garantía de calidad para el programa de atención integral a la mujer. El compromiso y la adherencia de los grupos de apoyo es un punto de partida fundamental en este sentido.

Se trata, en definitiva, de desarrollar un nuevo modelo de cuidados que nos permita cambiar actitudes y valores frente la lactancia, mayor acercamiento a la madre y su familia, desarrollar nuestro papel como profesionales y promotores de la salud y compartir con la sociedad el reto de desarrollar una nueva cultura de lactancia materna que permita compatibilizar crianza natural y desarrollo profesional de la madre.

Por último, los bebés tan queridos por todos, ciudadanos del futuro, se merecen lo mejor de nuestro trabajo. La lactancia materna responde plenamente a sus necesidades y expectativas de calor, afecto, nutrición y protección adecuada para desarrollarse como persona. Este es su primer derecho y su madre la depositaria del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* 1985;2:436-437
- Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
- OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990.
- Gómez García C. Tesis Doctoral: una propuesta de intervención educativa.
- Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, Informe técnico sobre la LM en España.. *An Esp Pediatría* 1999; 50:333-340.
- World Health Organization, Global Data Bank on Breastfeeding. http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.
- Temboury Molina C. Conocimientos de los Residentes de Pediatría en el manejo de la LM. *An Esp Pediatría* 2003; 58: 263-267.
- Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.
- Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 abril/2002. Proporciona un marco normativo emergente para la alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños.
- Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P N° 5. 2003.
- Servicio de Pediatría Hospital Dr. Peset con la colaboración Pediatría Atención Primaria Área 09 de Valencia. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la LM desde el Embarazo hasta el segundo año (2004).
- Ramón Vázquez J. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Punto de partida: conocimientos de necesidades y expectativas. Ed. Dupont Pharma 1991
- Saturno Hernández PJ. Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2005.
- Mas Castillo A. Manual de procedimiento para realización de grupos de discusión. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma Región de Murcia. 2003.
- Saturno Hernández PJ. Encuesta Posthospitalización del Insalud Murcia 2001
- Saturno Hernández PJ. Qué, Cómo y Cuándo Monitorizar. Marco Conceptual y Guía Metodológica. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Descripción y diseño de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Conferencia

Red Brasileña de Bancos de Leche Humana: Dos décadas de política pública en Brasil

J.A. GUERRA DE ALMEIDA, P.R. DA SILVA MAIA, F. REIS NOVAK

Fundación Oswaldo Cruz, Red Brasileña de Bancos de Leche Humana.

INTRODUCCIÓN

Brasil, hoy con 179 millones de habitantes, consiguió una expresiva ampliación con respecto al tema de prevalecer la lactancia materna en las dos últimas décadas. Entre las principales estrategias de la política pública que concurren para la construcción de ese nuevo y prometedor perfil epidemiológico, figuran los Bancos de Leche Humana.

La Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (Red BLH-BR) es una iniciativa del Ministerio de Salud, desarrollada a través de la Fundación Oswaldo Cruz, sede de la Red BLH-BR, cuya misión es fomentar la salud de la mujer y del niño mediante la integración y construcción de parcerías con órganos federales, las unidades de la federación, los municipios, la iniciativa privada y la sociedad, en el ámbito de actuación de los Bancos de Leche Humana. Es la mayor y más compleja Red de Bancos de Leche del mundo, compuesta por 187 unidades en operación y 29 puestos de recolección de leche humana. Actualmente hay un claro reconocimiento sobre los avances en la salud infantil obtenidos por la implementación de la Red BLH-BR. En el período desde 1998 hasta 2003 fueron distribuidos 503553 litros de leche humana pasteurizada con calidad certificada a 610632 recién nacidos internados en unidades de terapia neonatal intensiva, haciendo con que 348299 madres participasen voluntariamente del programa de donación. Además, en ese mismo período, fueron atendidas 3460119 mujeres, gestantes y madres, que recorrieron a los Bancos de Leche en busca de apoyo para amamantar (<http://www.redeblh.fiocruz.br>).

La acción coordinada, la pesquisa y el desarrollo tecnológico son los más importantes elementos de sostenimiento de la Red Brasileña. A través de estos tres ingredientes, viene siendo posible compatibilizar el mantenimiento de un alto rigor técnico con bajo costo operacional y así, responder adecuadamente a las diferentes demandas generadas por la sociedad brasileña. El sistema trabaja con tecnologías alternativas, pero sensibles y suficientemente precisas para asegurar un padrón de calidad reconocido internacionalmente.

EL CONOCIMIENTO COMO ESLABÓN EN LA RED

Las acciones de los actores institucionales de la Red BLH-BR también resultaron en la creación y en la acción de compartir conocimiento, hecho que le confiere una posición de vanguardia. De esta manera, en la articulación de la Red, la información y el conocimiento se vuelven estratégicos. También como resultado de las inversiones

en investigación, desarrollo tecnológico y capacitación de recursos humanos, la Red BLH-BR contribuye para la base de mantenimiento académica que auxilia la formulación de la política pública de salud en el que se refiere a bancos de leche y lactancia materna.

En general, en una perspectiva histórica, hasta los fines de la década de noventa, discusiones sobre la creación y el reparto del conocimiento en la Red, centraban su foco en la búsqueda de alternativas tecnológicas que permitiese rapidez en su captura y diseminación. Esta tendencia, a lo largo del tiempo, cedió espacio para reflexiones de otra naturaleza. Pero últimamente, se percibe la utilización de abordaje más amplio. Hay una evidente preocupación en elegir cuestiones estratégicas y culturales que puedan inducir a la universalización del repartir y la utilización. Ahora, la aplicación del conocimiento como elemento transformador pasa a ser tema central.

Este indicativo delimitó, en el campo de la reflexión teórica, el inicio de la sedimentación de un cuadro conceptual que pudiese, por un lado, sustentar nuevas políticas de actuación gerencial y del planeamiento y, de otro, trajese para dentro del espacio académico nuevas posibilidades de teorizar, particularmente en la sede de la Red BLH-BR. En consecuencia del campo de la gestión del conocimiento en la Red, pasó a constituir una nueva e importante línea de investigación.

LA PRODUCCIÓN ACADÉMICA EN LA RED BLH-BR

Considerando el eje cronológico de la producción académica vinculada a la línea de investigación en Bancos de Leche en los cursos de maestría y doctorado, o sea, del conocimiento científico producido en la sede de la Red BLH-BR, es posible entender su importancia como elemento de legitimación. Para una mirada más específica y, al mismo tiempo panorámica del conocimiento producido, se analizó las contribuciones de las tesis y disertaciones defendidas en los últimos años.

La tesis de Almeida⁴ tiene la marca de una de las producciones científicas de mayor impacto en el área de estudios en los tiempos recientes. En un movimiento innovador, el autor plantea el híbrido naturaleza-cultura, como fundamento epistemológico para repensar temas sobre lactancia materna configurando, de esta manera, uno de los más vastos referenciales teóricos que está influenciando grande parte de la producción literaria y académica en este campo en Brasil.

Va siguiendo en esta línea la tesis de doctorado de Souza⁵. Sustentada en los conceptos de trascendencia e immanencia, la

autora desarrolló una investigación cualitativa, basándose en el análisis documental de causas primarias. El estudio presenta tres principales ejes de discusión: el paradigma del amamantamiento desde el Brasil colonial hasta los argumentos científicos actuales; en seguida analiza las construcciones académicas en el siglo XIX y siglo XX y, por fin, investiga la relación entre la propaganda y la construcción del conocimiento y las estrategias de marketing utilizadas por la industria de alimentos para lactantes. Su conclusión es que la pediatría brasileña, a lo largo de su trayectoria, se ocupa preponderantemente del amamantamiento como fenómeno natural, recortándola como objeto de estudio sobre la égida de las leyes transcendentales. Ferreira⁶, focaliza su estudio partiendo de la idea de que apenas el conocimiento biológico sobre amamantamiento es insuficiente para que la orientación y el apoyo a las mujeres-madres alcancen los resultados esperados. Su objetivo es comprender el proceso de decisión de la mujer, madre del bebé prematuro hospitalizado, en unidad de tratamiento intensivo neonatal, sobre la alimentación de su hijo después de dada el alta hospitalaria.

De igual modo en lo que se dice respecto a la producción del conocimiento en este período, son los trabajos relacionados al asistir en amamantamiento y BLH. El estudio de Souza⁷, plantea las representaciones sociales en lactancia junto a profesionales de salud y puérperas que participaron del *Programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño*. Esta investigación tiene gran importancia, a medida que se ofrece oportunidad de reflexión sobre el funcionamiento y resultados de un programa oficial de Ministerio de Salud y al mismo tiempo abre espacio para estudios de naturaleza cualitativa, utilizando las representaciones sociales como instrumento teórico-metodológico. Ramos⁸, también utilizando el referencial teórico-metodológico de las representaciones sociales, investigó las alegaciones maternas para el destete y la percepción sobre la asistencia en amamantamiento. Sugiere la reformulación del modelo asistencial, de modo que lleve en consideración, además de los determinantes biológicos, los condicionantes socio-culturales que están asociados a esa práctica. Veloso⁹ vuelve a esta línea de investigación. y los resultados indican que la adopción de prácticas que visan la reducción del tiempo de permanencia del prematuro en la incubadora y la presencia de la madre en la institución fueron relevantes en la mejoría de los índices de la lactancia materna. Crivaro¹⁰ demostró que la prevalencia de la lactancia materna fue inversamente influenciada por el tiempo de hospitalización. Cuanto mayor el tiempo de hospitalización en ambiente de UTI Neonatal, menor la prevalencia. Castro¹¹ estudió la ambigüedad entre el incentivo al amamantamiento y la necesidad de inhibir la lactancia en tiempos de epidemia de SIDA, a través de la revisión de los modelos asistenciales prescritos por las políticas públicas de salud. Cruz¹² trabajó con el inédito tema relacionado al posicionamiento del padre delante de la fase de la gestación, parto y pos parto, principalmente en lo tocante al amamantamiento del niño.

Varios e importantes trabajos fueron desarrollados con relación a la formación y calificación de profesionales para lidiar con la cuestión del amamantamiento. La enseñanza de la lactancia materna en la graduación de medicina. Silva¹³ la investigó. El autor concluye que debe haber una adecuación de la enseñanza con

la asistencia que integra la salud de la mujer, objetivando la capacitación del profesional médico para lidiar con la cuestión de la lactancia materna de forma segura y eficaz. También en esta línea de investigación se encuentra la disertación de Monteiro¹⁴ que tuvo como objeto la representación que docentes y graduandos de los cursos de Nutrición tienen sobre el amamantamiento. La disertación de Zen¹⁵ focaliza su objeto en la calificación de recursos humanos. Su campo de investigación fue el Curso de Consejería desarrollado en Brasil por el Ministerio de la Salud, basándose en la teoría de las representaciones sociales. Su conclusión es que el curso, a pesar de no presentar transformaciones concretas, crea en el profesional la oportunidad reflexiva de una nueva forma de pensar sobre su postura en el asistir a mujer que amamanta. Este mismo Curso fue tema de disertación de Azevedo¹⁶. La autora buscó identificar y analizar, a partir de la comprensión de su concepción teórico-pedagógica, los obstáculos que impiden la acción transformadora esperada por sus idealizadores. En su conclusión apunta que la concepción pedagógica demuestra ser incompatible con la acción transformadora pretendida en el modelo propuesto.

El control de calidad en Bancos de Leche se configura como otro tema contemplado en la producción académica reciente. El propio crecimiento de la Red BLH-BR indujo a una necesidad de mayor amparo científico. En este sentido, es bueno destacar el trabajo de Moreira¹⁷, cimentado en informaciones oriundas de inspecciones realizadas por la Vigilancia Sanitaria en once BLH del estado de Río de Janeiro. Todavía en la misma línea de control de calidad, Fonseca¹⁸ identificó un vacío en la literatura sobre el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control en BLH. Sus resultados revelan que la Leche Humana Ordeñada Pasteurizada - LHOp, en BLH de la red municipal de salud de Río de Janeiro, distribuida a los lactantes en las maternidades que hicieron parte del estudio, son procesados en condiciones sanitarias adecuadas. Silva¹⁹ describe las normas técnicas para recolección, procesamiento y distribución de la leche humana ordeñada, en la perspectiva de la Gestión por la Calidad en Bancos de Leche. Esta tesis fue decorrente de la demanda generada con la expansión de la Red BLH-BR en el Brasil. Para el autor hay necesidad de uniformizar las conductas, objetivando el establecimiento de un programa de garantía de calidad de productos y procesos sobre la responsabilidad de los Bancos de Leche Humana.

COMENTARIOS FINALES

Este estudio muestra la importancia real y potencial del conocimiento que se está engendrando en la Red BLH-BR en sus diversidades de métodos y de objetos de investigación. La apropiación de este conocimiento, como elemento transformador de prácticas, será determinada en su intensidad por la capacidad de compartirlo. Así, se vuelve relevante la identificación de caminos que amplíen este repartir. Cuando se presenta resultados, con certificación académica, de investigación que indican, por ejemplo, necesidades de modificaciones en programas oficiales, se abre espacio concreto para una discusión que va además del límite de los modelos de servicios y se instala en la instancia del aparato del Estado brasileño, responsable por la formulación de la política pública para el sector.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida, J.A.G. Breastfeeding: a nature – culture hybrid. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001:108.
2. Almeida, J.A.G; Maia, P.R.S; Novak, F.R. “Os bancos de leite humano como suporte para a redução da mortalidade infantil – a experiência brasileira”. In: Anais do 2o. Congresso Uruguayo de Lactancia Materna. 2004-set, Montevideo, Uruguay, Montevideo: Sociedad Uruguaya de Pediatría; 2004.
3. Maia, PRS. Geração, difusão e apropriação do conhecimento na Rede Nacional de Bancos de Leite Humano [tese]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
4. Almeida, JAG. Amamentação: repensando o paradigma [tese]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
5. Souza, LMBM. Alimentação do lactente brasileiro - saber construído ou saber induzido: reflexões sobre os saberes e práticas da alimentação do lactente na pediatria brasileira [tese]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
6. Ferreira, SLC. A decisão materna e a alimentação do filho no pós-alta hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
7. Souza, LMBM. Promoção, proteção e apoio. Apoio? Representações sociais em aleitamento materno [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
8. Ramos, CV. Amamentação do discurso a prática – um estudo sobre a percepção de mulheres assistidas na maternidade Dona Evangelina Rosa – Teresina, Piauí [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
9. Veloso, LFG. Alojamento conjunto especial: uma proposta alternativa [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
10. Crivaro, ET. Estudo da prevalência de aleitamento materno em unidades de tratamento intensivo neonatal de hospitais amigos da criança no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
11. Castro, RC. As contradições do assistir em amamentação - Incentivo ao aleitamento materno versus inibição da lactação [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
12. Cruz, MHS. Como o homem representa o processo de amamentação do seu filho [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
13. Silva, VG. O ensino do aleitamento materno na Universidade Federal de Juiz de Fora [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
14. Monteiro, KA. O nutricionista e a amamentação: formação e docência para uma prática profissional [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
15. Zen, ET. Princípios do aconselhamento aplicados ao assistir em amamentação na perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
16. Azevedo, IGS. Aconselhamento aplicado ao assistir em amamentação: uma análise da proposta oficial [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
17. Moreira, AS. Condições higiênico-sanitárias dos bancos de leite humano do Estado do Rio de Janeiro sob a ótica da vigilância sanitária [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
18. Fonseca, LM. Estudo da implantação da metodologia de análise de perigos e pontos críticos de controle em bancos de leite humano no município do Rio de Janeiro [dissertação] Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
19. Silva, VG. Programa de Controle Interno e Externo de Qualidade em Bancos de Leite Humano [tese]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

El método madre canguro. Ciencia y ternura

N. CHARPAK

En nombre de todo el equipo de Salud de la Fundación Canguro

INTRODUCCIÓN

Cinco millones de niños mueren cada año en el mundo durante el período neonatal y más de 25% de estas muertes están relacionadas con la prematuridad y/o el BPN. El mapa de la prematuridad se superpone al mapa de la pobreza en el mundo y para el cuidado de los recién nacidos y especialmente el de los niños de BPN es necesaria la utilización de técnicas costosas y sofisticadas. Estos niños más frágiles son responsables de buena parte de la mortalidad peri y neonatales en el mundo además de poder presentar a corto o a largo plazo fallas en el desarrollo cognitivo, social, neuro-comportamental y de vinculación afectiva padre-hijo.

Los grandes avances tecnológicos que han caracterizado la neonatología en los últimos 40 años, han resultado en una mejoría importante en esta mortalidad y morbilidad del neonato de alto riesgo. Pero en el mismo tiempo este desarrollo se ha visto acompañado de la observación de un alto nivel de stress a nivel emocional y psicológico en la familia del neonato enfermo. Además el neonato de alto riesgo está expuesto a procedimientos repetidos de que implican dolor, técnicas invasivas, ausencia de ciclos de luz-oscuridad, monitoría continua y examen físico frecuente y otros procedimientos, que tienen por resultado alteraciones fisiológicas significativas, como cambios en la presión arterial, alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral, hipoxia y otros comportamientos asociados con stress. Se ha encontrado incluso, asociación con el solo contacto físico y manifestaciones fisiológicas de stress igual que con el dolor.

Por esta razón, ya existen en varios países desarrollados unidades con alta tecnología que a su vez cuentan con un ambiente cálido y emocionalmente apropiado, que favorece la interacción del niño crítico con sus padres. Este cuidado neonatal humanizado es un ejemplo de transformación de la aproximación médica al neonato enfermo y su familia. Esta modalidad de cuidado humanizado, no busca suplantar el cuidado médico tecnológico necesario para nuestros niños. Se plantean como aliadas de este y de gran valor para la mejoría de la calidad de vida de estos infantes.

El Método Madre Canguro (MMC) es una estrategia de práctica humanizada y que se fundamenta en recurso humano experto y en el empoderamiento de la madre y la familia además de permitir una utilización más racional y económica de los recursos técnicos y científicos necesarios para el cuidado de estos niños tan frágiles. Su eficacia, seguridad, refinamiento vienen siendo establecidas gracias a los resultados de investigaciones científicas adelantadas en diversas partes del mundo por dife-

rentes grupos; muchas de las más significativas desde el punto de vista clínico (y probablemente las únicas que evalúan todos los componentes de la intervención madre canguro), han sido realizadas por nuestro grupo de investigación en Colombia desde 1989.

¿QUÉ QUIERE DECIR MÉTODO MADRE CANGURO?

Glosario

El uso en la literatura científica y en la jerga del personal de salud, de los términos *método*, *programa* e *intervención* es impreciso, lo que genera algún grado de confusión. Para efectos de claridad hemos adoptado las siguientes definiciones de términos:

- El método madre canguro** es un conjunto de acciones e intervenciones definidas, organizadas, planeadas para el cuidado del prematuro utilizando el contacto piel a piel;
- La intervención madre canguro** esta formado de una serie de componentes que se aplican de una forma organizada y sistemática, siguiendo un método definido;
- El programa madre canguro** es la aplicación de la intervención canguro con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.

Origen

El MMC fue ideado en Colombia, en 1978 por el Dr. Edgar Rey-Sanabria, pediatra y profesor de la Universidad Nacional de Colombia, en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá y luego desarrollado por el Dr. Héctor Martínez Gómez (1979-1994) con la ayuda posterior del Dr. Luis Navarrete Pérez (Ad Honorem, (1982-1994) y la ayuda permanente de los pediatras del IMI; UNICEF prestó apoyo al Programa Madre Canguro colaborando con la visita corta de profesionales de otros países en el IMI. Sin embargo la comunidad científica expresó preocupación por la diseminación acrítica de una intervención que en concepto de muchos no había sido evaluada científicamente. En respuesta a estas preocupaciones, que nos parecían válidas, se integró un grupo de investigación en 1989 que ha venido laborando regularmente desde entonces. En 1994 el grupo creó la Fundación Canguro, que ha mantenido y expandido las actividades no solo de investigación sino de servicio asistencial y formación académica y que actualmente está reconocido por Colciencias (organismo oficial de investigación en Colombia) como grupo A de investigación.

El MMC se dirige principalmente al recién nacido de menos de 37 semanas de edad post-concepcional y/o de menos de 2001 gr. al nacer.

Las características originales del MMC fueron modificadas por nuestro grupo en 1993 pero se preservó la filosofía del MMC original: amor, calor y leche materna. Después de las modificaciones y refinamientos introducidos, las características esenciales son las siguientes.

Posición Canguro

Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, colocado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres son quienes satisfacen de manera directa las necesidades vitales y emocionales del niño: mantienen la temperatura del bebé al menos tan efectivamente como una incubadora y también son la fuente principal de alimentación y estimulación. Muchos estudios han mostrado que la temperatura, la oxigenación, la frecuencia cardíaca y otros parámetros fisiológicos se mantienen normales en la posición canguro. El bebé puede ser alimentado en cualquier momento sin salir de la posición. Cualquier otra persona (el padre por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en posición canguro. Para dormir hay que hacerlo en posición semi-sentada. La posición canguro se mantiene hasta cuando el niño no la tolera más y regula su temperatura apropiadamente.

Variables de la posición canguro

En diferentes instituciones de salud que enfrentan problemáticas distintas, se han desarrollado **variables de la posición canguro**, principalmente en tres aspectos:

- **momento de iniciación:** en el post-parto inmediato hasta el cuidado mínimo pasando por la unidad de cuidados intensivos en niños estables, o incluso como parte de las maniobras de estabilización temprana;
- **duración de la intervención:** por ejemplo sólo durante la hospitalización y el niño es dado de alta fuera de la posición canguro;
- **continuidad de la posición:** se coloca de forma intermitente, por períodos de minutos a pocas horas al inicio del MMC en un niño frágil pero estable buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna.

Cual sean el momento de inicio, la duración o la continuidad de la posición canguro todas pueden ser identificadas con variantes del MMC mientras la definición descrita previamente sea respetada y que la meta sea de aplicarla lo mas tiempo posible. **Definitivamente no se puede hablar de MMC si no hay posición canguro involucrada.**

Otras aproximaciones que involucran a los padres en el cuidado de sus recién nacidos frágiles y buscan humanizar la neonatología, pero en las cuales el niño no es sostenido en posición canguro (ej. masaje, alzar al niño, lactarlo, etc.) no forman parte del abanico de intervenciones que puedan identificarse con la Intervención Madre Canguro.

Alimentación Canguro

La fuente fundamental de la nutrición del niño es **la lactancia materna**, cada vez que es posible.

La lactancia materna se puede realizar por succión directa o por administración de leche de su madre previamente extraída.

Siempre se suplementa con vitaminas.

La meta es obtener una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intra-uterino (15 gr./Kg./día hasta el término)

De acuerdo con el progreso pondero-estatural del niño, **y después de haber eliminado toda patología**, se puede suplementar la lactancia materna con fortificación de la leche materna o complementarla con leche de fórmula para prematuros.

Cuando la posición canguro se ofrece a niños que aún no pueden succionar y deglutir, o que están recibiendo nutrición parenteral o por gastroclisis, o en aquellos otros casos en los que no hay posibilidad de lactancia materna (niño dado en adopción y mantenido en canguro por padres adoptantes, fallecimiento de la madre, contraindicaciones para la lactancia absolutas o relativas), este componente del MMC no se puede dar, pero el cuidado ofrecido al niño puede seguir siendo considerado como una Intervención Madre Canguro, si se está empleando adecuadamente la posición canguro y se realiza el monitoreo estricto de su crecimiento.

Políticas de salida y seguimiento canguro

La utilización del MMC permite **transferir gradualmente las responsabilidades** del cuidado físico y emocional del niño desde el personal de salud a la madre y su familia (y todo proveedor de la posición canguro).

Como la posición canguro continua permite que el niño pueda regular adecuadamente la temperatura y esté permanentemente bajo el cuidado y la observación directa del proveedor de la posición, permite “desmedicalizar” el cuidado del niño más tempranamente que lo que se logra si el niño es mantenido en una incubadora o una cuna caliente.

Criterios de salida

Esto lleva a que se pueda considerar el egreso del niño de la unidad de recién nacidos **a un alojamiento madre-hijo canguro o a la casa bajo unos criterios de salida estrictos.**

Criterio de salida para el alojamiento madre-hijo canguro:

- Independientemente del peso o de la edad gestacional pero tan pronto como presenten una **adaptación canguro exitosa** (a la posición y a la nutrición de parte de la madre y del niño);

Criterios de salida para el manejo canguro en casa:

- Independientemente del peso o de la edad gestacional pero tan pronto como presenten una **adaptación canguro exitosa** (a la posición y a la nutrición de parte de la madre y del niño);
- Si tienen una **familia dispuesta y en capacidad para aplicar las reglas del programa canguro en casa y las políticas de seguimiento.**

Seguimiento canguro y seguimiento de alto riesgo

Una vez en casa los niños se mantienen en posición canguro hasta cuando la rechacen (generalmente hacia las 37 semanas de edad gestacional). Después de la salida los niños son controlados diariamente, con monitorización de peso, hasta cuando recuperan su peso de nacer y obtienen una ganancia de peso diario de 15 g/kg/día. Posteriormente se realizan controles semanales hasta cuando completen el término (40 semanas de edad post-concepcional). Esto constituye el cuidado mínimo neonatal ambu-

latorio en oposición al tradicional cuidado mínimo intrahospitalario. Este seguimiento incluye un tamizaje oftalmológico, neurológico y medicamentos profilácticos, vitaminas, hierro etc., según la necesidad de cada niño y según los protocolos de las instituciones.

Después que cumplen el término (40 semanas de edad post concepcional) se instaura un seguimiento clínico cercano (como para niños de alto riesgo), hasta que lleguen a 1 año de edad corregida, con tamizaje optométrico, audiológico, neurológico y de desarrollo psicomotor. Se hace un control estricto de las curvas de crecimiento somático, aplicación de vacunas y se trata de evaluar la morbilidad infecciosa hasta los 12 meses de edad corregida. Se vigila y registra cuidadosamente la asistencia a las consultas y en caso de no asistencia la trabajadora social por medio de llamadas intenta recupera al paciente y si es necesario se efectúa una visita domiciliaria.

En los niños oxígeno-dependientes, se monitoriza la saturación de la hemoglobina con oximetrías dinámicas (en reposo, succión y sueño) inicialmente diarias, y luego semanal con control médico incluido cada dos semanas, con el fin de hacer un manejo adecuado y suspensión oportuna de la administración de oxígeno suplementario en estos pacientes ambulatorios particularmente vulnerables.

OBJETIVOS DE LA PRESENTACIÓN

Su propósito es describir, caracterizar, y examinar y reflexionar juntos sobre las bases científicas y la evidencia empírica acerca de cada uno de los componentes del Método Madre Canguro.

Este trabajo nos permitirá desarrollar recomendaciones específicas acerca de la realización de prácticas que se han validado como más efectivas para producir resultados específicos (i.e. aumento de peso, nutrición,...). También nos permitirá definir las indicaciones de cada intervención recomendada y sus méritos frente a otras intervenciones.

También buscaremos identificar los aspectos claves de los procesos involucrados en las intervenciones en la cual se aplican los distintos componentes del método, para generar indicadores de calidad, principalmente de los procesos (método madre canguro) y algunos desenlaces o blancos terapéuticos (intervención madre canguro).

CONCLUSIÓN

Para los profesionales de salud y los estudiantes en formación, el Método Madre Canguro proporciona una experiencia de trabajo multidisciplinario, incluyendo los padres como protagonistas para el futuro de su niño desde el primer momento.

La meta más importante en la implementación del Método Madre Canguro en una institución de salud es la humanización de la Neonatología en todas las etapas de cuidado del niño prematuro. El Método Madre Canguro busca ofrecer un servicio de salud humanizado de alta calidad, oportuno e integral al binomio madre-hijo en su entorno familiar. Es imperativo brindar a este frágil neonato la mejor calidad posible de cuidado médico especializado, no solo desde el punto de vista biomédico y tecnológico, sino también desde una perspectiva psicológica, emocional y humana.

VIERNES, 27 DE OCTUBRE DE 8:00-9:30 HORAS

O-001. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LACTANCIA MATERNA: ¿CONSEGUIMOS ENSEÑAR MOTIVANDO? *Temboury Molina, Carmen; Flores Antón, Beatriz; Muñoz Labian, Carmen; Sanchez Fernandez, Ana; Román Riechman, Enriqueta; Sanchez Torres, Elisa; García Llespes, Eva; Martín Herruzo, Susana. Hospital de Fuenlabrada (Madrid)*

Antecedentes: En un hospital de reciente apertura (2004), de 2º nivel, situado en el extrarradio urbano y con 2500 nacimientos al año, se organizó un plan de formación en lactancia materna (LM), que incluyó a todos los profesionales sanitarios del área materno infantil. La formación es un paso imprescindible para promover el amamantamiento y obtener la acreditación como Hospital Amigo de los Niños.

Objetivos:

- 1- Organizar cursos teórico-prácticos de 18 horas, acreditados por UNICEF, obligatorios para todos los profesionales sanitarios del área materno infantil, durante la jornada laboral y financiados por el hospital.
- 2- Mejorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en lactancia materna.
- 3- Conseguir mediante el trabajo en equipo de profesionales del hospital, del área y de la dirección, la acreditación como Hospital Amigo de los Niños.

Métodos: Se impartieron 7 cursos de 18 horas que seguían las recomendaciones de UNICEF, con prácticas de puesta al pecho, evaluación de la toma, talleres... Participaron el 90% de los profesionales: tanto pediatras, como matronas, enfermeros y auxiliares. Se pasó un cuestionario de satisfacción al final del curso. Se realizó un Test de 24 preguntas sobre conocimientos en LM: antes y después de cada curso.

Una vez terminada la formación y realizadas las reformas necesarias, se solicitó la acreditación como Hospital Amigo de los Niños. (Superar la evaluación es la mejor manera de demostrar calidad)

Resultados:

* Del cuestionario de satisfacción a final del curso: Valoración global de los cursos: 8,1 (de 0-10). Utilidad y aplicación al puesto de trabajo: 9,02 (lo mejor); Horario (6 horas seguidas 3 días): 6,86 (lo peor). Metodología: 7,5, Organización 7,8, Capacidad docente 8,5 puntos. Aspectos valorados: muy interesante, aclara conceptos y unifica criterios. A mejorar: horario, evitar repeticiones, más prácticas

* Test de conocimientos (24 preguntas sobre aspectos clave del manejo de la lactancia, que se hace antes de comenzar el curso y se repite al terminar). Test previo al curso: n= 124 personas, media de respuestas acertadas: 17,31, DS 3,70, (mínimo 4, máximo 23). Obtuvieron mejores resultados matronas y enfermeras de maternidad. Test de fin de curso: n= 139 personas, media de respuestas acertadas: 22,09, DS 1,26 (mínimo 18, máximo 24). Estas diferencias son significativas para una p< de 0,05 (test de Mann-Whitney). En el test final no se observaron diferencias significativas entre sexos, ni entre tipo de profesional.

* Evaluación para la acreditación como Hospital Amigo de los Niños. Conseguida la acreditación.

Conclusiones: - Con los cursos de 18 horas recomendados por UNICEF se logró una mejoría significativa y uniforme en los conocimientos sobre LM de los profesionales sanitarios.

- Se lograron también mejorar las actitudes y el trabajo en equipo, como lo demuestra haber obtenido el galardón como Hospital Amigo de los niños.

O-002. INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA DURANTE LA GESTACIÓN Y EN EL POSTPARTO. *Pérez Davila, Mar; Gordo Molina, Irene Teresa; Berlana Llorente, Begoña; Prieto, Shaila; de las Heras, Susana; Infante López, María Elena; Caserío Carbonero, Sonia; Alonso Díaz, Clara. Servicio de Neonatología del Hospital Doce de Octubre, Madrid.*

Introducción. La información sobre la lactancia materna durante la gestación y en el postparto es uno de los puntos fundamentales para su promoción

Objetivos. Determinar la frecuencia de información sobre lactancia materna durante la gestación y en el postparto. Estimar la calidad de la información proporcionada.

Método. De enero a abril de 2006 parieron 2106 mujeres. Se eligieron aleatoriamente 2 días de cada semana para pasar un cuestionario. De la población elegible (630) cumplieron el cuestionario 450 mujeres (71%). Se incluían 116 preguntas, 30 de ellas relacionadas con la información. La calidad se valoró con una escala de 1 al 10.

Resultados. Un 74% de las mujeres recibieron información sobre lactancia materna en la gestación y el 54% en el postparto. El 87% valoró la calidad con una puntuación superior a 7. El 41% sabía que hasta los 6 meses se debe mantener la lactancia materna exclusiva y el 44% pensaba lactar más de 6 meses. Un 24% no tenía ninguna información sobre este aspecto. El 50% no recibió información sobre la técnica de lactancia. El 95% no tenían información sobre los grupos de apoyo. Ni el hecho de haber recibido información ni la calidad de la misma se asoció a una mayor frecuencia de intención de lactar o de lactancia real (RR:1,04; 0,8-1,36). Un 20% de las mujeres se habían fijado en la existencia de publicidad de fórmulas adaptadas en los centros sanitarios.

Conclusiones. La cuarta parte de las mujeres llegan al parto sin información sobre la lactancia. A pesar de que las mujeres valoran positivamente la calidad de la información parece que es muy insuficiente en cuestiones básicas como puede ser la técnica de lactancia y la existencia de grupos de apoyo. Quizás estos aspectos justifiquen el que el haber recibido información sobre lactancia no se asocie a una mayor frecuencia de lactancia.

O-003. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA ADOLESCENCIA *Hernández Pérez, Mª Carmen; Romero Manzano, Ana Mª; González Pérez, Mª Dolores; Rieder, Estefanía; Padrón García, Beatriz; Jiménez Sosa, Alejandro; Díaz Gómez, N. Marta. Hospital Universitario de Canarias. E U de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna. Asociación Canaria ProLactancia Materna*

Antecedentes y objetivos: Dado que la decisión de amamantar se adopta precozmente, en muchos casos incluso antes del embarazo, es importante realizar intervenciones de promoción de la lactancia materna (LM) a nivel escolar. El objetivo de este estudio fue valorar la efectividad de un programa educativo encaminado a fomentar los conocimientos de los adolescentes sobre la LM.

Material y método: Estudio intervencional pre-post, realizado sobre una población de 263 adolescentes de 3º y 4º de E.S.O. de dos colegios ubicados, uno en una zona urbana (subvencionado) (73%) y el otro en área rural (público) (27%).

Se utilizó un cuestionario para valorar el nivel de conocimientos sobre el tema, diseñado de manera específica para el estudio y cumplimentado

de forma anónima por el alumno antes de instaurar el programa educativo y después de la intervención. El programa educativo incluyó folletos informativos y charlas interactivas dirigidas a alumnos y tutores sobre la importancia de la LM. A la vez se propuso un concurso de posters, premiándose los mejores. Después de un periodo de refuerzo educativo de una semana trabajando y apoyados por los tutores, se hizo la presentación de posters y entrega de premios.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo empleando el paquete de programas estadístico SPSS 11.0. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó un modelo de regresión logística usando como variable independiente: pre o post intervención y sexo y como variables dependientes los 12 ítems del cuestionario. Se consideró como nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de los alumnos encuestados fue de 15,22 (rango 13-18), 47,1% varones y 57,1% mujeres. La clase social del padre (valorada según Alvarez-Dardet) fue: clase I 27%, clase II 25,5% y clase III-V 35,4%. El 74,1% de las madres trabajaban fuera de casa.

Comprobamos que la intervención fue eficaz, aumentando el porcentaje de respuestas correctas en el cuestionario post-intervención. Las diferencias fueron significativas en los siguientes ítems: Los adolescentes que pensaban que no todas las mujeres tenían leche después de dar a luz descendió tras la intervención de un 54,2% a 14,6% (OR: 0,15; IC: 0,09-0,24; $p < 0,001$). La actitud de ofrecer un biberón de leche artificial después del pecho para completar la toma, disminuyó de un 36,6% a un 12,9% (OR: 4,4; IC: 2,58-7,48; $p < 0,001$). Los jóvenes que opinaban que dar de mamar suponía más esfuerzo y más dedicación que dar un biberón de leche artificial (48,6%), se modificó de forma significativa una vez acabado el programa educativo (72,1%; OR: 0,37; IC: 0,25-0,57; $p < 0,001$). Hubo cambio respecto a amamantar en lugares público, de un 27,9% que respondía que no lo creía correcto, bajó significativamente a 11,7% (OR: 0,26; IC: 0,14-0,46; $p < 0,001$). El 60,8% de los alumnos que citan de forma correcta los demás beneficios que tiene la LM previa a la intervención, se incrementa en un 78,7% tras el programa (OR: 2,26; IC: 1,22-4,17; $p < 0,009$). El 43% de los jóvenes que antes de la intervención pensaban que la leche materna, sólo representaba una fuente de alimento para el hijo, después de la intervención la mayoría (76,6%) opinan que tiene además otros beneficios (OR: 0,37; IC: 0,24; $p < 0,001$). Este ítem fue el único en el que se comprobó que el sexo también tenía una influencia significativa. La intervención fue más eficaz en las adolescentes.

Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran la efectividad de un programa educativo dirigido a adolescentes y desarrollado en el ámbito escolar, como medida para fomentar la LM y crear futuros padres responsables.

O-004. ¿QUÉ APRENDEM SOBRE LACTANCIA MATERNA LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA? *Carceller Segura, M^a Teresa; Rodas Cordón, Purificación M^a; Hernández Aguilar, M^a Teresa; Ferrando Berlanga, Pepa. Centro de Salud Fuente de San Luís. Atención Primaria Departamento 10, Comunidad Valenciana.*

Introducción: El objetivo de nuestra investigación fue averiguar qué aprenden de lactancia materna los estudiantes de enfermería de la Comunidad Valenciana, durante la diplomatura.

Material y métodos: Para ello, se pidió a 817 estudiantes de enfermería de los cursos 1º y 3º de todas las escuelas de la Comunidad Valenciana, que, en un día preciso de junio de 2005, cumplimentaran un test de 12 preguntas con respuesta múltiple. Quisimos averiguar si había diferencias entre los resultados obtenidos en diferentes escuelas y si los alumnos habían mejorado sus conocimientos al terminar la diplomatura. Para ello se compararon el número de respuestas correctas, incorrectas y no respondidas, entre los estudiantes de 1 y 3 curso (al principio y al final de sus estudios), así como entre escuelas, mediante el Test χ^2 .

Resultados: La media de respuestas correctas por escuela fue de 35,85, con un rango entre un 28% de respuestas correctas en La Fe de Valencia y el 48% en Castellón, siendo esta diferencia significativa. La media de respuestas no contestadas fue del 9% (4% en La Fe y 15% en Alicante), Los alumnos de primer curso obtuvieron una media de 27,6% de preguntas correctas (dejaron sin contestar un 4,6%) y los del 3 curso de 44,7% (dejaron sin contestar un 2,9%). Estas diferencias fueron significativas. Los resultados por pregunta pueden verse en la tabla I.

Discusión: Los alumnos de enfermería de la Comunidad Valenciana adolecen de escasos conocimientos sobre lactancia materna y aunque los resultados de los alumnos de 3 curso son mejores, la mejoría aunque significativa, es claramente insuficiente. Por otra parte es llamativa la diferencia de conocimientos entre escuelas, destacando la escuela de Castellón como la que obtiene mejores resultados. Cabe resaltar que conocimientos esenciales como "De qué depende la producción de leche de la madre" fueron contestadas correctamente por el 6% de los alumnos de 1º, menos del 17% de los alumnos al final del 3 curso y por menos del 20% en cualquiera de las escuelas. Esto es preocupante si pensamos que la "falta de leche" es una de las causas de abandono (solucionables generalmente) alegadas por las madres con más frecuencia.

Conclusiones: Es absolutamente necesario mejorar los programas de formación en lactancia materna durante los estudios de pregrado de enfermería si queremos que estos profesionales ocupen el lugar fundamental que les corresponde en el apoyo a la lactancia materna.

O-005. RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA CON LOS FÁRMACOS RECIBIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. *Ortuño Sempere, Juan Ignacio; Rius Peris, Juan Manuel; Calzado Agrasot, M^a Ángeles; López Montes, Ana; Maravall Llagaria, María; Rivas Juesa, Cristina; Modesto Alapont, Vicente; Muñoz Guillen, Ana. Hospital Infantil La Fe, Valencia.*

Antecedentes y Objetivos: No se conoce la relación entre el consumo de fármacos por parte del lactante y la alimentación recibida. El objetivo de este estudio es investigar esta asociación.

TABLA I

p	Por curso			Por escuela						
	1º	3º	Chi²	Alic.	Cast.	Clin.	La Fe	Dioc.	CEU	Chi²
1	3,41	8,56	<0,05	10,65	6,25	5,05	0,00	2,44	0,00	<0,05
2	50,45	68,98	<0,05	65,40	93,76	53,67	45,16	43,90	50,76	<0,05
3	11,14	22,73	<0,05	20,15	29,69	9,17	12,90	21,95	15,74	<0,05
4	19,09	33,69	<0,05	33,08	32,81	18,35	22,58	26,83	22,84	<0,05
5	45,45	59,63	<0,05	58,18	77,78	44,50	58,07	41,46	45,18	<0,05
6	22,50	43,85	<0,05	43,35	50,00	25,23	6,45	39,02	23,86	<0,05
7	45,68	68,98	<0,05	57,80	68,75	50,46	25,81	65,85	59,90	<0,05
8	43,18	66,58	<0,05	61,60	56,25	51,38	67,74	51,22	44,67	<0,05
9	12,50	15,78	0,2703	20,53	15,63	9,17	12,90	2,44	12,69	<0,05
10	5,91	16,84	<0,05	11,79	18,75	11,47	6,45	17,07	6,60	<0,05
11	45,00	80,21	<0,05	68,06	68,75	45,41	48,39	68,29	67,51	<0,05
12	27,27	50,80	<0,05	48,29	56,25	24,77	32,26	17,07	38,07	<0,05

TABLA II

	LM	LMix	LA	p
Tener suficiente leche justo antes del alta (sí)	77,7	37,5	34,5	0,000
Tener sensación que el RN se queda con hambre (sí)	21,6	68,8	58,6	0,000
Uso de pezoneras en la maternidad (sí)	10,6	25	27,6	0,01
Encontrarse ansiosa justo antes del alta (sí)	42,2	75	69	0,001

Ante la pregunta: ¿Está usted animada ahora que va a ser dada de alta?					
	Nada animada	Poco animada	Medianamente	Muy animada	p
LM	0	1,3	30,4	68,3	
LMix	6,3	12,5	56,3	25	0,000
LA	72	12	12	4	

Ante la pregunta: ¿Cuánto tiempo tardaron en ponerle el RN al pecho?						
	< 1 h	> 1 h	p	< 6 h	> 6 h	p
LM	49	51		95,5	4,5	
LMix	25	75	0,053	93,8	6,3	0,022
LA	33	66,7		83,3	16,7	

	¿Cuántos bb de LA?			¿Cuántos bb de agua o suero?			
	2 o menos	3	p	0	1-2	3	p
LM	93,2	6,8		69,7	26,8	3,5	
LMix	6,3	93,8	0,000	75	25	0	0,27
LA	13,3	86,7		83,3	10	6,7	

Materiales y Métodos: Realización de encuestas presenciales, a una cohorte inicial de 470 madres, en las primeras 24 horas tras el nacimiento del bebé, y previamente al alta hospitalaria, y posteriormente encuestas telefónicas al mes de vida del bebé, a los 3 meses, a los 6 meses y al año de edad. Una vez una madre abandonaba la lactancia materna (pasando a lactancia artificial exclusiva) salía del estudio, mientras que aquellas madres que proporcionaban lactancia materna exclusiva o lactancia mixta permanecían en seguimiento. En dichas encuestas se recogen varios ítem: datos de filiación, alimentación recibida por el niño en el momento de la encuesta y fármacos recibidos (categorizados en antitérmicos, fármacos anticólicos, fármacos para el estreñimiento, antieméticos y anti-diarreicos, mucolíticos, fármacos antialérgicos, antibióticos, antitusígenos, broncodilatadores, pomadas, colirios y otros). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.0.1 ©, mediante realización de Test de la Chi², y Test exacto de Fisher, según fuera procedente.

Resultados: Se empezó a investigar el consumo de fármacos a partir del mes de vida del bebé. Esta encuesta se realizó a un total de 274 madres y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las madres que daban LM y las que no. La encuesta a los 3 meses de vida del lactante se realizó a un total de 227 madres. En esta se encontró una diferencia estadísticamente significativa, de tal modo que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva o mixta recibieron menos fármacos para el estreñimiento (p = 0.011), mucolíticos (p = 0.042) y broncodilatadores (p = 0.021). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de categorías de fármacos. La encuesta realizada a los 6 meses de vida fue completada por 159 madres. Los lactantes alimentados con lactancia materna o mixta recibieron menos antipiréticos (p = 0.035), mucolíticos (p = 0.024) y antibióticos (p = 0.024). No se observaron diferencias en el resto de categorías. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la encuesta realizada al año de vida del bebé.

Conclusiones: A tenor de los resultados de este estudio, las diferencias encontradas en algunas categorías de fármacos podrían explicarse porque los niños que toman lactancia materna tienen menos estreñimiento y procesos infecciosos, por lo que necesitan un menor consumo de los fármacos que se recetan habitualmente para solucionar dichos problemas.

0-006. FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA DEL RN A LA LM DURANTE LA ESTANCIA EN LA MATERNIDAD. *Rius Peris, Juan Manuel; Ortuño Sempere, Juan Ignacio; Rivas Juesa, Cristina; Calzado Agrasot, M^a Àngeles; Maravall Llagaria, María; López Montes, Ana; Modesto Alapont, Vicente; Muñoz Guillen, Ana. Hospital Infantil La Fe, Valencia.*

Antecedentes y Objetivos: Se conocen algunos factores que influyen sobre el abandono de la LM durante la estancia en las maternidades. El objetivo es investigar estos factores.

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo mediante la realización de encuestas presenciales y por teléfono a una cohorte inicial de 470 madres, en las primeras 24 horas tras el parto, previamente al alta hospitalaria, y posteriormente por teléfono al mes, a los 3, a los 6 y al año de vida del lactante. Criterio de salida del estudio: paso a LA exclusiva, no respuesta o deseo expreso de la madre. En la encuesta presencial al alta se recogen a modo de preguntas las variables que se expresan en resultados. El resultado numérico se expresa en%. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.0.1 ©, mediante realización de Test de la c², y Test exacto de Fisher, según fuera procedente.

Resultados: (Tabla II)

Conclusiones: Las creencias, sensaciones o sentimientos que la madre tiene durante la estancia en la maternidad son resultado de sus experiencias en ese periodo y condicionan la decisión de seguir o abandonar la LM. El tiempo que se tarda en poner por 1^a vez al pecho al RN influye sobre la adherencia a la LM. El hecho de dar ≥ 3 bb de LA al lactante influye negativamente en su adherencia a la alimentación al pecho no así el ofrecimiento de agua o suero.

0-007. GANANCIA DE PESO DEL LACTANTE AMAMANTADO EN TÁNDEM. *Moll Pons, Joana María; Villalonga Beltrán, Bárbara; Doménech Tizón, Isabel; Rodríguez Soler, Magdalena; Verd Vallespir, Sergio. ABAM, Asociación Balear de Lactancia materna*

Antecedentes y objetivos. Se llama lactancia en tandem al solapamiento del amamantamiento. En casi todas las situaciones, la madre criaba a un hijo, se ha quedado embarazada, ha seguido dando el pecho durante ese embarazo y ha acabado dando el pecho al nuevo recién nacido y al hermano mayor de éste. En Medline apenas se recogen 5 estudios en que la lactancia en tandem sea el asunto principal. El objetivo de este trabajo ha sido averiguar si la variación de peso de estos lactantes, desde el nacimiento, es diferente de la de los otros niños criados con lactancia natural. Por lo que sabemos, es el primero de estos estudios en un país industrializado.

Material y método. Se han incluido todos los casos conocidos de lactancia en tandem a través de una asociación de ayuda a la lactancia entre 2000 y 2005: esto es ocho recién nacidos cuyas madres habían estado amamantando durante el embarazo de ellos mismos. Éste es un estudio caso-control porque los casos son de aparición muy rara en nuestra población;

los controles se han tomado al azar de un registro electrónico de 3981 pacientes pediátricos, al que se ha aplicado la petición de que se cumplieran los siguientes requisitos: igual clase social, igual fratría, recién nacido a término, no ingresado en una Unidad Neonatal, igual sexo, y variación en la fecha de nacimiento no mayor de tres meses. Se han elegido dos controles por cada caso.

Resultados. Se han calculado Odds Ratio (con Intervalo de Confianza) para variables continuas con distribución normal. No hay diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a variaciones de peso en la primera, segunda, cuarta semana, ni al año de vida. Además, las pérdidas máximas de peso y el tiempo necesario para recuperar el peso del nacimiento son comparables.

Conclusión. Estos resultados apoyan los estudios previos en que se ha demostrado que el apetito inherente del bebé es un factor predictivo de su ganancia de peso desde el principio al final del primer año de vida (Wright CM, 2006) porque aunque en los primeros días de la vida, hasta la subida de la leche, se sabe que los niños de tandem disponen de más leche que el resto (Marquis GS, 2002), esto no se traduce en un mayor aumento de peso de estos niños. Además, cuanto más larga es la lactancia (como en el tandem), menor es el nivel de adiponectina en leche materna (Marin LJ, 2006), lo cual debe de dificultar una rápida ganancia de peso.

O-008. HUMANIZAR EL CUIDADO DE LOS PREMATUROS POR MEDIO DEL MÉTODO DE LA MADRE CANGURO. *Baiges Nogues, María Teresa; Crivellé Vallverdú, Anna María; Esteban Pérez, Ángela Elisa; Nieto Jurado, Ana.* Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona)

Antecedentes: Las unidades neonatales (UN) en nuestros hospitales están muy tecnificadas y, a menudo, dejan de lado la parte humana. En nuestro hospital, los padres practican el método de la madre canguro (MMC) con sus bebés prematuros de forma protocolizada desde 1994. Presentamos los primeros resultados de un estudio más amplio.

Objetivos: 1) Estudiar la opinión del personal de Enfermería de nuestra Unidad Neonatal respecto a si el MMC facilita el acercamiento a los padres, si requieren un apoyo especial y si supone un aumento de las cargas de trabajo. 2) Estudiar el grado de angustia de los padres antes y después del primer MMC y averiguar si el MMC les aporta mayor confianza en el cuidado de sus hijos.

Material y método: 1) Encuestas anónimas al personal de enfermería para recoger información sobre cargas de trabajo y MMC (cargas) y sobre relación con los padres y práctica del MMC (acercamiento y apoyo), ítems valorados del 1 al 5. 2) Encuestas a los padres/ madres para recoger información sobre los siguientes ítems valorados del 1 al 5: Nivel de angustia antes y después de realizar por primera vez el MMC y nivel de confianza en el cuidado posterior del bebé tras realizar el MMC. Análisis estadístico: Utilizamos el análisis de agrupaciones, la Rho de Spearman y la U de Mann-Whitney. Los datos fueron analizados en el SPSS 14.0.

Resultados: Han contestado la encuesta 19 miembros del personal de enfermería con los siguientes resultados: Cargas: mediana: 4 (mín: 1, máx: 5); acercamiento: mediana, 5 (mín: 3, máx: 5); y apoyo: mediana, 5 (mín: 3, máx: 5). La opinión sobre las cargas fue diversa, pero sobre el acercamiento y el apoyo, el 90% de las encuestadas los puntuaron entre 4 y 5. No se encontró relación alguna entre las tres variables. El análisis de agrupaciones mostró que para 12/19 el MMC supuso un aumento de las cargas de trabajo y que los padres requieren mayor apoyo; que para 5/19 supuso una reducción de las cargas de trabajo y un mayor apoyo; y que para 2/19 no supuso ni un aumento de las cargas de trabajo ni un mayor apoyo. Los tres grupos experimentaron un mayor acercamiento a los padres.

Se han pasado 25 encuestas a 13 madres y 12 padres de pretérminos ingresados en nuestra UN, con PN: 1608 g (700 - 2200 g) y una EG de 32.2 semanas (25 - 36 6/7). El primer MMC tuvo lugar al 6º día de edad media (1º - 19º), más tarde en los prematuros que habían sido intubados ($p < 0.05$). Los niveles de angustia preMMC oscilaron entre 3 y 5 (mediana:5); postMMC, entre 1 y 4 (mediana: 2); y los niveles de confianza postMMC, entre 2 y 5 (mediana: 5). La angustia preMMC era mayor cuanto menor era la edad gestacional (EG) ($p < 0.001$) y cuanto más tarde se practicó el primer MMC

($p < 0.01$), y resultó cercana a la significación en padres de pretérminos intubados ($p < 0.1$). 24/25 (96%) experimentaron una reducción de los niveles de angustia tras realizar el MMC, mayor cuanto mayor era la angustia preMMC ($p < 0.05$) y más tarde se realizó el primer MMC ($p < 0.01$), y si el prematuro había estado intubado ($p < 0.1$, a tener en cuenta dado el tamaño de la muestra).

Conclusiones: Las madres y los padres de los prematuros ingresados requieren un mayor apoyo durante la práctica del MMC, práctica que permite un acercamiento del personal de enfermería a los padres y supone un ligero aumento de las cargas de trabajo. Los padres experimentan unos altos niveles de angustia, mayores cuanto más inmaduro es el bebé y más grave ha estado. Con el primer MMC disminuye la angustia de las madres y de los padres. La patología del bebé hace que se retrase el primer MMC, hecho que contribuye a mantener elevada la angustia paterna.

Recomendamos protocolizar la práctica del MMC en las Unidades neonatales e iniciarlo cuanto antes, sobre todo en los prematuros más inmaduros y en aquéllos que han presentado mayor patología.

VIERNES, 27 DE OCTUBRE DE 18:15-19:15 HORAS

O-009. EL GRUPO LACTOBACILLUS EN LECHE Y MUCOSA VAGINAL: EVALUACIÓN DE SU PAPEL EN LA COLONIZACIÓN DEL INTESTINO DEL LACTANTE MEDIANTE TÉCNICAS MOLECULARES. *Martín Jiménez, Rocío; Heilig, Hans; Jiménez Quintana, Esther; Odriozola Féu, Juan Manuel; Fernández Álvarez, Leonides; Zoetendal, Erwin; Smidt, Hauke; Rodríguez Gómez, Juan Miguel.* Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Laboratorio de Microbiología, Universidad de Wageningen, Wageningen, Holanda. Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid

Antecedentes y objetivos. En los últimos años se ha observado que la leche materna es una fuente importante de bacterias lácticas para el intestino del lactante. El objetivo de este estudio fue la aplicación de técnicas moleculares independientes de cultivo para describir la diversidad del grupo *Lactobacillus* (géneros *Lactobacillus*, *Weissella*, *Leuconostoc* y *Pediococcus*) en leche y mucosa vaginal de mujeres sanas y tratar de entender su posible papel en la colonización del intestino infantil.

Material y métodos. Se recogieron muestras de leche y frotis vaginales de cinco mujeres cuyos hijos nacieron mediante parto y de otras cinco a las que se les practicó una cesárea programada. Todas las madres habían tenido un embarazo normal y a término. Las muestras fueron recogidas en envases estériles por parte del personal del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid). Todos los niños tenían un buen estado de salud y, desde su nacimiento, fueron alimentados mediante lactancia materna exclusiva. Una semana después del nacimiento, se tomó una muestra de heces de todos los niños. Tras el aislamiento del DNA bacteriano de todas las muestras biológicas recogidas, se procedió a realizar reacciones de PCR utilizando cebadores que amplificaban un fragmento de las regiones V2-V3 del gen 16S rRNA que es específico del grupo *Lactobacillus*. La fracción 16S del rRNA es el marcador más empleado para la clasificación taxonómica de bacterias, y, entre las razones que justifican tal predilección, destacan que está presente en todas las células con un alto grado de conservación, posee numerosas regiones variables y además, existe un elevado número de secuencias en las bases de datos. El análisis de los productos de PCR se realizó mediante electroforesis en geles con un gradiente de desnaturalización (DGGE). El análisis de los geles se realizó mediante el soporte informático, Bionumeric, que permite la comparación de los perfiles obtenidos en distintos geles realizados en las mismas condiciones. Paralelamente, se construyó una librería de clones con todos los productos de PCR detectados mediante DGGE. De esta manera se pudieron secuenciar todos los amplicones y establecer a qué especie pertenecían.

Resultados. Los perfiles de DGGE obtenidos a partir del DNA de la totalidad de las muestras, revelaron que la diversidad de la comunidad bacteriana de la madre y el recién nacido depende de cada madre-hijo y no está

relacionada con la forma de nacimiento (parto/cesárea). Las especies identificadas en las muestras de frotis vaginal no se detectaron en las heces de los neonatos, mientras que el espectro de especies encontradas en estas últimas muestras (heces infantiles) era parecido al encontrado en las de leche.

Conclusiones. Los resultados de esta tesis, junto con los de otros estudios recientes, indican, en primer lugar que la leche materna posee una microbiota propia, que representa la mayor fuente de bacterias comensales o potencialmente probióticas para el intestino del lactante y, en segundo lugar, que el tránsito por el canal del parto representa, en el mejor de los casos, una fuente secundaria de bacterias para el recién nacido; de hecho, el espectro de bacterias del grupo *Lactobacillus* presente en las muestras de leche de mujeres cuyos hijos han nacido por cesárea, no difiere del de aquellas cuyos hijos han nacido por parto.

O-010. INTERACCIONES ENTRE BACTERIAS LÁCTICAS PRESENTES EN LA LECHE HUMANA Y LOS COMPONENTES DE LA RUTA ENTEROMAMARIA (ENTEROCITOS Y CÉLULAS DEL SISTEMA INMUNITARIO). *Langa Marcano, Susana; Ivory, Kamal; Hanniffy, Sean; Rodríguez Gómez, Juan Miguel.* Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. *Bacterial Infection and Immunity Group, BBSRC Institute of Food Research, Norwich, Reino Unido*

Antecedentes y objetivos. Estudios previos sugieren que al menos algunas de las bacterias presentes en la leche pueden tener un origen endógeno y colonizarían la glándula mamaria durante la última fase del embarazo y la lactancia mediante la ruta enteromamaria. En este sentido, el objetivo de este trabajo ha sido el estudio de los posibles mecanismos de tipo inmunológico que pueden utilizar ciertas bacterias lácticas aisladas de leche humana para atravesar la mucosa intestinal materna y alcanzar la mucosa de la glándula mamaria.

Material y métodos. Para lograr los objetivos, se desarrollaron dos modelos bicompartimentales: (a) cocultivos de células intestinales Caco-2 con células KG1 (células mielomonocíticas CD34+ previamente diferenciadas a células tipo dendrítica con PMA) y (b) cocultivos de células Caco-2 con células RajiB, que inducen un fenotipo de células M en las Caco-2. Las bacterias lácticas que se añadieron a estos sistemas fueron *Lactobacillus salivarius* CECT 5713, *Lactobacillus gasseri* CECT5715, *Lactobacillus plantarum* NCIMB8826, *Lactococcus lactis* MG1363 y *Enterococcus faecium* M1a. Los ensayos de activación, adhesión y fagocitosis por parte de las células inmunitarias se realizaron mediante técnicas de inmunofluorescencia utilizando marcajes con FITC y anticuerpos monoclonales frente a los marcadores de activación CD80, CD86, HLA-DR (CMH clase II) y CD83. El análisis fue realizado por citometría de flujo y los datos obtenidos se trataron con el programa WinMDI 2.8. Paralelamente, se realizaron ensayos de microscopía óptica de fluorescencia y de microscopía electrónica de transmisión.

Resultados. Las bacterias lácticas aisladas de leche materna son capaces de estimular células dendríticas y llevarlas a un estado de activación cuando se ponen en contacto directo con ellas. Por otra parte, no son capaces de atravesar per se monocapas de células Caco-2 en ausencia de células del sistema inmunitario (CD18+). Sin embargo, sí son capaces de atravesarlas en presencia de células KG1 tratadas con PMA, lo que sugiere que ciertas bacterias lácticas pueden atravesar el epitelio intestinal a través de un mecanismo mediado por células CD18+. Además, las cepas analizadas también son capaces de atravesar la mucosa intestinal a través del mecanismo mediado por células M. Las interacciones entre las células del sistema inmunitario y las bacterias analizadas no conllevan la fagocitosis y muerte bacteriana sino que, por el contrario, las bacterias se adhieren a la superficie externa de las células CD18+, que les sirven de vehículo para la difusión a otras mucosas.

Conclusiones. Globalmente, estos resultados indican que la internalización de las bacterias lácticas en la mucosa intestinal puede ocurrir mediante diferentes mecanismos dependiendo de cada cepa, un hecho que puede influir en las correspondientes respuestas inmunitarias. Las células del sistema inmunitario (CD18+) podrían actuar como vehículos para la difusión de ciertas bacterias intestinales a la mucosa de la glándula mamaria a tra-

vés de la ruta enteromamaria. Estas observaciones están en consonancia con los resultados obtenidos en los últimos años por varios grupos de investigación.

O-011. STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS EN LECHE MATERNA: ¿BACTERIA COMENSAL O PATÓGENO OPORTUNISTA? *Jiménez Quintana, Esther; Delgado Palacio, Susana; Martín Jiménez, Rocío; Arroyo Rodríguez, Rebeca; Marín Martínez, María Luisa; Fernández Álvarez, Leonides; Rodríguez Gómez, Juan Miguel.* Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid

Antecedentes y objetivos. La leche materna supone una fuente continua de bacterias comensales e incluso potencialmente probióticas para el intestino del lactante. Entre ellas, *Staphylococcus epidermidis* parece la especie predominante aunque se desconocen las características de los aislados de leche materna y su función biológica. Tradicionalmente, esta especie se había considerado como comensal o saprófita pero, en los últimos años, se está asociando con un número creciente de infecciones. En este contexto, los objetivos de este trabajo han sido: (a) conocer la incidencia de esta especie tanto en leche de mujeres sanas como en la de aquellas con infecciones de pezones y/o mastitis, y (b) comparar las propiedades de cepas aisladas de ambas situaciones

Material y métodos. En este estudio participaron 25 mujeres sanas y 35 con infección de pezones y/o mastitis infecciosa (diagnosticadas en base a la sintomatología por pediatras o ginecólogos durante los tres primeros meses de lactancia). Las muestras de leche (2 ml) se recogieron en envases estériles mediante expresión manual con guantes estériles y descartando las primeras gotas de leche (aproximadamente 500 μ l). Las muestras se sembraron en placas de Baird Parker (Biomérieux) y se incubaron a 37°C durante 24-48 h. Los aislados se identificaron mediante pruebas microscópicas (morfología, tinción...) y bioquímicas (catalasa, coagulasa...). Las identificaciones se comprobaron mediante una técnica de PCR multiplex desarrollada por nuestro grupo y basada en el gen *tuf* de los estafilococos. Además, se realizó una segunda confirmación mediante secuenciación de una fracción del gen 16S rRNA de los aislados. Los aislados pertenecientes a la especie *S. epidermidis* se agruparon en genotipos utilizando la técnica RAPD y un representante de cada grupo se sometió a diversas pruebas fenotípicas y genotípicas: hemólisis, resistencia a lisostafina y lisozima, antibiograma, determinación de las CIMs correspondientes a los antibióticos más empleados frente a infecciones estafilocócicas, detección del gen *mecA* (implicado en la resistencia a la meticilina) y detección de genes implicados en la formación de biofilms (*icaA*, *fnbA*...).

Resultados. Tanto los análisis microbiológicos clásicos como los moleculares revelaron que *S. epidermidis* era la especie más frecuente en leche de mujeres sanas y en las de aquellas que padecían una infección de pezones y/o mastitis. Sorprendentemente, en un 85% de estas últimas la única especie que se aisló fue *S. epidermidis* mientras que en el 15% restante la especie presente era *S. aureus*. Hasta la fecha, se consideraba que *S. aureus* era el principal agente en este tipo de infecciones. Pero, quizás, el resultado más llamativo fue que, mientras que en la leche de las mujeres sanas los aislados de *S. epidermidis* estaban acompañados de una microbiota diversa (*Lactobacillus*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Lactococcus*...), dicha diversidad se perdía completamente en las muestras obtenidas de mujeres con infecciones de pezones y/o mastitis. En consecuencia, los procesos de disbiosis pueden jugar un papel importante en el origen de estas infecciones. La formación de un monocultivo de *S. epidermidis* puede verse favorecida por un empleo inadecuado de antibióticos. En este sentido, sólo el 25% de las cepas aisladas de mujeres sanas eran resistentes a la meticilina mientras que esa cifra aumentaba hasta el 75% en el caso de los aislados obtenidos a partir de las mujeres con infecciones.

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que *S. epidermidis* se comporta como una bacteria comensal en la mayoría de los casos e incluso puede desempeñar una función biológica importante para el lactante. No obstante, diversos factores (hospedador, empleo inadecuado de antibióticos...) pueden propiciar que se comporte como un patógeno oportunista. En cualquier caso, se necesitarán más estudios para dilucidar el posible papel dual de esta especie.

O-012. LACTANCIA MATERNA Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER PEDIÁTRICO EN ESPAÑA. Gil Vázquez, Juana María; Ortega García, Juan Antonio; Ferris i Tortajada, José; López Ibor Aliño, Blanca; Romero, Karen; Rubalcava, Leticia; Hernández Ramón, Fernando; Martínez Romero, Concepción. Unidad De Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Univ. Virgen Arrixaca. Murcia. Unidad De Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Objetivos. Investigaciones previas sugieren una asociación inversa entre lactancia materna y riesgo de cáncer pediátrico (CP). Nosotros investigamos la asociación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y el riesgo de CP en España.

Método. Estudio epidemiológico analítico observacional de casos y controles. Niños diagnosticados con cáncer en España con la participación de los nuevos casos diagnosticados en los hospitales colaboradores desde 1 de agosto de 2004 hasta 1 de agosto de 2005 desde los 0,5 años hasta los 16 años. Se excluyeron los niños/as diagnosticados de cáncer con menos de 6 meses. El estudio ha superado los comités de ética e investigación, ofreciendo una hoja de consentimiento informado para los padres, con modelo adaptado para niños mayores de 12 años. Presentamos el análisis de 187 casos y 188 controles, que son obtenidos de forma concurrente apareados 1:1 con los casos entre los hermanos de los afectados (188 niños) emparejados por edad (no más del 25% de diferencia de edad del caso), peso al nacimiento, semana de gestación, tipo de parto, estatus socioeconómico (ingresos netos de la unidad familiar), nivel de estudios de la madre, tabaquismo de la madre durante el embarazo, situación laboral de la madre (trabajo sí ó no). Los datos han sido analizados de forma general en los CP. La entrevista fue personal y con una participación del 100% de los requeridos.

Análisis estadístico. Han sido empleados las distintas Odds Ratios (ORs) y los intervalos de confianza (IC) del 95% obtenidos de los modelos de regresión logística para evaluar la asociación entre duración de LM exclusiva y CP. La duración de la lactancia materna exclusiva es una variable cuantitativa continua indicada por el número de semanas de lactancia. También la duración de la lactancia fue agrupada atendiendo a las clasificaciones de los trabajos previos y en intervalos más amplios y definidos ("hasta dos meses de LM exclusiva", "hasta 4 meses" y "hasta 6 meses"). Los análisis han sido realizados de forma combinada para todos los CP. Para controlar los factores de confusión se realizó un modelo de regresión logística multivariante incluida duración LM exclusiva y todas las variables explicativas y sociodemográficas descritas anteriormente (edad, peso al nacimiento, semana de gestación, tipo de parto, estatus socioeconómico, nivel de estudios de la madre, tabaquismo de la madre durante el embarazo y situación laboral de la madre). Los efectos se consideran estadísticamente significativos con una $P < .05$ y el IC del 95% excluye a 1.00.

Resultados. Hay una asociación con la aparición de CP y la duración de la lactancia materna con una disminución de la OR a medida que aumentan el número de semanas de LM exclusiva. Por cada semana de LM exclusiva incorporamos una OR = 0,97 95% CI=0.96–0.99 ($P < .002$); por dos meses OR = 0.82, 95% CI=0.69–0.96 ($P < .002$); cuatrimestres OR = 0,74, 95% CI=0.58–0,95 ($P < .002$); por semestres OR = 0,60, 95% CI=0.40–0.90 ($P < .002$).

Conclusiones. La LM exclusiva constituye un factor protector que disminuye el riesgo de cáncer en la época pediátrica. Además, esta protección aumenta a medida que se prolonga la LM exclusiva. Los pediatras ocupamos un lugar privilegiado para instaurar recomendaciones preventivas para la mayoría de las enfermedades oncológicas de la infancia. Los pediatras debemos esforzarnos en informar a la sociedad y explicar a las actuales y futuras madres los beneficios de la LM prolongada.

O-013. EFECTO DEL HÁBITO TABÁQUICO MATERNO Y PATERNO EN LA LACTANCIA MATERNA. Ortuño Sempere, Juan Ignacio; Rius Peris, Juan Manuel; López Montes, Ana; Calzado Agrasot, M^a Ángeles; Maravall Llagaria, María; Rivas Juesa, Cristina; Modesto Alapont, Vicente; Muñoz Guillen, Ana. Hospital Infantil La Fe, Valencia.

Antecedentes y Objetivos: Clásicamente se ha definido el hábito tabáquico materno y paterno como factor en contra de la lactancia materna. El objetivo de este estudio es comprobar esta asociación.

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo mediante la realización de encuestas presenciales, a una cohorte inicial de 470 madres, en las primeras 24 horas tras el parto y previamente al alta hospitalaria. Posteriormente encuestas telefónicas al mes de vida del lactante, a los 3 meses, a los 6 meses y al año de edad. Una vez una madre abandonaba la lactancia materna (pasando a lactancia artificial exclusiva) salía del estudio, mientras que aquellas madres que proporcionaban lactancia materna exclusiva o lactancia mixta permanecían en seguimiento. En dichas encuestas se recogen varios ítem: datos de filiación, alimentación recibida por el niño en el momento de la encuesta y hábito tabáquico materno y paterno. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.0.1 ©, mediante realización de Test de la χ^2 , y Test exacto de Fisher, según fuera procedente.

Resultados: Del total de la cohorte, 11 madres declinaron contestar a nuestras preguntas y finalmente se realizó la encuesta inicial a un total de 459 madres. En ésta se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la relación entre el porcentaje de niños amamantados y al hábito tabáquico materno previo a la gestación (las madres con hábito tabáquico previo a la gestación lactan menos $p < 0.001$, en concreto en el grupo de fumadoras un 73% dan LM y en el grupo de no fumadoras este porcentaje es del 86,3%). Algo similar ocurre en cuanto al hábito tabáquico durante la gestación (dichas madres también lactan menos, $p < 0.001$, en concreto en el grupo de fumadoras un 70,8% dan LM y en el grupo de no fumadoras este porcentaje es del 85,1%). Además se observó un menor porcentaje de lactancia materna a mayor consumo de tabaco de la madre.

Se volvió a investigar el hábito tabáquico en la encuesta realizada a los 3 meses de vida del lactante, llevándose a cabo esta encuesta a un total de 227 madres y se encontró de nuevo una diferencia estadísticamente significativa en el sentido de que las madres fumadoras lactaban menos que las no fumadoras ($p = 0.002$). No se observó relación en este sentido con el hábito tabáquico paterno. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las encuestas realizadas a los 6 y 12 meses, si bien a los 6 meses encontramos un valor de p de 0.057 entre el hábito tabáquico materno y la lactancia materna. Teniendo en cuenta que esta encuesta se realizó solo a un total de 159 madres, las que quedaban en la cohorte, es probable que la diferencia exista, pero no se haya detectado.

Conclusiones: El hábito tabáquico materno influye negativamente en la decisión de proporcionar lactancia materna al lactante y en su continuación. El hábito tabáquico paterno no influye en dichas variables.

SÁBADO, 28 DE OCTUBRE DE 9:00-10:30 HORAS

O-014. INTENCIÓN DE LACTAR Y FRECUENCIA DE LACTANCIA EN EL POSTPARTO INMEDIATO. Pérez Davila, Mar; Gordo Molina, Irene Teresa; Berlana Llorente, Begoña; Caserio Carbonero, Sonia; Bergon, Elena; Melgar, Ana; Alonso Diaz, Clara. Servicio de Neonatología del Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Introducción. La mayoría de las mujeres deciden lactar a sus hijos sin embargo algunas de ellas tienen dificultades para iniciar la lactancia tras el parto.

Objetivos. Determinar la frecuencia de intención de amamantar. Estudiar que factores se asocian a que las mujeres realmente inicien la lactancia en el postparto.

Método. De enero a abril de 2006 parieron 2106 mujeres. Se eligieron aleatoriamente 2 días de cada semana para pasar un cuestionario. De la población elegible (630) cumplieron el cuestionario 450 mujeres (71%). Se incluyeron 116 preguntas.

Resultados. Un 92% de las mujeres tenían intención de lactar previamente al parto y el 85% iniciaron la lactancia tras el parto. La intención de amamantar en las madres con estudios superiores fue significativamente mayor (RR:3,6 1,6-7,8). La intención de lactar previamente al parto se asoció con una mayor frecuencia de amamantamiento tras el parto (RR:1,7 1,4-2,1) al igual que el contacto piel con piel precoz (RR:1,5; 1,2-2). El uso de chupete durante la estancia en la maternidad se asoció a una frecuencia menor de amamantamiento (RR: 0,4; 0,3-0,5). La edad materna no se asoció con la intención de lactar ni con el inicio de la lactancia.

Conclusiones. Las madres con mayor nivel de estudios deciden amamantar con mayor frecuencia y la decisión que se toma preparto influye en que realmente se inició o no la lactancia. El contacto piel con piel precoz favorece el inicio de la lactancia y el uso de chupete al menos es un marcador de que hay dificultades con la lactancia materna

O-015. LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD DE NEONATOS: ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN? *De la Fuente, Asun; Riba, Mercedes; Manubens, Anna; Silvestre, Silvia; Fabián, Ivette; Capdevila, Eva; Porta, Roser; Sánchez, Lara; Domenech, Gemma. Institut Universitari Dexeus.*

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar qué factores influyen en que los prematuros dados de alta de nuestra unidad sigan o no con lactancia materna.

La hipótesis inicial es que el uso de biberones durante el ingreso, para administrar la leche extraída o los suplementos de fórmula, influye negativamente en el éxito de la lactancia materna tras el alta, y el uso de cuchara o jeringa la favorece.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los prematuros ingresados en nuestra unidad durante un periodo de 12 meses que realizaban lactancia materna o mixta al alta.

Se evaluaron factores maternos (número de hijos previo y experiencia previa en lactancia), y del recién nacido (edad gestacional y peso al nacer, estancia en cuidados intensivos), tipo de lactancia en los días pre-alta (materna directa exclusiva, materna suplementada, mixta) y método (pecho directo sólo, pecho directo+cuchara/jeringa, pecho directo+ biberón ó lactancia materna/mixta sólo en biberón. La variable principal fue la tasa de lactancia materna 1 mes tras el alta, y se recogió mediante seguimiento telefónico

Resultados: La muestra incluye un total de 69 prematuros de edad gestacional (EG) comprendida entre las 29 y las 36.6 semanas, de los cuales 32 eran gemelos.

TABLA 1. LACTANCIA AL INGRESO Y 1 MES TRAS EL ALTA

Post alta	Únicos Ingreso	Gemelos Post alta	Ingreso	
Materna exclusiva	11 (29,7%)	17 (45,9%)	4 (12,5%)	12 (37,5%)
Mixta -S (>50% mat)	18 (48,6%)	6 (16,2%)	9 (28,1%)	4 (12,5%)
Mixta -X (<50% mat)	8 (21,6%)	6 (16,2%)	19 (59,3%)	14 (43,7%)
Artificial	0	8 (21,6%)		2 (6,2%)

El análisis de regresión logística mostro que los únicos factores relacionados significativamente con una mayor tasa de lactancia materna exclusiva o mixta con >50% materna al cabo de 1 mes del alta eran: el uso de cuchara en vez de biberón durante la estancia en la unidad (RR 9,59, IC 95% 2,3-39) y no ser gemelo (RR 3,52, 95%IC 1-7,9)

Los prematuros en los que se había usado cuchara en vez de biberón tenían una EG media mayor (34,8 semanas en los de cuchara vs 33,6 semanas en los de biberón) y un mayor peso al nacer (2.472 g los de cuchara vs 2.030 g los de biberón), y permanecieron menos días ingresados (8,21 días vs 20,9 días)

Comentarios: El método utilizado para la administración de la leche materna extraída y los suplementos de fórmula en nuestra unidad neonatal no está protocolizado, y se individualiza según criterio del personal asistencial, del deseo de la madre y de la cantidad de leche que ésta se extrae. En general, se tienden a usar más los biberones en gemelos, en niños de menor edad gestacional y en aquellas madres con menor producción de leche.

Concluimos que existe relación entre el uso de cuchara y el éxito posterior de la lactancia. Pero, al no ser éste un estudio randomizado sino observacional, dadas las diferentes características de los prematuros en los que se decide el uso de cuchara en lugar de biberón, existen probablemente otros factores que influyen en el resultado, sobre todo la cantidad de leche aportada por la madre.

O-016. PREVALENCIA COMPARADA DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA EN LOS RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 G Y LOS FACTORES ASOCIADOS A SU MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD NEONATAL. *Acosta Gordillo, Laura; Aguayo Maldonado, Josefa; Márquez Fernández, Josefina; Cormenzana Carpio, María; Iglesias Martínez, Eva. Unidad de Neonatología. Hospital de Valme. Sevilla.*

Antecedentes y Objetivos: La importancia de la Nutrición en los pretérminos menores de 1500 g es aceptada de manera unánime.

Los objetivos del estudio fueron: 1.- conocer la prevalencia de la lactancia materna (LM) al alta en los pretérminos menores de 1.500 g. ingresados en la Unidad Neonatal durante los años 2000-2005 y los factores asociados a su inicio y duración de la misma. 2.- Comparar la prevalencia de la LM al alta en dos subgrupos de población: recién nacido extremadamente bajo peso (RNEBP) (<1.000 g) y recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) (1.000-1.500 g).

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo de 158 pacientes y sus 134 madres siendo los datos obtenidos de sus historias clínicas. Periodo de estudio: 2000-2005. Estadística realizada en programa SPSS.

Resultados: Ingresaron en Neonatología 200 RN pretérminos menores de 1500 g, siendo la mortalidad del 17.5% y los traslados a otro hospital el 6%.

Características maternas: Edad media de 28,12 ± 6,82 años, paridad: 0.53 ± 0.76. Embarazo: único 73.9%, gemelar 21.6% y trillizos 4.5%. Tipo de parto: eutócico (27.6%), instrumental (0,7%) y cesárea (71.6%). En el 53% de los casos, las madres tenían experiencia previa en LM.

Características de los neonatos: (49.4%). Edad gestacional media 29.95 ± 2.26 semanas. Sexo: 50.6% niñas VS 49.4% niños. El 60.8% tuvo un peso adecuado a edad gestacional (P50:1.250 g; P25 991 g; P75 1.370 g). Los principales problemas médicos asociados fueron: respiratorio 74.7% (EMH 38%; apnea 66.5%); ductus 23.4%; digestivo 14.6%; Infeccioso 25.3% y neurológico 4.5%. Precisarón ventilación mecánica el 31.6% y CPAP nasal 51.9%.

La estancia media hospitalaria fue del 47.15 ± 16.93 días. El 99.36% realizaron cuidados canguros (CC); la mediana del inicio de los CC fue al 9º día (P25 6;P75 19); Alimentación enteral fue iniciada con LM en el 61.4%, siendo la edad media de inicio 3º ± 1.67 día; el 64.6% tomaron pecho, iniciaron la alimentación directa a pecho a los 31,73 ± 15,41 días. Se observa una correlación entre el inicio de alimentación por boca y pecho (r Pearson: 0.97; p<0.0005). Al alta, la prevalencia de LM es del 67,1%.

Perfil nutricional en RNEBP vs RNMBP: Inician alimentación enteral con LM el 94.6% vs 53,4% (p<0.05). La prevalencia de lactancia materna al alta en RNEBP fue del 75% (61.1% LM exclusiva), frente al 64.4% (45.5% LM exclusiva) en los RNMBP. Existe diferencia significativa en el inicio de los CC en ambos grupos (25.06 ± 12.60 días RNEBP vs 9,5.0 ± 7,79 días RNMBP) (p<0.0005).

Conclusiones y comentarios: Las cifras de LM al alta en los menores de 1500 g (67.1%) están favorecidas por la política de puertas abiertas, la alimentación por métodos alternativos (vaso) y el favorecer los cuidados canguros. La mayor prevalencia de LM al alta en los niños más pequeños es probable que se relacione con una mayor dedicación de todo el personal hacia estos pacientes y sus madres.

O-017. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IHAN EN LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA DE NUESTRA ÁREA SANITARIA. *Hernández Martínez, Mónica; García de León González, Ricardo; Oliver Roig, Antoni; Mercader Rodríguez, Beatriz; Peñas Valiente, Ana; Gómez Ortigosa, María de los Ángeles. Hospital Virgen del Castillo, Yecla (Murcia).*

Antecedentes y objetivos: Pocas intervenciones sanitarias en los países desarrollados logran efectos tan sorprendentes en salud como la implantación de la IHAN en una comunidad. En España existen actualmente 12 hospitales acreditados. Nuestro objetivo, tras comprobar el importante incremento en la duración de la LM analizado en un estudio previo, es presentar los datos acerca de la evolución de las tasas de lactancia materna entre los años 2003 y 2005, correspondiente al último periodo de implantación y la extensión de la IHAN a la comarca.

Material y método: Se comparan los datos sobre duración de lactancia materna y LM completa de dos muestras aleatorias de recién nacidos atendidos en un hospital durante los años 2003 y 2005. Sobre una población de 587 nacimientos entre enero y octubre de 2003, y de 802 nacimientos durante todo el año 2005, se presentarán los datos provisionales de dos muestras obtenidas mediante muestreo aleatorio simple de 116 y 201 recién nacidos cuyas madres respondieron a una entrevista telefónica sobre la duración de la LM completa y la LM. Para el análisis de resultados se han desarrollado las curvas de supervivencia de cada muestra mediante el método Kaplan-Meier y se han comparado las distribuciones de supervivencia mediante la prueba de logaritmo del rango.

Resultados: Las medianas de duración de la lactancia materna fueron de 180 días (IC95% 161-199) en 2003 y 210 días (IC95% 184-236) y para la LM completa de 120 días (IC95% 105-135) en 2003 y 148 días (IC95% 134-162) en 2005. Estas diferencias fueron significativas para ambos tipos de LM ($p < 0.05$)

Conclusiones: (Fig. 1) La implantación de los 10 pasos hacia una lactancia feliz se ha extendido en nuestra zona, con un impacto positivo en las tasas de supervivencia la LM. Para ello hemos centrado nuestro esfuerzo en implicar a todos los profesionales sanitarios tanto en el hospital como en atención primaria. Este estudio evidencia el incremento de las tasas de LM en nuestra zona, siguiendo el modelo de la IHAN. Estos datos, significativos y relevantes, para clínicos, gerentes y autoridades sanitarias, deberían estimular el fomento de la IHAN en el resto de hospitales españoles aún alejados de esta filosofía.

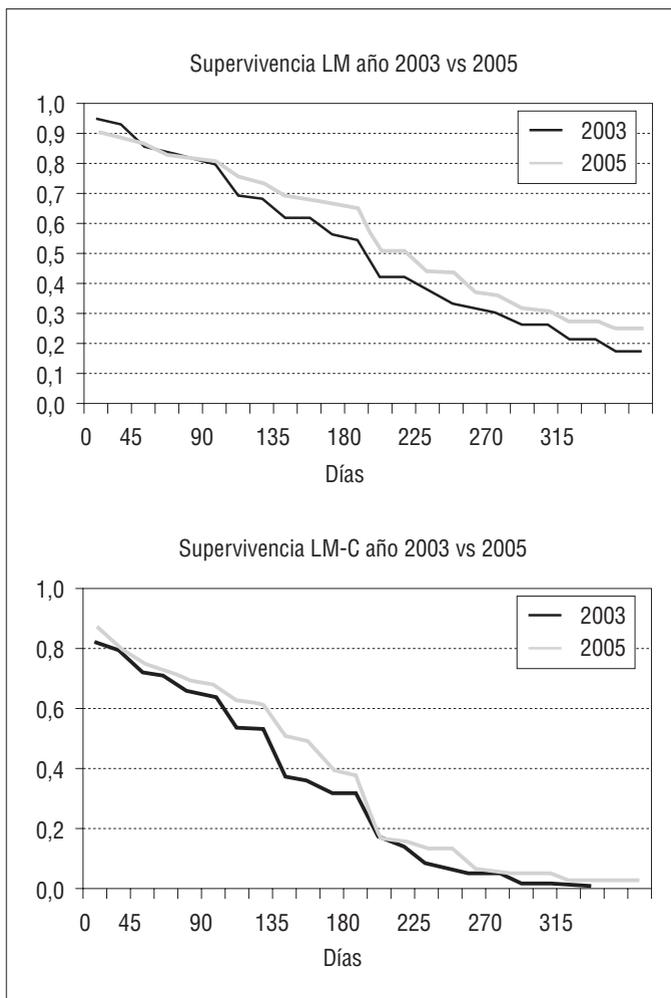


Figura 1.

O-018. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UN CENTRO MÉDICO PRIVADO: METAS Y DESAFÍOS. Rubio Vasquez, Pilar; Romero Sepúlveda, María Inés; Díaz Astorga, Francisco Javier; Espinoza Troncoso, Ana Julia. Hospital Clínico FUSAT, Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina.

Antecedentes y objetivos: La evidencia científica es categórica en mostrar que la lactancia materna (LM) es fundamental para el crecimiento y desarrollo de los niños, tanto en aspectos nutricionales, de apego y de protección contra enfermedades. Dado que en la actualidad se le reconoce también un importante rol protector frente a las enfermedades crónicas del adulto, especialmente las que se relacionan con la obesidad, la promoción de la lactancia materna se ha constituido en un objetivo central de los servicios de salud. **Objetivos:** a) Cuantificar la prevalencia I de lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes en la población beneficiaria de una institución de salud privada. b) Identificar las fortalezas y debilidades de la realidad local para gestionar el indicador LME al sexto mes c) Identificar los grupos de riesgo de lactancia breve (lactancia no exitosa / fracaso en LME al sexto mes). d) Generar información objetiva para sustentar la acreditación de nuestra institución como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".

Material y Método: estudio de cohorte retrospectiva de todos los niños nacidos en el año 2004 y que se incorporaron al programa de Control Niño Sano (CNS) alcanzando un universo de 405 niños. Se usaron los registros de CNS como fuente de información. Los datos se analizaron en el programa EPIINFO.

Resultados: 54.4% había nacido en el hospital institucional y el resto en otros hospitales de la región. 52.3% eran varones. 40.2% nació por cesárea, 23% parto normal, resto sin registro del tipo de parto. Dos niños eran adoptados, 2.7% fueron prematuros (10 niños de 26 a 32 semanas de gestación). 1 niño presentó malformación congénita quirúrgica (hernia diafragmática) y 2 eran gemelos de término. De las madres, el 46% era primípara, 8% eran adolescentes, 51.7% tenían entre 20 y 29 años, 36.1% entre 30 y 39 años, 4% entre 40 y 45 años (promedio, mediana y modo 28 años con desviación estándar 6.2); rango 14 a 45 años. 53% era dueña de casa, 33% trabajaba fuera del hogar y el 14% era estudiante. La lactancia materna exclusiva (LME) alcanzó una duración promedio de 6.7 meses, desviación estándar 5.64, rango entre 0 y 24 meses. 47% de los niños estaba con LME al sexto mes; 22% no recibió LM o su duración fue inferior a 1 mes; 23% deja la LM durante los primeros 4 y 5 meses. Al asociar LME con edad se observó que el 24% de las madres adolescentes alimentaron a sus hijos con LME hasta los 6 meses, proporción que disminuía con la edad de este grupo de madres. Entre 20 y 29 años, 50.5% tenía LME al sexto mes y en las de 30 años y más la cifra fue de 48%. En el modelo de regresión logística, se encontraron como factores predictores significativos: a) a favor de la LME que la madre no trabajara fuera del hogar ($p=0.0391$) b) factor predictivo negativo que la madre fuera estudiante ($p=0.0258$) c) el parto vaginal constituyó un factor predictivo positivo ($p=0.0239$). La variable edad no resultó significativa, lo que se podría explicar por el bajo número de madres adolescentes. Tampoco resultaron significativas las otras variables.

Conclusiones: 47% de los niños recibió LME hasta el sexto mes, cifra que puede mejorar si se controlan los factores predictivos negativos y se refuerzan los positivos: disminuir el porcentaje de cesáreas, educar y motivar a las madres en controles prenatales y en puerperio, especialmente a los grupos de más riesgo (madres adolescentes). Un comité de lactancia, en creación, para apoyar a las madres en los primeros 4 meses y sensibilizar y concientizar al equipo de salud promete ser un instrumento es esta línea.

O-019. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANARIAS. Ortiz Andrellucchi, Adriana; Estévez González, María Dolores; Díaz Gómez, Marta; Dóminech Martínez, Eduardo; Armas Sánchez, María Reyes; Antúnez, Nicolás; González, Isabel; Cotonat, María Teresa; SQUIROZ, José M; Nogueroles, María José; Peña Quintana, Luis. Hospital Ntra. Sra. de los Reyes (El Hierro), Hospital Gral de La Palma, Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe (La Gomera), Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (Tenerife), Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria, Hospital General de Fuerteventura, Hospital General de Lanzarote. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Antecedentes y objetivos: La lactancia materna es la única fuente alimenticia que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Así lo ha reconocido tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los informes de diversas sociedades científicas. Los beneficios de la lactancia materna incluyen desde aspectos nutricionales e inmunitarios hasta aspectos de índole psicológica e intelectual.

La situación de España en el conjunto de países industrializados puede decirse que es aceptable, pero dista mucho de la conseguida en Suecia o Noruega donde prácticamente todos los hospitales cumplen con las recomendaciones de la IHAN, lo que nos obliga a seguir trabajando por entender que la recuperación de la práctica del amamantamiento es una acción de salud de primer orden con especial repercusión sobre los niños y madres.

El objetivo de este estudio es conocer las cifras de la lactancia materna en Canarias, así como los determinantes del abandono o persistencia de la misma, con el fin de elaborar programas y actuaciones más concretas y efectivas. La mejora de las tasas de lactancia materna redundarán en un beneficio en la salud pública de los recién nacidos en las islas y de la población canaria en general.

Material y métodos: La población objeto del presente estudio fueron las mujeres que dieron a luz en los siguientes centros asistenciales: Hospital Ntra. Sra. de los Reyes (El Hierro), Hospital Gral de La Palma, Hospital Ntra. Sra de Guadalupe (La Gomera), Hospital Universitario Ntra. Sra de La Candelaria (Tenerife), Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria, Hospital General de Fuerteventura, Hospital General de Lanzarote, a partir de julio de 2005 y que completan la autorización para ser encuestadas. El tamaño muestral del estudio es de 1.369 madres. Se realizaron encuestas telefónicas al alta, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses tras el parto, donde se recoge información sobre variables sociodemográficas, variables para medir la información recibida por la madre sobre LM y variables para medir la práctica de la LM.

Resultados: Los primeros datos preliminares del estudio muestran que al alta hospitalaria, sólo el 51% de los niños se alimentan exclusivamente de leche materna. Un tercio de las madres encuestadas consideran la LM como el mejor alimento para los niños. Poseer estudios universitarios, recibir información sobre lactancia durante el embarazo, haber dado pecho con anterioridad y una serie de prácticas hospitalarias como el tiempo menor a una hora entre el parto y la primera puesta al pecho OR: 2,44(1,53-3,88), el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos OR: 2,65(1,53-4,60), la lactancia a demanda OR: 3,66(2,27-5,89) y no usar chupa ni recibir biberones se relacionan con mayor probabilidad de lactar.

Conclusiones: el patrón de LM al alta materna en la población estudiada, se encuentra alejado de las recomendaciones de los organismos internacionales. Existen factores sanitarios sobre los que se puede intervenir para mejorarlo.

O-020. LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 1500 GRAMOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN EN NUESTRA UNIDAD EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS TRAS LA APERTURA. Muñoz Labián, M^a Carmen; Malalana Martínez, Ana M^a; Flores Antón, Beatriz; Lledín Barbancho, Dolores; Barrio Torres, Josefa; Román Riechmann, Enriqueta. Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Antecedentes y objetivos: La lactancia materna en los recién nacidos con peso al nacer menor de 1500 gramos es un reto tanto para las madres como para las unidades neonatales. El beneficio en estos niños de la lactancia materna es importante, como también lo es el esfuerzo que supone para estas madres largos periodos de extracción con sacaleches durante la prolongada hospitalización de sus hijos y el esfuerzo del personal de las unidades neonatales para asesorarlas y alentar este proceso. El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de lactancia materna y factores relacionados en este grupo de niños en nuestra unidad neonatal en los primeros dos años desde su apertura.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en una unidad con horario de puertas abiertas, durante sus dos primeros años de funcionamiento, durante los cuales se estaban implementando los 10 pasos para una feliz lactancia natural. Los datos se han recogido en dos fases: 1) reco-

gida de datos epidemiológicos de la historia clínica de la hospitalización, y 2) encuesta telefónica realizada por los neonatólogos del equipo a las madres/padres de estos niños. Se diseñó una encuesta con preguntas precisas sobre lactancia y otros datos demográficos. Se han excluido para determinar duración de lactancia aquellos niños con menos de 3 meses de seguimiento post-alta y que aún sigan con lactancia materna.

Resultados: Se recogieron datos de 24 recién nacidos menores de 1500 g al nacimiento, cuyas características fueron: EG media 30s (26-34), Peso nacimiento media 1220 g(780-1480g), tiempo de ingreso media 49 días (27-86 d), edad de la madre media 30 años (19-41), EG al alta media 37 s (35-41). De ellos 50% eran varones, 46% gemelar, 33% FIV, 29% CIR, el tipo de parto fue 79% cesárea y 21% eutócico. Habían dado lactancia materna a un hijo previo 30% de las madres.

Durante la hospitalización, el 96% de los niños recibieron LM en algún momento, persistiendo LM al alta en 71% (de estos 41.7% tomaban pecho solo y 29% pecho suplementado con jeringa con leche de madre ó fórmula de prematuros).

El tiempo total de lactancia materna fue de una media de 104 días, mediana de 82 días (2-426 días).

De los niños que se fueron de alta con LM con suplemento (LM o FP) mantienen LM exclusiva 14%, mientras que si al alta estaban solo con pecho, mantuvieron LM exclusiva 40%. Los niños que se fueron de alta con LM exclusiva y al alta siguieron con ella mantuvieron lactancias de al menos 4 meses. Solo 2 niños recibieron LM exclusiva durante 6 meses (ambos con madres sin incorporación a la vida laboral). Comparando los niños que lactaron menos de 3 meses y los que lo hicieron más de 3 meses (U de Mann-Whitney, Chi cuadrado con SPSS), no se encontraron diferencias significativas respecto a edad de la madre, duración del ingreso, peso al alta, LM en hijo previo, fumadora, suplemento ó no al alta).

Conclusiones:

- Una gran proporción de grandes prematuros se van de alta con lactancia materna, muchos mantienen lactancia mixta durante 3 meses pero son pocos los que mantienen lactancia materna exclusiva tras el alta hospitalaria.
- Son necesarios programas de seguimiento en los primeros días tras el alta para fortalecer la confianza de estas madres en su lactancia para mantener LM exclusiva.
- La administración de suplementos durante los últimos días de la hospitalización hace difícil la posterior consecución de LM exclusiva.

O-021. REGISTRO CONTINUADO DE DATOS DE LACTANCIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO. Martín-Calama, Jesús; Martínez Oviedo, Antonio; Arroyo, Mónica. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Los recursos económicos y humanos dedicados a la promoción de la lactancia materna en España están aumentando. Sin embargo, carecemos de indicadores fiables para estimar la eficacia y rentabilidad de los esfuerzos realizados o para comparar niveles de lactancia en diferentes zonas con el mismo criterio. Una encuesta periódica de lactancia es la única herramienta para obtener estos indicadores. Debería corresponder al gobierno estatal o a los autonómicos la obtención de los índices de lactancia pero de momento las solicitudes de colaboración han sido infructuosas.

Objetivo: Analizar la viabilidad de un registro continuado de lactancia en el área dependiente de un hospital de tamaño pequeño utilizando el calendario de vacunaciones como momento para recoger datos de lactancia y la cartilla de vacunaciones como soporte para registrar los datos.

Material y Método: 1. Se utilizaron las definiciones de lactancia de la OMS. 2. Se realizó un registro de los recién nacidos dados de alta en el hospital anotando el tipo de lactancia al alta. 3. En la cartilla de vacunaciones se incluyeron 4 tarjetas iguales con el nombre del recién nacido y una única pregunta: - ¿Qué comió su hijo ayer? -, con cuatro posibles respuestas - a. Sólo pecho, b. Sólo biberón, c. Más pecho que biberón, d. Más biberón que pecho-. 4. En cada vacunación en los meses 1, 2, 4 y 6 la enfermera que administró la vacuna recogió una de las tarjetas revisando que tenía marcada la respuesta y anotada la fecha. 6. Las tarjetas eran remitidas por correo al Hospital y sus datos, incorporados al registro de recién nacidos. 7. El ensayo se prolongó durante 5 meses. 8. Se establecieron mecanismos de

control para identificar los errores del registro y para recaptar los casos perdidos.

Resultados: Nacieron 248 niños. Se produjo un error de inclusión inicial en el 12,5% del total. La mayoría de estos errores fueron debidos a desconocimiento del programa por personal contratado en fines de semana, puentes o periodos vacacionales. Los errores de inclusión disminuyeron en los meses finales a medida que se consolidaba el programa. El mayor porcentaje de errores se produjo en el control del primer mes y fue atribuible a: 1. Errores de inclusión inicial. 2. Madres inmigrantes con dificultad de comprensión del idioma 3. No acudir a vacunar. 4. Haber abandonado la lactancia materna y considerar que no era necesario entregar la tarjeta. 4. Cambiar de provincia tras el parto. En los controles de los meses 2, 4 y 6 disminuyó el número de pérdidas.

Indicadores obtenidos: Lactancia exclusiva al alta: 86,6%, al mes de vida: 65,9%, a los 2 meses: 60,3% a los 3 meses 40,1% a los 6 meses 25,2%.

Aunque no era el objetivo del proyecto, al haber incluido en el registro inicial datos del parto, del recién nacido, de la madre, y de la estancia en el hospital se pudieron relacionar los niveles de lactancia con estas variables. Se asociaron significativamente con abandono precoz de la lactancia, haber recibido biberones durante la estancia en el hospital y la separación madre-hijo los primeros días.

Conclusión: Es posible utilizar el calendario vacunal para recoger datos sobre lactancia. Los inconvenientes del sistema son la cantidad de personas implicadas, la población inmigrante con dificultades de idioma o que no vacunan a sus hijos, y la movilidad geográfica de las madres tras el parto. Los errores iniciales del registro van disminuyendo a medida que progresa su implantación. Exige una supervisión repetida desde el registro en el hospital para limitar los al máximo los errores. Aunque no es el método ideal y debe mejorarse, puede ser útil para iniciar la recogida periódica de información, hasta que otros métodos consigan estos indicadores de forma mas sencilla.

VIERNES, 27 DE OCTUBRE DE 15:00-16:00 HORAS

P001. RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y MALOCCLUSIONES DENTALES. *Rodríguez Guerra, Sebastian; Guerra Gamboa, María Elena; Blanco de Cedres, Lucila.* Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela.

La importancia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones dentales ha venido tomando importancia como tema de investigación. Así lo demuestran estudios odontológicos realizados en la última década, los cuales tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se encuentran asociados con la presencia de maloclusiones dentales, así como a la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución

Objetivo: Establecer la relación entre el período de lactancia materna y la presencia de maloclusiones dentales.

Materiales y métodos: Estudio transversal en una muestra de 226 niños preescolares de la Gran Caracas. Las mediciones odontológicas fueron realizadas por un odontólogo previo entrenamiento y calibración. El análisis estadístico se basó en la prueba chi-cuadrado y el modelo de regresión logística.

Resultados: Más de la mitad (58%) de los niños fueron lactados por 6 meses o más. Los riesgos relativos para la presencia de maloclusiones dentales para los niños lactados por un período menor de 6 meses comparados con los niños lactados 6 meses o más oscilaron entre 3 y 15.

Conclusión: Se plantea la alimentación al seno materno por 6 meses o más constituye un factor de protección de las maloclusiones dentales.

P002. LACTANCIA MATERNA: CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS. *Pereira García Galvão, Dulce María; Marques Lima, Bruno Manuel; Mendes Marques, Paulo Miguel; Silva Branco, Ricardo André.* Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto e Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Antecedentes y Objetivos: Conocer el nivel de información sobre la lactancia de las embarazadas que acuden a la consulta de control del embarazo en un hospital Distrital.

Material y Métodos: Entre noviembre de 2004 y junio de 2005 se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal utilizando un cuestionario. La muestra está formada por 72 embarazadas con una media de edad de 29 años. Más de la mitad no tenía hijos anteriores y el mismo porcentaje se encontraba en el tercer trimestre del embarazo. La mayoría estaban casadas y predominantemente tenían formación académica de "2º ciclo" y de "secundaria".

Resultados: 29,2% consideraba que el tamaño de las mamas está relacionado con la producción de leche; 48,6% dijeron que no sabían que la producción de leche se regula por la demanda del bebé y 88,8% creía que hay mujeres que pueden tener leche de mala calidad; 69,4% era consciente de que el bebé tiene que mamar durante 10 a 20 minutos en cada mama; 59,7% creía que el bebé debe mamar siempre de las dos mamas, interrumpiéndose la toma; 83,4% dijo que el bebé debe mamar de 3 en 3 horas;

95,8% consideró que pueden seguir amamantando aunque regresen al trabajo pero un 6,9% desconocía que una madre que trabaje tiene derecho legalmente a disponer de tiempo para dar de mamar durante el horario laboral y 62,5% desconocía que se puede congelar la leche materna;

80,6% no consideró que amamantar en público cause reparo y consideraba que la madre debe amamantar delante de los demás hijos; solamen-

te un 30,6% consideraba que el padre es un elemento importante en el proceso del acto de amamantar;

73,6% refirió que se deben aplicar cremas y otras sustancias en la mama para evitar las grietas en los pezones; 72,2% creía que el lavado de las mamas, antes y después de las tomas, era necesario y ventajoso; 69,9% opinaba que las mujeres de piel clara tienen pezones más sensibles y 30,0% consideraba que a una mujer que da de mamar le quedan las mamas caídas;

87,5% era consciente de que la lactancia materna tiene beneficios para la madre y el 83,3% refirió que los bebés amamantados tienen menos enfermedades;

40,3% consideró la necesidad de que el bebé bebiera agua mientras está siendo alimentado exclusivamente con leche materna; 51,4% refirió que el bebé no debe ser alimentado exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses;

59,7% sabía el nombre de la primera leche; 91,7% consideraba importante que el bebé la tomara y 63,9% refirió que el bebé debe mamar inmediatamente después de nacer; 68,1% dijo no saber que la leche materna, desde el inicio hasta el final de la toma, tiene una composición desigual;

Para el 55,6% una mujer que durante el embarazo presente unos pezones poco sobresalientes no podrá amamantar y 47,2% creía que era adecuado preparar las mamas durante el embarazo para amamantar; para el 41,7% el uso de tetinas artificiales no perjudica el acto de amamantar y 86,1% consideraba que la madre puede ayudar al bebé a mamar cogiendo la mama con los dedos en forma de tijera; 61,1% no sabía que cuando la madre siente dolor al amamantar es porque el bebé está mal colocado en la mama y 90,3% no sabía que el uso del chupete dificulta el acto de amamantar;

Conclusión: Los resultados demuestran que existe una gran falta de conocimientos acerca de la lactancia materna. Es urgente desarrollar estrategias que minimicen el déficit de información que hemos detectado. En este sentido, y como parte del proyecto en el cual se encuadra este estudio, se están llevando a cabo acciones de forma a orientar a todas las embarazadas sobre las ventajas y el manejo de la lactancia materna e implementar el paso 3 preconizado por la OMS.

P003. EFECTO DEL TRATAMIENTO TÉRMICO DE LA LECHE MATERNA SOBRE SU CALIDAD PROTEICA. *Silvestre Castelló, M. Dolores; Jareño Roglán, Enrique; Fraile Zamarreño, Amparo; Pérez Martínez, Mercedes; Martínez Costa, Cecilia.* Universidad Cardenal Herrea-CEU. Centro de Salud de Moncada.

Antecedentes: La utilización de leche de mujeres donantes para la alimentación del lactante es un método de interés en las Unidades de Neonatales de los Hospitales. En estos casos, para asegurar la calidad sanitaria de la leche, es necesario someterla a un tratamiento térmico que puede producir cambios significativos en alguno de sus componentes. En la actualidad el método de higienización más empleado en los Bancos de Leche es el calentamiento a 63°C durante 30 minutos (Holder pasteurization). La lisina es un aminoácido esencial, determinante en la calidad de las proteínas y de fácil alteración, por ello su contenido se considera un buen criterio de evaluación de la estabilidad proteica.

Objetivo: estudiar el efecto de la pasteurización de la leche materna (Holder) sobre el contenido de lisina disponible.

Material y Métodos: 20 muestras de leche de mujeres sanas y bien alimentadas de la población de Moncada (Valencia) obtenidas con sacaleches automático, entre las 11-13 horas y antes de la alimentación del lactante. Cada una de ellas se separa en 2 alícuotas: 1. Para su análisis en fresco; 2.

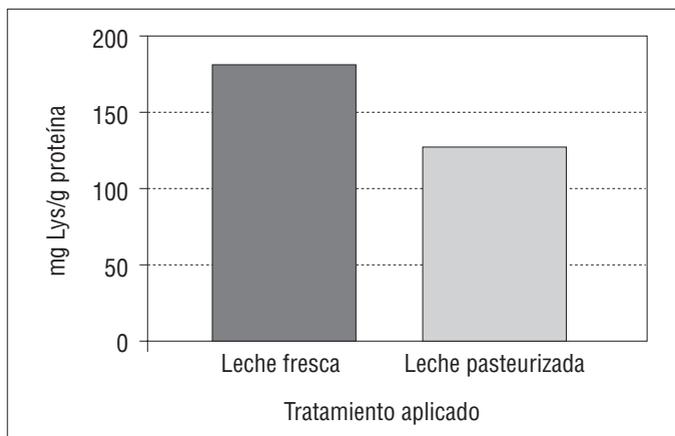


Figura 1.

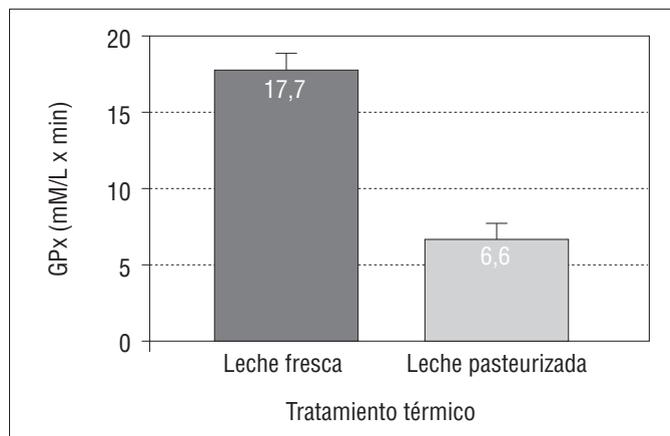


Figura 2.

Para su higienización por calentamiento en bloque de calefacción con termostato a 63°C durante 30 minutos y posterior análisis. La concentración de lisina disponible se determina por método espectrofluorimétrico previa eliminación de interferencias con ácido tricloroacético. El estudio estadístico de los resultados se realiza con el test de datos apareados.

Resultados: Tal y como muestra la figura 1, la concentración de lisina disminuye tras la pasteurización en relación al valor obtenido en leche fresca. Este comportamiento se observó en todas las muestras analizadas. La concentración media obtenida, expresada en mg Lys/g proteína es: 180.41 ± 86.32 y 127.53 ± 64.99 para leche fresca y pasteurizada respectivamente. La diferencia entre ambos tratamientos resulta significativa estadísticamente al 99% de probabilidad ($p=1.5 \times 10^{-6}$).

Conclusiones: La pasteurización de la leche realizada por el tradicional método Holder conlleva una pérdida importante de la calidad proteica, evaluada mediante la disminución del contenido de lisina disponible.

P004. EFECTO DE LA PASTEURIZACIÓN HOLDER DE LA LECHE MATERNA SOBRE SU CAPACIDAD ANTIOXIDANTE. *Silvestre, M. Dolores; Muriach, María; Almansa, Inmaculada; Miranda, María; Jareño, Enrique; Fraile, Ampara; Pérez, Mercedes.* Universidad Cardenal Herrera-CEU. Centro de Salud de Moncada.

Introducción: el empleo, en el sistema hospitalario, de leche de mujeres donantes para la alimentación de lactantes prematuros o de bajo peso exige su higienización, previa a la ingesta, para evitar el riesgo de transmisión de numerosos agentes infecciosos (VIH, hepatitis B, citomegalovirus). En la actualidad el método más empleado en los Bancos de Leche es la pasteurización Holder (63°C durante 30 minutos). El tratamiento térmico de la leche puede ocasionar alteración en algunos de sus componentes, especialmente en biocomponentes termosensibles como la capacidad antioxidante. Es de interés conocer este posible efecto para evaluar las pérdidas en la calidad y las propiedades de la leche.

Método: Se analizan 24 muestras de leche madura de mujeres sanas y bien alimentadas, recogidas usando bomba de extracción eléctricas. Cada una de ellas se separa en dos alícuotas: 1. para su análisis en fresco; 2. para su pasteurización, en bloque de calefacción con termostato, a 63°C durante 30 minutos y posterior análisis. La capacidad antioxidante de las muestras se evalúa por determinación de actividad enzimática *glutacion peroxidasa* (GPx) (17 muestras) y la concentración de *glutacion* (GSH) (24 muestras). El estudio estadístico de los resultados se realiza con un test de datos apareados.

Resultados: La pasteurización de la leche produce un fuerte descenso de la actividad antioxidante, manifiesta a través de una disminución de la actividad GPx y de la concentración GSH, como muestra las figuras 2 y 3. En ambos casos las variaciones entre leche pasteurizada y leche fresca son estadísticamente significativas ($p = 4.1 \times 10^{-10}$ y $p = 5.8 \times 10^{-4}$) respectivamente.

Conclusión: Cuando la pasteurización de la leche materna, previa a su ingesta, se realiza a través del método Holder, se pierde gran parte de su

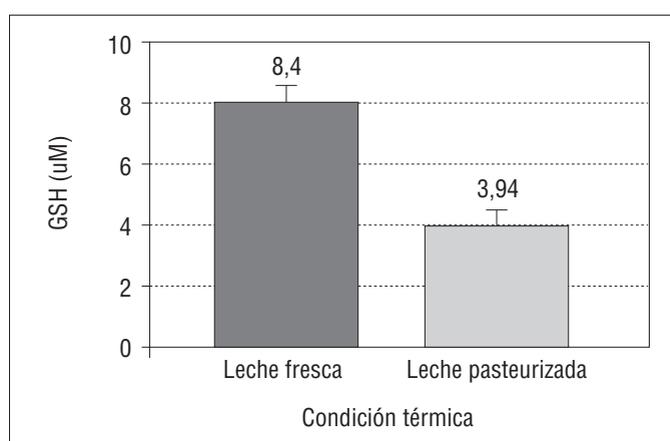


Figura 3.

poder antioxidante, responsable de algunas de las propiedades defensivas para el lactante.

P005. INFLUENCIA DEL HOSPITAL DE NACIMIENTO Y DE LAS CONDICIONES SOCIALES EN LA INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y SU MANTENIMIENTO. *Rico Marí, Enriqueta; Borja Pastor, María; Ubeda Sansano, Isabel; Codoñer Franch, Pilar.* C.S. La Eliana; C.S. Parque Alcosa; Hospital Universitario Dr Peset. Universitat de Valencia.

Objetivos: Estudiar si el Hospital de nacimiento (público o privado) influye en el tipo de lactancia instaurada. Valorar la posible influencia de las condiciones sociales (medio urbano y semi-urbano) en la elección de lactancia materna y en su mantenimiento.

Material y métodos: Se han estudiado 528 niños (nacidos entre Enero 2000 y Abril 2004) pertenecientes a dos Centros de Salud, uno urbano, constituido mayoritariamente por población trabajadora e inmigrante (285 niños), y otro semi-urbano, en una urbanización próxima a la capital y de mayor status socioeconómico (243 niños). Se ha efectuado un estudio de cohorte prospectivo observacional con entrevista a la madre en los controles de salud realizados por el pediatra.

Resultados: En ambas zonas básicas de salud hay predominio de utilización del hospital público para el momento del parto, sin embargo, hay diferencia significativa entre los Centros, ya que es más utilizado el hospital público en la zona urbana (92,53% frente a 67,69%, $p < 0,005$).

El porcentaje de lactancia materna exclusiva al nacimiento es superior en el Hospital público que en el privado (66,49% frente a 52,75%, con diferencia estadísticamente significativa, $p < 0,05$).

En cuanto a la lactancia instaurada al nacimiento, no observamos ninguna diferencia entre las dos zonas, siendo entre 63-65% el porcentaje de lactancia materna exclusiva.

Se aprecia un descenso progresivo en el porcentaje de lactancia materna exclusiva en ambas poblaciones, siendo más evidente en la población de menor estatus socioeconómico. De forma diferente, en la población de mayor nivel, se aprecia una estabilización del 2º al 4º mes de vida (con un porcentaje que oscila entre el 47,55% y 38,17%), lo que ocasiona una diferencia significativa al 4º y 5º mes entre las dos zonas ($p < 0,05$). A partir del 5º mes los porcentajes de lactancia materna exclusiva bajan de forma importante en ambas zonas.

La duración de este tipo de lactancia es mayor, así como el tiempo total en el que se aporta lactancia materna junto con otros alimentos en la zona semi-urbana, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

En cuanto al tiempo medio de duración de lactancia materna exclusiva, en el conjunto de niños de nuestra muestra, es de 3,5 meses.

Conclusiones: La intención de lactancia materna no difiere según las condiciones socioeconómicas de la población, viéndose favorecida su instauración si el nacimiento se produce en un Hospital público. Sin embargo, el mantenimiento de este tipo de lactancia se produce en menor grado en la población de menor estatus socioeconómico, quizá debido a las condiciones de incorporación al mercado laboral por parte de la madre.

P006. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y ASISTENCIAL EN LA PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. Romero Martínez, Jorge; Arnedillo Sánchez, Socorro; Barbera Rubini, Nuria; Ruiz Ferrón, Cecilia. Hospital Universitario Valme. Hospital De La Mujer

Antecedentes y objetivos. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva (LM) hasta alrededor de los seis meses de edad

- 1.- Valorar la efectividad de los cuidados piel a piel asociadas al resto de medidas aplicadas como intervención encaminada al fomento de la lactancia materna en el medio hospitalario.
- 2.- Valorar el efecto de los cuidados piel a piel asociadas al resto de medidas aplicadas sobre la prevalencia de la lactancia materna de inicio, sobre la duración de la lactancia materna completa y complementaria en las áreas de estudio.
- 3.- Establecer, ponderar, y cronar las causas de abandono de la lactancia materna en las áreas de estudio.
- 4.- Valorar el efecto de los Programas de Educación Maternal de Atención Primaria y su asociación con el método canguro sobre la Lactancia Materna.

Metodología: Estudio experimental, factorial, intergrupo, multivariado, de medidas repetidas, longitudinal y prospectivo. Hemos trabajado con cuatro grupos surgidos de asociar nuestro Programa de Intervención para Fomento de la lactancia materna con la Educación Maternal impartida en Atención Primaria en gestantes nulíparas con parto eutócico, elegidas por muestreo aleatorio sistemático. En los grupos control se llevaron a cabo los cuidados habituales en estos centros.

Resultados: El grupo experimental A (recibió educación maternal y programa de intervención) presentó la prevalencia más alta de LM desde el inicio a los 6 meses. La duración media de la LM también fue la mayor. El grupo experimental B (programa de intervención) y el control C (educación maternal) mostraron prevalencia y duración de LM similares entre ellos e inferiores a A. El grupo control D (no recibió ningún apoyo) mostró la prevalencia y duración menor de la LM. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos A con D y B con D. También se mostraron cuando asociamos los grupos experimentales (A+B) y los comparamos con los controles (C+D) para evaluar el programa de intervención diseñado por nosotros independientemente de la educación maternal.

Conclusiones y discusión: Las mujeres que recibieron apoyos en los períodos pre y postnatal mostraron mayor prevalencia y duración de la LM con diferencias significativas que aquellas que no recibieron ningún apoyo. El programa de intervención por sí mismo también aumentó con diferencias significativas la LM exclusiva de inicio y la complementaria a los 3 meses.

No se produjeron ingresos por hipotermia ni complicaciones con la aplicación del método canguro.

En base a estos resultados y los encontrados en estudios previos recomendaríamos estas prácticas como favorecedoras de la LM.

Este estudio ha recibido el PREMIO NUK 6ª EDICION al mejor trabajo de investigación.

P007. PROMOVRIENDO LA LACTANCIA NATURAL - CUIDANDO LA SALUD. Zurbano Ortiz, Concha; Moral Jurado, Ana Mª; Ponferrada Moreno, Mª Joséfa; Pastor Moreno, Francisco. Centro de Salud Fuensanta - Cordoba.

La leche materna ha sido el alimento exclusivo durante un período que ha oscilado entre los seis meses y los dos años de vida de sus hijos; y aunque en todas las épocas han existido detractores e inconvenientes, es a partir de la década de los 50 cuando se produce un descenso significativo del empleo de este método de alimentación natural, por causas bien diversas.

La leche materna es el alimento ideal que puede recibir un bebé en la primera etapa de su vida, como demuestran numerosos estudios que destacan las innumerables ventajas de la Lactancia Materna, tanto para los niños como para sus madres.

Sin embargo, a pesar de todas las evidencias, la O.M.S. pone de manifiesto que las bajas tasas de Lactancia Materna y su abandono temprano son una constante. En España el 60% de las madres inicia el amamantamiento y lo mantienen durante las primeras seis semanas, pero solo el 23% lo continúa a los seis meses.

El propósito del presente trabajo es iniciar una línea de investigación sobre la Lactancia materna, en la zona de influencia del Centro de Salud donde los autores trabajamos, situación de partida y factores influyentes, para determinar los objetivos más adecuados a corto, medio y largo plazo.

Presentamos un estudio descriptivo, realizado en una población de 329 niños nacidos entre Octubre de 2004 y Septiembre de 2005, de la que se extrae una muestra de 201 niños, que se ajusta al criterio de inclusión decidido - tener realizado el control de niño sano de recién nacido, 2 m, 4 m y 6 m -.

El análisis nos ha permitido valorar y correlacionar:

- Tipo de alimentación recibida durante los 6 primeros meses de vida.
 - Somatometría RN, 2 m, 4 m, y 6 m
 - Incidencia de patologías digestivas y respiratorias; significativamente inferior en los niños alimentados con leche materna.
 - Influencia de la EPS. Las tasas de iniciación de la Lactancia Materna (63,75%), guardan una estrecha relación con la formación facilitada a las madres durante el embarazo.
- A partir de los resultados del presente estudio, nos proponemos:
- Detectar y fomentar los factores favorecedores del mantenimiento de la Lactancia Materna, dado que actualmente sólo lo consigue a los 6 meses, un 13.75%.
 - Detectar puntos débiles que afectan al mantenimiento de la Lactancia Materna, a fin de diseñar un plan individualizado, adecuado a cada caso.
 - Educación para la salud, promoviendo
 - Coordinación interniveles para inicio precoz del contacto piel con piel
 - Autoexploración mamaria, ordeño y reserva de la leche
 - Diferentes métodos de amamantamiento
 - Conocimiento de beneficios de la LM para la madre y para el hijo
 - Introducción de la alimentación complementaria sin exclusión de la leche materna

Objetivo: Lactancia Materna exclusiva los 6 primeros meses del niño.

P008. TELÉFONO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL DE LAREDO. EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO. Canduela Martínez, Víctor; Azofra Olave, Asun; Martínez del Olmo, Raquel; Del Palacio Laso, Esperanza; Mongil Ruiz, Isidro; Crespo Pellón, Laura; Sáiz Fernández, Gema; San Emeterio Pérez, Cristina; Contreras Sanz, Marta; Cofreces Rodríguez, Cristina. Hospital de Laredo, Cantabria.

Antecedentes y Objetivos: La estancia habitual de los recién nacidos tras un parto vaginal es de unas 48 horas y 4-5 días tras una cesárea. Muchas madres se van a su casa con escasa ingurgitación mamaria y con algunas

dificultades relacionadas con la Lactancia Materna. Como no acuden a la primera consulta en los Centros de Salud hasta al menos el 5^o-6^o día de vida (a veces más tarde), hay un periodo de 3-4 días (a veces más) en los cuales la falta de apoyo y las dificultades pueden contribuir a un fracaso de la Lactancia Materna. El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia de una estrategia de apoyo telefónico a las madres que dan el pecho a sus hijos.

Material y métodos: En el Hospital de Laredo, se entrega a las madres tras el parto, una documentación de "Cuidados de Salud para después del parto", en la que en la contraportada figura que, una vez en su domicilio, pueden llamar al teléfono de apoyo a la Lactancia Materna (teléfono móvil) en caso de dificultades y hasta que acudan a su Centro de Salud. El teléfono está atendido de forma alternativa por una enfermera de pediatría, una ginecóloga o un pediatra y funciona de 9 a 21 horas todos los días del año. Desde el día 1 de julio de 2005 hasta el 31 de mayo de 2006, nacieron en nuestro Hospital 445 recién nacidos y se recibieron 32 llamadas en el teléfono de apoyo a la Lactancia Materna.

Resultados: Las llamadas se han distribuido de forma bastante uniforme durante todos los meses (entre 3-5 llamadas al mes), salvo en diciembre (0 llamadas), abril y mayo (1 llamada cada mes). El 63% de las llamadas se han producido entre viernes-sábado-domingo. Hay un ligero predominio del horario de mañana (63%) sobre el horario de tarde (37%). La edad de los recién nacidos era: 3 días (4 llamadas), 4 días (5 llamadas), 5 días (5 llamadas), 6 días (3 llamadas), 7-12 días (5 llamadas), 15 días (4 llamadas) y otras edades (5 llamadas). Precisarón derivar al Hospital 7 llamadas y los motivos de consulta más frecuentes (algunas madres referían más de uno) fueron: "ingurgitación mamaria excesiva" (10 llamadas), "llanto o irritabilidad" (6 llamadas), "grietas y problemas del pezón" (5 llamadas), "dificultades con las tomas" (5 llamadas) y otros motivos (mamas flácidas, no coge el pecho, como extraer leche, problemas maternos, escasa ganancia de peso, etc.) (9 llamadas). Ninguna familia repitió la llamada.

Conclusiones: Para conseguir que la Lactancia Materna sea exitosa, se precisa un intenso apoyo del personal sanitario durante la estancia de la madre y el recién nacido en el Hospital y un intenso apoyo del personal de Atención Primaria, pero también se precisa cubrir con apoyo el periodo de tiempo que va desde el alta hospitalaria y la primera visita en el Centro de Salud. Pensamos que un apoyo telefónico personalizado, puede contribuir a esta misión.

P009. APLICACIÓN DEL MÉTODO CANGURO (BEBÉ-MADRE EN LOS PARTOS, BEBÉ-PADRE EN LAS CESÁREAS) Y POSIBLE REPERCUSIÓN EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Rodríguez Rodríguez, Feli; Arranz Arana, Leonor. Hospital De Zumarraga.

Antecedentes: En 1999 se implantó el contacto piel con piel "método canguro" "del recién nacido sano y a término con su madre en los partos eutócicos. Posteriormente en diciembre de 2002 se comenzó a poner en práctica dicho contacto con su padre en los casos de cesáreas, e iniciando en ambos supuestos la lactancia materna, si la madre lo requiere.

Objetivos: Valorar si la implicación del padre supone un apoyo positivo para la lactancia materna.

Aportar nuestra experiencia respecto del inicio inmediato del contacto piel con piel (el llamado método canguro) del recién nacido a término, con su madre o padre, dependiendo del tipo de parto, fomentando el apego y la iniciación de la lactancia materna, su repercusión y duración.

Metodología: Consideramos para el estudio el contacto piel con piel inmediato al nacimiento en el caso de los partos eutócicos y el precoz durante la primera media hora de haber nacido en el caso de las cesáreas, excluyendo los partos instrumentales. Se realizó una encuesta telefónica a la totalidad de las madres sometidas a cesáreas incluyendo aquéllas que cumplieran criterios de inclusión. Del mismo modo, se realizó un muestreo aleatorio del mismo número de partos eutócicos. La encuesta consistió en confirmar el contacto piel con piel y en conocer el número de meses de lactancia materna exclusiva así como su prolongación una vez establecida la alimentación complementaria. Para el análisis se efectuaron pruebas de chi-cuadrado para establecer diferencias en la proporción de lactantes de ambos grupos que completaron 1, 3, 6 y 12 meses de lactancia materna.

Resultados: De un total de 755 nacimientos el año 2005, 139 fueron mediante cesáreas y de ellas un 66,20% iniciaron lactancia materna y con-

tacto piel con piel; un 22,30% se decantaron por la lactancia artificial y con un 11,50% no fue posible establecer contacto; se ha considerado el mismo porcentaje de partos eutócicos de forma aleatoria. Del 66,20% que iniciaron la lactancia materna fueron entrevistados el 100,00% en ambos grupos control, resultando:

	<i>partos</i>	<i>cesáreas</i>
al 1 ^{er} mes	93,50%	91,30%
al 3 ^{er} "	85,90%	77,20%
al 6 ^o "	57,60%	45,70%
al 12 ^o "	18,50%	13,00%

Conclusiones: No se han apreciado diferencias significativas en el porcentaje y duración de la lactancia materna en los niños nacidos por medio de partos eutócicos y cesáreas en los que se ha realizado contacto piel con piel tanto con la madre como con el padre.

Apreciamos que el contacto piel con piel del recién nacido con su padre en el caso de cesárea y la iniciación de lactancia materna favorece el mantenimiento del amamantamiento.

P010. RAZONES POR LAS QUE LAS MADRES DE NUESTRA ÁREA SANITARIA DECIDEN NO LACTAR. Azofra Olave, Asun; Solís Narváez, María; Cuervo Cervera, Conchita; Mongil Ruiz, Isidro; Redondo Figuero, Carlos; Canduela Martínez, Víctor; Portilla Díez, Rosa; Ochoa Gutiérrez, Sol; Mendoza Cobo, M^a Belén; Albaina Sáez de Vicuña, Laura. Hospital de Laredo, Cantabria. *Facultad de Medicina de Santander, Universidad de Cantabria.

Antecedentes y Objetivos: En nuestro Hospital el 80% de las púérperas deciden lactancia materna, cifra relativamente constante desde hace unos años. Según una encuesta realizada por nosotros previamente, más del 85% de las mujeres deciden la alimentación de sus hijos antes del embarazo o en sus primeras semanas. Para conocer las razones por las que las madres de nuestro área sanitaria deciden no lactar, diseñamos una encuesta que se realiza a las mujeres que rechazan la lactancia materna o que la suspenden durante su estancia en el Hospital.

Material y métodos: Desde el 1 de septiembre de 2005 hasta el 31 de mayo de 2006, nacieron en nuestro Hospital 355 niños o niñas. A las madres que decidieron lactancia artificial de entrada o que suspendieron la lactancia materna iniciada, la enfermera encargada de los recién nacidos la realizó una encuesta anónima, para conocer sus razones. Durante este periodo de tiempo se registraron 56 encuestas (algunas mujeres prefirieron no contestar).

Resultados: La media de edad fue de 30,2 años (DE= 5,4 años) con una distribución normal; el nivel de estudios de las madres era bajo y únicamente un 3,6% tenía formación universitaria; la mayoría de las mujeres trabajaban fuera de su hogar (70%); el 28,6% de las mujeres tuvieron un parto cesárea, cifra ligeramente superior al porcentaje habitual de cesáreas en nuestro Hospital (23-24%); para el 48% de las madres esta fue su primera experiencia de maternidad y para el 7,1% su tercera experiencia; de las 29 madres entrevistadas que habían tenido un hijo previo, el 62% tenía experiencia de haber amamantado otro hijo; de las madres que amamantaron previamente la supervivencia mediana de la Lactancia Materna fue 22,5 días y ninguna continuó más de 4 meses; sólo el 17% de las madres que previamente habían amamantado lo recordaban como experiencia positiva y la gran mayoría lo recordaba como experiencia negativa; las principales causas que alegan las mujeres para no lactar o suspender la lactancia son: dificultades con el pecho, 28,6% (IC-95%: 18,4% a 41,5%), razones laborales, 28,6% (IC-95%: 18,4% a 41,5%), mala experiencia previa, 23,1% (IC-95%: 14,1% a 35,8%) y otras razones sociales entre las que destaca el escaso apoyo familiar, 34,5% (IC-95%: 19,9% a 52,7%); el 37,5% de las madres fumaban, con una mediana de 10 cigarrillos al día; el padre estaba de acuerdo con su pareja habitualmente (80%).

Conclusiones:

- * La mayoría de las mujeres son capaces de amamantar a sus hijos y los motivos que hacen que se decidan por la lactancia artificial son variados.
- * En nuestra área sanitaria las dificultades con el pecho, los motivos laborales y la mala experiencia previa constituyen más del 85% de las razones que nos indican las madres como determinantes de no iniciar o suspender la lactancia materna.

- * Es preciso intensificar la información relacionada con la lactancia materna a las mujeres en edad fértil para que la mayoría de las mujeres decidan lactar a sus hijos.
- * Es preciso mantener un apoyo intenso los primeros días tras el parto, para superar las dificultades y evitar suspender la lactancia materna iniciada.

P011. REPERCUSIÓN DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. Morillo Ortega, Ana; Pablos Rodríguez, Inmaculada. ABS Alt Penedès Rural

Antecedentes y objetivos: La primera recomendación para la promoción y el apoyo a la lactancia materna por parte del personal sanitario es la formación. Pretendemos comprobar si la realización de formación específica (curso de asesoras en lactancia materna) influye en los datos de lactancia de nuestra población.

Material y métodos: Se recogieron datos de los niños nacidos entre el 1 de septiembre de 2005 y el 28 de febrero de 2006 de nuestra población de referencia, obteniéndose una muestra de 140 lactantes, repartidos aleatoriamente en 4 equipos pediátricos. Se analizan los datos mediante SPSS para comprobar la validez de la muestra (no hay diferencias entre los equipos pediátricos en cuanto a pesos, edades, incidencia inicial de lactancia, nº de visitas) y se comparan los porcentajes de lactancia materna exclusiva 4 meses, lactancia materna exclusiva 6 meses y lactancia materna (mixta o complementada) entre los 4 equipos de pediatría.

Resultados: Nuestra población muestra una intención de lactancia materna del 77%; inferior a la que se observa a nivel estatal. El 39% mantienen LME a los 4 meses y el 10% a los 6 meses. En cambio, encontramos lactancia materna parcial (mixta o complementada) a los 4 meses en el 59%. En la división por grupos vemos los resultados obtenidos en la tabla.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4 (A.L.M)
Total cupo	29	49	28	34
Intento LM	21 (72%)	37 (75%)	21 (75%)	27 (79%)
LME 4m	10 (34%)	15 (31%)	10 (35%)	20 (59%)
LME 6m	5 (17%)	2 (4%)	2 (7%)	11 (32%)
LMP 4 m	18 (62%)	26 (53%)	17 (60%)	23 (68%)

Sólo las diferencias halladas en los datos referentes a la LME a los 4 y 6 meses son estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestra población, la formación del equipo pediátrico no repercute en la intención de amamantar, así como tampoco en el mantenimiento de la LMP; pero sí lo hace en los índices de LME a los 4 y 6 meses. Concluiríamos que la formación del personal sanitario es importante a la hora de apoyar la lactancia materna, pero sobre todo a la hora de cambiar las pautas de alimentación “populares”, pues los índices de LMP son similares en los 4 grupos.

P012. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA 2003-2006. Hernández Rubio, M^a Amaya; Gabilondo Santander, M^a del Carmen; Domelech Muñiz, Guillermo; González Soto, Luisa M^a. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

En 2003 se puso en marcha “El programa de promoción de la lactancia materna” con el objetivo de restaurar la cultura de la lactancia materna. Dicho Programa contempla entre sus objetivos específicos la sensibilización de la población sobre las ventajas de la lactancia materna para las madres, los niños y la sociedad.

Desde el Programa se aborda la sensibilización de la población a través de actividades de orden social y cultural. En este sentido se ha celebrado en los últimos años la semana mundial de la lactancia materna, llegando en 2005 a realizarse más de medio centenar de actividades.

También se han llevado a cabo actividades dirigidas a la población escolar: talleres de arte, concurso de dibujo y observación de la vía láctea; a la población adulta: talleres sobre “pedagogía de la lactancia”, “retorno a los

orígenes”, concurso fotográfico, jornadas abiertas sobre lactancia y un “festival de la lactancia materna”.

Para sensibilizar a la población desde el ámbito sanitario, es imprescindible que los profesionales de la salud adquieran los conocimientos necesarios y mantengan al día la formación sobre lactancia materna. Más de 400 profesionales sanitarios han participado en cursos de formación y otros 200 han asistido a jornadas sobre lactancia materna.

Los futuros padres han recibido información a través de la Guía de lactancia materna para padres, y reciben formación en los cursos de educación maternal que se imparten durante el embarazo sobre los beneficios que la lactancia materna tiene para la madre, el niño, la familia y la sociedad en general, y como abordar en la práctica las cuestiones que se plantean para que el amamantamiento sea satisfactorio.

Una señal evidente de la cada vez mayor sensibilización en torno a la lactancia materna a nivel profesional y social es el interés creciente por la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna que se están desarrollando gracias a padres, madres lactantes y profesionales; se ha incrementado de 4 grupos existentes en 2003 a 15 en 2006.

El porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses ha pasado del 7,3% en 1998, al 19,2% en 2004.

P013. TABAQUISMO: REPERCUSIÓN SOBRE DECISIÓN Y MANTENIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA. Iglesias Casás, Susana. Fundación Pública Hospital do Salnés (Vilagarcía). Hospital Nuestra Señora de Fátima (Vigo)

Antecedentes: En España fuma el 23% de las mujeres (INE 2.003). Fumar es la principal causa de muerte y enfermedad entre adultos en países desarrollados (OMS). Además supone durante la gestación un aumento del riesgo de complicaciones graves, y durante la primera infancia el tabaquismo pasivo afecta muy negativamente a la salud del niño. Fumar durante la lactancia disminuye la producción láctea y altera el mecanismo de eyección.

Objetivos: Conocer cómo influye el tabaquismo (previo a la gestación y durante la misma) en la incidencia y prevalencia de L.M.

Material y métodos: Encuesta al alta a todas las puérperas de dos hospitales entre Agosto 04 y Septiembre 05, obteniéndose un total de 328 encuestas válidas. A las mujeres que amamantaban se les realizó encuesta telefónica a los 3,6 y 12 meses de vida.

Estudio de los datos: Estudio descriptivo prospectivo con componente analítico. Se diseñó una base de datos utilizando el programa SPSS 13.0. Para el estudio estadístico asociativo se aplicó el Test Chi Cuadrado.

Resultados: La tasa de mujeres fumadoras es del 34% (superior a la tasa de tabaquismo femenino en España) y disminuye al 14,4% durante la gestación.

Tener un nivel de estudios universitarios, acudir a preparación maternal y ser mayor de 35 años se relacionan con tasas de tabaquismo menores, tanto antes de la gestación como durante la misma ($p < 0,05$).

Tabaquismo	LME alta	LME 3m	LME 6m	Duración total LM M ± σ	Introducción suplemento M ± σ
No fuma n=211	77,3% n=163	63,5% n=101	30% n=47	5,4 ± 2,8 meses	3,8 ± 2,8 meses
Fumadora (antes gesta) n=110	69% n=163	49,3% n=36	12,3% n=9	4,1 ± 2,7 meses	2,7 ± 2,1 meses
Fumadora (durante gesta) n=46	61% n=163	29,6% n=8	77,3% n=2	3,4 ± 3 meses	2,1 ± 2 meses

Conclusiones: Fumar (previamente a la gestación y durante la misma) influye negativamente en la decisión y el mantenimiento de LME. Las mujeres fumadoras suplementan con LA a sus hijos antes, y los destetan antes, que las no fumadoras.

Discusión: Toda mujer embarazada debería ser informada de que el tabaco no es contraindicación de LM, y que no existen evidencias científicas de

que la cantidad de nicotina que pasa al niño pueda resultar perjudicial. En cambio, la LM si puede ser una forma de contrarrestar los efectos nocivos de la exposición del lactante al humo de tabaco.

P014. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA LACTANCIA MATERNA. Valdés Planes, María Eugenia; Doncel, Diego. Hospital Costa del Sol

Antecedentes/Descripción del problema: Durante los últimos años, se ha acentuado el interés por todas aquellas acciones que mejoren la calidad de la atención sanitaria a través de la continuidad de los cuidados. En esta línea de trabajo, la Comisión de Cuidados de Área del centro al que pertenecen los autores ha venido integrando, desde el año 2004, las directrices del Documento Marco para la Continuidad Asistencial de la Junta de Andalucía. Como herramienta fundamental, la utilización de los Informes de Continuidad de Cuidados ha favorecido una mejor coordinación con Atención Primaria, siendo, desde su puesta en marcha, diversos los criterios de inclusión para la realización de los mismos en los diferentes procesos y entre ellos en el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio (E.P.P). Fruto de reuniones mantenidas con matronas de Atención Primaria, se identificó la necesidad de realizar Informes de Continuidad de Cuidados (I.C.C) a las mujeres que presentaban problemas durante la instauración de la lactancia, en los primeros días del puerperio, mientras duraba su estancia en el hospital.

Objetivos: En el presente trabajo se propone una metodología novedosa para asegurar la continuidad asistencial en el puerperio, basada en la realización de Informes de Continuidad Enfermeros a mujeres puérperas en las que se detectan problemas durante su ingreso en el hospital, susceptibles de diagnósticos enfermeros.

Metodología: Como núcleo de la metodología propuesta, la enfermera responsable envía el Informe de Continuidad a la matrona de referencia con información relevante sobre los problemas de salud (NANDA-NOC-NIC) detectados durante su ingreso hospitalario.

La matrona inicia el seguimiento de la madre y el niño en la instauración de la lactancia materna y la resolución de los problemas, miedos y dudas que van surgiendo, para conseguir que ésta sea una experiencia positiva y reconfortante.

Resultados: El análisis de los resultados del periodo 2005-2006 refleja que, del total de I.C.C realizados, el 45% se realiza a mujeres con dudas o problemas en la lactancia materna. En este análisis, destaca que los Diagnósticos Enfermeros más prevalentes sean los de Lactancia Materna Ineficaz, Temor y Ansiedad. Estos problemas se derivan, en muchas ocasiones, de la influencia de mitos, falsas creencias y diferencias culturales.

Conclusiones: Como principal beneficio de la metodología propuesta, se mejora la calidad asistencial al asegurar el mantenimiento de la lactancia materna durante el mayor tiempo posible. De esta forma, la mujer abandona mitos, creencias y consejos, aumentando así la confianza de la mujer en el colectivo que la cuida. Al mismo tiempo, se consigue la captación de las madres para su seguimiento en los programas de E.P.P y Planificación Familiar en Atención Primaria, y, de forma indirecta, al recién nacido para los programas de Detección Precoz de Metabopatías, Vacunas y Niño Sano.

P015. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN UN CENTRO DE SALUD. Jareño Roglán, Enrique Jesús; Pérez Martínez, Mercedes; Dorado Reyes, Amparo; Mañas Pagán, Elisa; Fraile Zamarreño, Amparo; Díez Domingo, Luis Vicente; Sánchez Gastaldo, Ana Isabel; Montañés Méndez, Rosa María; Monraval Fillol, Amparo; Silvestre Castelló, María Dolores. Centro de Salud de Moncada. Moncada (Valencia). Universidad Cardenal Herrera - CEU San Pablo. Moncada (Valencia).

Introducción: Sobre el inicio y la duración de la lactancia materna pueden influir múltiples factores, tanto fisis-patológicos como psicológicos, socio-culturales y educacionales. Como Educación Sanitaria y para incidir sobre estos últimos factores, en nuestro Centro de Salud realizamos un programa de Promoción de la Lactancia Materna en grupos (además de la asistencia obstétrica o pediátrica programada o a demanda en las que también se promueve la lactancia de forma individualizada):

- 8 sesiones de Educación Maternal (3 exclusivas sobre lactancia materna)
- Talleres de Lactancia semanales para madres lactantes

Objetivos: Analizar la incidencia sobre la duración de la lactancia materna de diversos factores: tipo de parto y de maternidad, edad de la madre, número de hijos, trabajo remunerado y asistencia a las sesiones de Promoción de la Lactancia en grupos.

Material y métodos: 712 lactantes nacidos entre los años 2003 y 2005, seguidos en el Programa de Salud del niño sano en nuestro Centro:

- Tipo de parto: 73% vaginal y 29% cesárea
- Tipo de maternidad: 80% hospitales públicos y 20% clínicas privadas.
- Trabajo materno remunerado fuera del domicilio: 69% sí y 31% no.
- Número de hijos: en el 45% es el primero, y en el 55% el segundo o más.
- Edad de la madre: entre 18 y 45 años (media: 33 años).
- Asistencia a Promoción de Lactancia en grupos: 64% sí y 36% no.

El 80% de estos niños han iniciado lactancia materna al nacimiento, manteniéndola al menos hasta los 6 meses el 47%.

Resultados: No encontramos diferencias significativas en cuanto a duración de la lactancia (con el máximo en 6 meses) según el tipo de maternidad donde nacen ($p=0,36$), según el número de hijos ($p=0,08$) ni según el trabajo materno ($p=0,29$). Tampoco encontramos relación con la edad de la madre (coeficiente de correlación: 0,004). En cuanto al tipo de parto la diferencia sí que es significativa: vaginal $4,02 \pm 2,44$ meses vs cesárea $3,21 \pm 2,58$ meses; $p < 0,001$. La mayor diferencia se observa entre aquellos cuyas madres acudieron a Promoción de Lactancia (Grupo 1) y aquellos que no (Grupo 2):

	Tiempo (meses) de lactancia exclusiva	Tiempo de lactancia materna total (máximo 6 meses)
Grupo 1	$3,64 \pm 2,38$	$4,41 \pm 2,22$
Grupo 2	$2,08 \pm 2,44$	$2,64 \pm 2,60$
P	$< 0,0001$	$< 0,01 \times 10^{-16}$

Conclusión: De los factores estudiados la asistencia a Promoción de Lactancia en grupos es el que influye de forma más significativa sobre la duración de la lactancia materna en nuestro grupo de población. También concluimos que este tipo de Educación sanitaria está siendo realmente eficaz en nuestro Centro.

P016. ¿CONDICIONARÁ MI ALIMENTACIÓN NO SER EL PRIMERO? Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, Mª Jesús; Díaz Ortiz, Mª Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.

Antecedentes: Partiendo del supuesto que los aciertos o errores cometidos con el primer hijo condicionarán las actuaciones a realizar con los posteriores. Queremos estudiar como influye la alimentación recibida por el primer hijo a los hijos posteriores

- Objetivos:**
- Conocer el tipo de lactancia realizada en hijos posteriores tras el éxito o fracaso de lactancia materna en el primero
 - Valorar la influencia del fracaso o éxito de lactancia materna en el primer hijo en los habidos posteriormente

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Niños nacidos durante el año 2005 con hermanos mayores. Criterios de exclusión: Niños nacidos durante el año 2005 que sean hijos únicos. Período de análisis: Enero – Diciembre 2005

- Procedimiento:
- Búsqueda activa de niños nacidos en el transcurso del año 2005
 - Conocer el lugar que ocupa en relación a sus hermanos
 - Conocer el tipo de lactancia recibida por su / s hermano / s mayores
 - Conocer el tipo de lactancia recibida por el bebé de estudio

Resultados y Conclusiones: Cuando la lactancia materna ha fracasado en el primer hijo, un 56% ya no lo intentan en hijos posteriores, y fracasará en un 78% en los hijos posteriores

De las mujeres que dieron lactancia artificial en el primero un 11% dan lactancia materna a los posteriores

P017. NO DARÉ LACTANCIA MATERNA. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes. Ante la negativa inicial de lactar al bebé por parte de la madre primípara. Queremos conocer las causas que llevan a esa decisión para así poder incidir sobre ellas y lograr así un aumento de lactancia materna en mujeres no convencidas de esta alternativa.

Objetivo:

- Conocer las causas de la negativa a dar lactancia materna

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Mujeres gestantes pertenecientes al cupo de estudio que dieron lactancia materna; Mujeres gestantes pertenecientes al cupo de estudio que dieron lactancia materna.

Criterios de exclusión: Mujeres no pertenecientes al cupo de estudio; Mujeres pertenecientes al cupo de estudio que dieron lactancia materna.

Período de estudio: Mayo – Octubre 2005.

Procedimiento:

- Búsqueda activa de mujeres gestantes pertenecientes al cupo de estudio.
- Conocer el tipo de alimentación que realizaron a sus bebés y su primera intención.

Resultados y conclusiones: Las causas principales para la negativa a dar lactancia materna son deformación del pecho y aumento de peso.

Un 73% mantuvieron su opinión y un 27% cambiaron de idea y dieron lactancia materna. De éstas, en un 15% la lactancia materna fracasó

P018. LA INFLUENCIA DE LOS ORÍGENES. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes: Hemos observado que la población inmigrante atendida en nuestro centro lacta más tiempo que la población autóctona. Por ello queremos estudiar la duración de la lactancia en esta población así como las causas que le llevan a su mantenimiento prolongado

Objetivo:

- Estudiar la prevalencia de lactancia materna en la población inmigrante de nuestro cupo
- Conocer las causas por las que se lleva a cabo la lactancia materna en la población inmigrante asignada a nuestro cupo
- Conocer la duración de la lactancia en mujeres inmigrantes

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Mujeres inmigrantes del cupo de estudio que dieron lactancia materna durante el año 2005. Criterios de exclusión: Mujeres no inmigrantes pertenecientes al cupo de estudio; Mujeres inmigrantes no pertenecientes al cupo de estudio; Mujeres inmigrantes del cupo de estudio que dieron lactancia artificial durante el año de estudio.

Período de estudio: Enero – Diciembre 2005

Procedimiento:

- Búsqueda activa de mujeres inmigrantes pertenecientes al cupo de estudio
- Conocer el tipo de alimentación que realizaron a sus bebés
- Conocer la prevalencia de lactancia materna de las mujeres de estudio
- Estudiar las causas que promocionaron dicha alimentación

Resultados y Conclusiones: Entre las causas que promueven la lactancia materna en las mujeres inmigrantes encontramos motivos culturales, psicológicos y económicos.

El 93,5% de las mujeres inmigrantes mantuvieron la lactancia materna entre 12 y 18 meses.

El 2,5% la mantuvieron entre 4 y 6 meses.

Se observa una diferencia entre mujeres inmigrantes con su pareja y en convivencia con su madre también inmigrante

P019. LAS PRIMÍPARAS Y SUS CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes. Queremos conocer los conocimientos que tienen las mujeres lactantes al ser dadas de alta al domicilio sobre cual debía de ser su alimentación para incidir en errores y modificar hábitos en caso necesario

Objetivo:

- Valorar los conocimientos sobre alimentación en madres lactantes

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Mujeres lactantes durante los primeros 15 días. Criterios de exclusión: Mujeres que no dan lactancia materna.

Período de estudio: Marzo – Mayo 2000.

Procedimiento:

- Realización de cuestionario para valorar conocimientos sobre alimentación en mujeres lactantes introducidas en el programa prealt

Resultados y Conclusiones: El desconocimiento de alimentos permitidos y desaconsejados se da en un 92% de las mujeres encuestadas

En relación a las raciones de principios inmediatos a ingerir durante este período el desconocimiento es de un 83% sobre todo en lípidos e hidratos de carbono.

El desconocimiento a cerca de los líquidos a ingerir se da en un 81%

P020. ¿LO DEJARÉ AHORA QUE LO CONOZCO? *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes. Muchas mujeres abandonan el hábito tabáquico durante el embarazo, pero no todas. Queremos estudiar cuantas lo abandonan durante el periodo de lactancia materna.

Objetivo:

- Conocer el abandono del hábito tabáquico durante la lactancia materna

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Mujeres fumadoras pertenecientes al cupo de estudio que dieron lactancia materna.

Criterios de exclusión: Mujeres fumadoras no pertenecientes al cupo de estudio; Mujeres no fumadoras; Mujeres fumadoras pertenecientes al cupo de estudio que dieron lactancia artificial.

Período de estudio: Enero - Junio 2005

Procedimiento:

- Búsqueda activa de mujeres fumadoras pertenecientes al cupo de estudio
- Búsqueda activa de mujeres que alimentaron a sus bebés con lactancia materna
- Conocer el abandono del hábito durante la lactancia

Resultados y Conclusiones: El periodo de lactancia materna es un momento en que se produce abandono del hábito tabáquico.

Del 27% de fumadoras de menos de 5 cigarrillos/ día en el embarazo, durante el periodo de lactancia cesó el hábito tabáquico.

De las fumadoras de entre 5 y 10 cigarrillos / día (19%) disminuyeron el consumo a 3 - 4 cigarrillos un 19%.

Las fumadoras de más de 10 cigarrillos, un 7% continuaron fumando la misma cantidad.

P021. QUÉ CONOCEN LAS GESTANTES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. *Fernández Cuesta, Ana Isabel; Márquez Vidal, Alicia; Guillen Mesalles, Mònica; Camí Capell, Magda; Porté Llotge, Mercè; Leon Ortega, César. Centro de Atención Primaria de Ponts (Lleida).*

Antecedentes: La lactancia materna (LM) es fruto de una decisión en la que influyen múltiples factores. Conocerlos, puede ayudar al profesional en el enfoque de las sesiones educativas como el Programa de Educación Maternal (PEM) y en el abordaje en consulta de la información a las madres que desean amamantar.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de gestantes que piensan dar LM y el periodo de tiempo que desean amamantar
- Conocer el grado de autoconfianza que tienen para lactar y en quién fijan la referencia para la LM
- Valorar conocimientos previos sobre LM.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo, realizado en un centro de salud rural de atención primaria. La muestra se confeccionó con todas las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta de la matrona durante 2005 (n= 50). Para el método, se elaboró una encuesta que las madres rellenaron durante la visita del 2º trimestre, antes de iniciar el PEM y se utilizaron los programas informáticos SIAP y eCAP además de la historia clínica.

Resultados: El 86% de las gestantes piensa ofrecer LM, el 6% no lo desea y el 8% no lo sabe. El 60% desea amamantar más allá del permiso maternal, el 28% sólo los tres primeros meses y el 12% sólo el primer mes.

El 62% tiene plena confianza en ellas mismas para poder lactar y el 38% cree que necesitará ayuda de los profesionales. El 70% cree que el profesional de referencia para ayudarlas con la LM es la matrona, el 20% cree que es la enfermera pediátrica y el 10% piensa que es el pediatra.

El 62% sabe que la LM es a demanda, el 46% sabe que no es necesario dar los dos pechos en cada toma, el 38% sabe que no hay que preparar los pezones durante el embarazo y el 50% sabe que puede amamantar desde el momento del parto.

Conclusiones: Debe potenciarse la continuidad de la LM más allá del permiso maternal, haciendo énfasis en las clases del PEM, especialmente informando de los permisos de que disponen y las alternativas para la extracción de leche.

Debe promocionarse la autoconfianza y autoestima para que la mayoría de las mujeres se vean capaces de amamantar con éxito.

Debe promoverse la interrelación entre la matrona y el equipo de pediatría para mejorar el seguimiento de la LM.

En el PEM y en consulta, debe fomentarse la educación para la LM, informando y atendiendo adecuadamente a todas las madres que desean una lactancia exitosa y duradera.

P022. LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL. *Fernández Cuesta, Ana Isabel; Márquez Vidal, Alicia; Guillen Mesalles, Mònica; Camí Capell, Magda; Porté Llotge, Mercè; Leon Ortega, César.* Centro de salud de Ponts (Lleida).

Antecedentes: La población extranjera que reside legalmente en Cataluña se ha triplicado en los últimos 6 años, representando en 2005 el 10% de la población. Debido al desconocimiento sobre la incidencia de la LM entre la población inmigrante y la autóctona, surge la necesidad de conocerla y saber los aspectos relacionados con esta población.

Objetivos:

- Conocer la proporción de población femenina inmigrante y autóctona en edad fértil.
- Determinar y comparar las tasas de fertilidad entre población inmigrante y autóctona
- Conocer y comparar las incidencias de LM en el hospital y a los 3 meses.
- Conocer la incidencia de LM entre las inmigrantes según la zona de origen.

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizado en un Área Básica de Salud (ABS) rural, cuya población era en 2005 de 4132 habitantes, distribuidos en 12 núcleos poblacionales.

Muestra: mujeres en edad fértil inmigrantes y autóctonas que han acudido a la consulta de la matrona durante 2005

Fuentes de información: padrón de los 7 municipios inscritos en el ABS, historia clínica y los programas informáticos SIAP y eCAP.

Método de análisis: elaboración de una hoja de registro, cuyas variables son edad, zona de origen, tipo de lactancia iniciada en el hospital y a los 3 meses.

Resultados: De las mujeres en edad fértil, el 11% son inmigrantes y el 89% autóctonas.

La tasa de fertilidad en inmigrantes es del 75‰ mientras que en las autóctonas es del 34‰.

El 90% de las inmigrantes inicia LM en el hospital, mientras que entre las autóctonas la inician un 80%.

A los tres meses, el 80% de las inmigrantes que iniciaron la LM siguen lactando exclusivamente y entre las autóctonas sólo el 54% lo hacen.

Por zonas de origen, la mayor proporción que iniciaron LM son las procedentes del Magreb (96%), seguidas por sudamericanas (90%) y las que provienen de Europa del Este (86%).

Conclusiones: Aunque la proporción de mujeres en edad fértil es 8 veces superior entre las autóctonas, la tasa de fertilidad entre las inmigrantes es más del doble.

Debe fomentarse la LM entre la población autóctona a través de las clases de educación maternal y en la consulta. Entre las inmigrantes, creemos que los resultados son bastante aceptables, especialmente en cuanto a la duración.

Debe promocionarse la consulta puerperal, pues la matrona asume un control casi exclusivo del postparto, momento crucial para una LM exitosa y duradera.

Hay que potenciar estrategias encaminadas a reforzar la LM más allá de los tres primeros meses, como los grupos postparto u organizando encuentros grupales periódicos.

P023. CASO CLÍNICO: LOGRAR AMAMANTAR A PESAR DE LAS DIFICULTADES. *Fernández Cuesta, Annabel; Márquez Vidal, Alicia; Guillen Mesalles, Mònica; Camí Capell, Magda; Porté Llotge, Mercè; Leon Ortega, César.* Centro de Atención Primaria de Ponts (Lleida).

Antecedentes: Mujer de 32 años, primigesta, sin antecedentes médicos de interés, con buena relación de pareja y soporte familiar.

Antecedentes familiares: madre viva y sana que lactó a la paciente y a sus 3 hermanos durante más de 12 meses a cada uno.

Evolución del embarazo: satisfactoria. Deseo ferviente y expreso de amamantar a su hija, cree que “querer es poder” y que nada puede impedirselo.

Gestación controlada en la sanidad pública por ginecólogo y matrona; acude a la Educación Maternal.

Parto: a término, iniciándose con rotura de membranas, inducción y concluyendo mediante cesárea por fiebre materna y distocia de dilatación.

Postparto hospitalario: lo recuerda con mucho dolor (es alérgica a los AINES, las primeras 12 horas se le administra paracetamol y posteriormente derivados mórficos).

Caso clínico: Inicia la LM a las 4 horas de la intervención con dificultad de movilidad aunque cree que la niña se coge bien. El resto del primer día, debido al dolor y al cansancio, apenas se la vuelve a colocar.

La subida de la leche se produce al tercer día; además de la succión del bebé, se saca leche con extractor eléctrico porque quiere tener mucha cantidad. La niña toma la leche extraída con biberón, y, es su pareja quien se encarga de hacerlo. Los días posteriores nota molestias durante la mamada y las tomas duran una hora, cree que es normal, según ella “la niña no llora de hambre”.

A los 15 días acude a la comadrona para que observe dos lesiones en forma de semiluna en cada pezón, confirmándose las grietas. Refiere dolor cada vez más intenso durante las tomas y aparecen signos de ansiedad (presión en el tórax y sensación de ahogo), especialmente por la noche, pues el mero hecho de pensar en la toma le crea pavor. La matrona le informa sobre la corrección de la postura al mamar.

La madre sigue intentándolo, se pone cremas, prueba las pezoneras pero sigue con gran dolor al lactar. La familia y su pareja intentan convencerla para que desista, “¿qué intentas demostrar?” “Nada, sólo quiero amamantar a mi hija”.

El día 2º postparto sufre una mastitis y decide abandonar. Sin asesoramiento profesional, recurre a medidas físicas (enfamamiento, restricción de líquidos y no vacía las mamas). Sufre una crisis de ansiedad e inicia lactancia artificial

Pasados cuatro días del episodio experimenta una mejora clínica y acude a su matrona de nuevo. Quiere reinstaurar la LM. Teme la reacción de su familia y de su pareja, “después de lo que hemos pasado, creerán que estoy loca”. La matrona le anima a intentarlo. Se estimuló con extractor eléctrico durante un mes, pasando de extraer 10cc a 150cc en 4 semanas. La niña tomaba su leche en biberón. Las grietas remitieron en un mes, volvió a ponerse la niña al pecho y se cogió perfectamente, rechazando desde ese día cualquier tetina. La niña fue amamantada durante 9 meses.

Conclusiones: Es importante el seguimiento durante el puerperio por la matrona, pues su apoyo tiene una repercusión importante en la salud de las mujeres, especialmente en la incidencia y duración de la LM.

P024. FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS QUE PRECISAN FOTOTERAPIA. *Gomariz Rego, Natalia; Añon Montes, Sandra; Martínez Romero, Dolores; Iglesias Meleiros, José María; Bello Jamarido, Ana; García Freijeiro, Yolanda. Fundación Pública Hospital del Salmés - Villagarcía de Arosa.*

Introducción: Las rutinas hospitalarias en el manejo del neonato con ictericia suprafisiológica obstaculizan el mantenimiento y prolongación de la Lactancia Materna (LM)

La incidencia de ictericia es más elevada y se prolonga durante más tiempo en Recién Nacidos(RN) amamantados. Siguiendo las recomendaciones de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría se protocoliza la atención al RN con ictericia que precisa fototerapia favoreciendo lo máximo posible la LM:

- Se mantiene el alojamiento conjunto de la madre y el RN
- Se le proporciona a la madre una cama y dieta
- Se informa y explica a la familia los cuidados del lactante con fototerapia
- Control de constantes vitales por la enfermera cada 4h, especialmente la temperatura.

Objetivos:

- Conocer las características de los RN ingresados con ictericia
- Evaluar la eficacia e inocuidad del protocolo establecido

Material y métodos:

- Revisión retrospectiva de las historias de los RN ingresados por ictericia en los dos últimos años (N=44)
- Recogida de datos: Edad gestacional, peso al nacer, presencia de factores de riesgo de ictericia, tipo de alimentación al ingreso y al alta, niveles de bilirrubina al inicio de la fototerapia, a las 24h, 48 h y al alta y complicaciones relacionadas con el tratamiento.
- Análisis estadístico de todos los datos con el programa informático SPSS

Resultados:

- Al ingreso la alimentación era de un 84,1% de LM y un 15,9% de artificial
- De los 44 RN solo 5 presentaban factores de riesgo: policitemia(1), cefalohematoma (2), incompatibilidad sanguínea(2)
- El tratamiento se realizó en alojamiento conjunto con lámpara de única azul de 460 nm
- Complicaciones: Un caso de deshidratación
- La tasa de abandono de LM fue del 5%
- No hay diferencias significativas en cuanto a la pérdida de peso
- MANTENER LA LM DURANTE EL TRATAMIENTO Y FAVORECERLA NO SUPONE UN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES, HACE QUE DISMINUYA EL ÍNDICE DE ABANDONO DE LA LM Y AUMENTA EL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR.

P025. DURACIÓN DE LA LACTANCIA EN RELACIÓN A LOS HERMANOS. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes: Estudiar la posible relación entre la duración de la lactancia y no ser el primero y si influye éste motivo en el abandono de la lactancia materna

Objetivo:

- Conocer la duración de lactancia materna del primer hijo
- Conocer la duración de lactancia de los demás hijos

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos de inclusión: Mujeres que dieron lactancia materna a todos sus hijos.

Criterios de exclusión: Mujeres que dieron lactancia materna a todos sus hijos no pertenecientes al cupo de estudio; Mujeres que dieron lactancia artificial; Mujeres con un solo hijo.

Período de estudio: Enero – Junio 2005.

Procedimiento:

- Búsqueda activa de mujeres que dieron lactancia materna a sus hijos
- Conocer la duración de la lactancia materna en todos sus hijos

Resultados y Conclusiones: Cuando se tiene dos hijos y la diferencia de edad es de 0 a 2,5 años hay una media de diferencia de duración de lactancia del segundo al primero de 7 meses. Si la diferencia de edad es superior a los 2,5 años la media de diferencia es de 9 meses.

Cuando el número de hijos es superior a 2 y la diferencia entre ellos es entre 0 y 2,5 años la media de diferencia de duración es de 8 meses y si la diferencia de edad es mayor de 2,5 años la media de diferencia será de 6 meses .

P026. LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DESPUÉS DE UNA CESÁREA:¿UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS? *García Betancort, Gotelinda; Garzón Gómez, Mónica; Parejo Lara, Francisca; Cabrera Pacheco, María Jesús; Martín Martín, Desiré; Aparicio Sanchez, José Luis; Vaca Arellano, Marco; Orts Martínez, Esther; Khalaf Khalaf, Adnan; Henríquez Esquiroz, José María. Hospital General de Lanzarote. Servicio de Pediatría.*

Antecedentes y objetivos: El tipo de parto está relacionado con el tipo de lactancia;en estudios americanos y europeos se detecta un aumento de la incidencia de lactancia artificial en los nacidos mediante cesárea y se ha reconocido como un importante factor de riesgo para la no consecución de la lactancia materna exclusiva.

Material y métodos Como parte de un estudio piloto para conocer las variables de interés para un estudio inferencial y de planes de actuación realizamos una encuesta a las madres a las que se practicó una cesárea con 2 partes, la primera completada por el personal sanitario sobre datos del recién nacido y otra a la madre sobre número de hijos previos y amamantados 6 meses,nacionalidad,conocimientos sobre lactancia y de que fuentes,durante el periodo de Mayo y Junio de 2006.

Posteriormente se realiza encuesta telefónica a los nacidos en Mayo sobre el seguimiento de la lactancia exclusiva a los 2 meses del inicio.

Resultados. Se recogen al ingreso materno un total de 78 encuestas de partos mediante cesárea de las cuales el 55% corresponden al mes de Mayo y el 45% al mes de Junio;siendo el total de partos en esos 2 meses de 240.

60% son Españolas y el 40% provienen de otras nacionalidades siendo la segunda nacionalidad mas frecuente la Colombiana con un 7% del total.La media de la edad gestacional es de 39 semanas con un rango entre 29-42 semanas.la edad media materna fue de 30 años.

El porcentaje de madres primiparas fue del 58% con una intención de lactancia del 73% a los dos meses las primiparas que mantenían lactancia materna exclusiva fue del 19% frente al 53% de las que ya tenían mas hijos.

El 17% del total referían no poseer conocimientos de ninguna fuente sobre lactancia materna y ninguna de ellas había asistido a cursos de preparación al parto, en este grupo había intención de lactancia en la primera encuesta del 7% y a los dos meses ninguna seguía con lactancia exclusiva.

El 42% de los recién nacidos por cesárea presentaron patología, en este grupo la intención de lactancia fue del 80% manteniéndose a los 2 meses en el 20% de los casos.

De los recién nacidos mediante cesáreas sin patología la intención de lactancia fue del 62% y el mantenimiento de la misma a los 2 meses fue del 32%.El 11% de las gestaciones fueron múltiples siendo la intención de lactancia en el 7% de los casos.

Las causas mas frecuentes a los 2 meses de dificultad de lactar fue la mastitis en el 6% y “hambre del recién nacido” en el 16%.

Conclusiones: Es importante la información sobre lactancia materna al inicio de la gestación principalmente en madres primiparas,influyendo sobre todo en madres españolas no así en madres extranjeras. Mas que la cesárea;influye la patología del recién nacido en el mantenimiento de la lactancia sobre todo proceder de gestación múltiple o ser pretérmino es un factor de riesgo.

Ser madre secundípara pese a nacer por cesárea mejora la probabilidad de amamantar exclusivamente después de una cesárea.

PO27. ¿HAY DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO O EN LA FRECUENCIA DE INGRESO, SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA, EN LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ACUDEN A URGENCIAS DEL HOSPITAL. *Temboury Molina, Carmen; Flores Anton, Beatriz; Tomico, Margarita; Muñoz Labian, Carmen; Román Riechman, Enriqueta.* Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

Antecedentes: Existen múltiples evidencias científicas de que la lactancia materna protege al niño de las enfermedades infecciosas. Los niños amamantados frecuentan menos los servicios de urgencias hospitalarias e ingresan menos que los alimentados con leche artificial.

Nuestro hospital esta situado en una población del extrarradio industrial de una gran cuidada, la mayoría de los pacientes son de clase media baja y hay un alto porcentaje de inmigrantes.

Objetivos:

- Ver si hay diferencias entre los diagnósticos de los niños que acuden al servicio de urgencias de un hospital en el primer año de vida, según estén alimentados con lactancia materna completa (LMC), lactancia materna parcial (LMP) y lactancia artificial (LA) (según la OMS), desde 6-2005 al 6-2006.

- Comparar nuestro porcentaje de ingreso hospitalario en relación al tipo de lactancia, con el obtenido en el mismo periodo, en el total de niños asignados a un centro de salud de la misma área.

- Conocer la prevalencia de lactancia materna en el área.

Métodos:

- Nuestro hospital está informatizado y se recogen sistemáticamente en urgencias: el tipo de lactancia, historia, exploración, diagnostico y destino de cada niño. Se analizaron solo los datos de los 2277 niños menores de 1 año en los que el tipo de lactancia estaba recogido.

- Se recogieron simultáneamente datos de prevalencia de lactancia y de ingreso hospitalario, en la totalidad de niños menores de 1 año de un centro de salud de nuestra área, para comparar lo observado por nosotros con lo observado en la población general.

Resultados:

1) **Hospital:** características de los niños estudiados: Sexo: (n=2258), 48.9% mujer, 51.1 varón, (sin datos 19), Destino (n= 883): 92.3% alta a domicilio, 7.7% ingreso. (sin datos 1394). Tipo lactancia (n=2277): LMC 33.3%, LMP 21.0%, LA 45.7%. (En < 3m (n=1140): LMC 57.1%, LMP 17.3%, LA 25.6%).

	N	Min	Max	Media	DS
Peso:	1.876	2000	13.400	5.793	1.956
Temperatura:	1.574	35,0	39,5	36,8	0,73
Edad (días):	2.276	1	356	110,74	88,56

No se observaron diferencias en <3 m entre: la fiebre, alergias e ingresos, en relación al tipo de lactancia. Sin embargo el grupo <3m con LMC acudían a urgencias en menor % por GEA e Infección resp inferior (IRI) y con mayo r% por cólicos o sin patología, que el grupo LA (p<0.03).

2) **Atención primaria:** ingresaron 19 niños < 1 año (5 LM 26% y 14 LA 73%) de 346 del total EAP.

- % LMC a los 7 d: 77%, a los 21 d: 63%, a los 2 m: 48%, a los 4 m: 33%, 6 m 18%, 10 m 0%

- % LMP a los 7 d: 11%, 21 d: 19%, a los 2 m: 21%, a los 4 m: 18%, 6 m 19%, 10 m 20%

Conclusiones: Los menores de 3m con LMC que acuden a urgencias tienen menos IRI y GEA y mas patología banal que los alimentados con LA. Con datos del EAP ingresan más el grupo LA.

No se puede extrapolar el% de ingresos de los que acuden a urgencias a población general.

PO28. ESTUDIO PRELIMINAR PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD. *Benito Herreros, Ana M; Marrero Pereira, Beatriz; Soría Delgado, Sonia; López Mora, Enrique; Blanco Pasamontes, Mª Luisa; Hernández González, Milagros; Parrilla Suarez, Irene; Rufino, Trinidad; Díaz Cuevas, Zaida.* Centro de salud de Taco- La Laguna. Unidad Docente de Medicina familiar y Comunitaria. Hosp.Univ. Nta. Sra. de la Candelaria.

Objetivos. Conocer la situación actual de la lactancia materna (LM) en nuestro medio, para elaborar propuestas que mejoren su iniciación y mantenimiento.

Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo transversal.

Material y métodos: Encuesta Lacmat 3.3. Se añadieron cinco preguntas: madre extranjera (ME), asistencia a educación maternal (EM), haber succionado en el paritorio (SP), LM en el hospital(LMH) y/o haber tomado sucedáneo de leche materna(SLMH). En los mayores de un año, se registró la duración de la LM, considerando 0 meses el abandono antes de los 15 días. Se consideró LM tanto la exclusiva, predominante y/o parcial. Universo: menores de dos años de un centro de salud. La selección dependió de las posibilidades de tiempo del personal sanitario, en consulta programada o demanda, entre febrero y mayo 2006. Se obtuvo una muestra de 195 encuestas de 555 niños posibles (35.1%) y de 108 para mayores de 1año.Se analizó el total de la muestra y por intervalos de edad, 2-4-6 meses y mayores de 12 meses. Duración: se obtuvo el histograma de frecuencias, la media, desviación típica y mediana. Mediante regresión logística, se analizó la relación entre la duración y las variables ME, EM, SP, y SLMH, para toda la muestra y en los intervalos de edad anteriormente citados. Todos los niños estaban en el programa de Salud Infantil.

Resultados: Distribución de la muestra: sexo: varones: 39,5%, mujeres: 60,5%; madre extranjera (ME): 9,2%; Sólo un 26,2%, había acudido a EM; SP: 57,9%; LMH: 84,1%; SLMH: 58,5%; NS:3,6%.

RESULTADOS ENCUESTA LAC. MAT. 3.3

Edad	< de 2 ms	De 2 a 4 ms	De 4 a 6 ms	De 6 a 12 ms	> de 12 ms
L. Materna	83.3%	47.4%	22.2%	23.8%	9.2%
Otra Leche	58.3%	73.7%	100%	90%	97.2%
Otro Liquido	25%	15.8%	22.2%	90.5%	99.1%
Otro Alimento	0%	0%	66.7%	92.5%	100%

Duración: media: 3,4 ms (DS: 3,8),mediana: 2ms. Un 25% la abandonó antes de 15 días, 39.3% antes del mes. El 47% la mantuvo hasta 2 ms, 39,7% 4 ms, 20,5% 6 y 7,7% 12 ms o más. El análisis de Regresión Logística, con la duración de la LM como variable dependiente, p<0,05, dio como resultado: duración de 2 ms: las variables que entran en la ecuación son EM, SP, LMH y de forma inversa SLMH.; 4 ms: EM y SMLH de forma inversa. 6 ms sólo entró de forma negativa la SLMH.

Conclusiones: La promoción de la LM puede mejorar en todas sus fases: prenatal, neonatal y postneonatal. La relación más significativa en nuestro estudio, se da con haber acudido a EM. Dado que sólo un 26% acudió a la misma, el esfuerzo debería dirigirse a aumentar esta proporción. Con respecto a la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, nuestras cifras son inferiores a los 2 y 4 meses, siendo similares las cifras de LM en el hospital y a los 6 meses, por lo que deberían implementar estrategias en la resolución de los problemas que ocurren entre el nacimiento y los dos meses de vida y reforzar más allá de los 4 meses. Dado que existe una relación negativa entre tomar sucedáneo de LM en el periodo neonatal, se debería intentar sensibilizar al personal de nidos y pedir a nuestros gestores que faciliten aquellos cambios estructurales que permitan el contacto continuado entre las madres y neonatos. Dada la fragmentación en la atención, sería conveniente la elaboración de un subprograma de promoción, con su propio código, que nos vinculara a todos.

PO29. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO, ATENCIÓN AL PARTO Y PERIODO NEONATAL EN UN HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS Y SU INFLUENCIA EN EL TIPO DE LACTANCIA OBSERVADO AL ALTA. *Temboury Molina, Carmen; Flores Antón, Beatriz; García LLepes, Eva; Sanchez Torres, Elisa; Martín Herruzo, Susana; Muñoz Labian, Carmen; Roman Riechman, Enriqueta.*

Antecedentes: Las rutinas obstétricas de los Hospitales Amigos de los Niños, ayudan a las madres que desean amamantar a sus hijos a lograrlo de manera eficaz, respetando también la decisión de las que deciden dar lactancia artificial. Algunas enfermedades del embarazo o características del

parto o del recién nacido, dificultan la lactancia natural, independientemente de la atención médica recibida, mientras que otras están relacionadas con la calidad de la atención sanitaria.

Objetivos:

- Demostrar que el deseo de amamantar durante el embarazo y posparto inmediato, se asocian a mayor% de lactancia materna completa al alta. Demostrar que la ayuda por parte del personal en la primera puesta al pecho, se asocia a mejores porcentajes de lactancia materna exclusiva (LMC) al alta, menores de parcial (LMP) y que se respeta la decisión de lactancia artificial (LA).

- Identificar que características de la madre, del curso del embarazo, del tipo de parto o del recién nacido, dificultan la lactancia materna en un Hospital Amigo de los Niños.

Métodos: En el último año se puso en marcha en nuestro hospital un protocolo de LM, un plan de formación

y muchas otras medidas, con las que se consiguió el galardón de la IHAN. Se recogieron los datos del embarazo, parto y atención neonatal en los siguientes 6 meses (de septiembre del 2005 a mayo del 2006): total 1456 mujeres. El hospital está informatizado y los datos se recogen por sistema.

Resultados: El 84% de las madres salió de alta con LMC, 8% de LMP y 8% de LA (n= 1456).

1: Calidad de la atención: desean dar el pecho el 36.6% de las embarazadas, el 62.6% no sabe y 1.2% no quiere (n =342). Durante el parto deseaban iniciar la lactancia el 90.3% de las mujeres, (n =815). Tanto el deseo de amamantar en el embarazo, como en el parto se asociaban a LMC al alta de la maternidad (p< 0.03). El 82.8% de las madres recibió ayuda del personal en la primera puesta al pecho (n =815) y esto se asoció a mayor porcentaje de LMC al alta y menor de LMP (p < 0.03).

En el grupo de madres que deseaban dar LA, no se efectuó ninguna intervención.

2: Características de las madres: Edad media 30.6 años, DS 4.9 (15-46), IMC previo: media 24.4, DS 8.6 (15-47). El 53.7% de las madres eran primíparas, el 37.2% tenía un hijo previo y el 2.7% 2 o mas hijos. El 72% de las madres no fuman en la gestación, El 92.6% no tiene patología en el embarazo. El 92.5% de los RN no precisó reanimación o fue superficial, el 93.8% de los RN tuvieron un Apgar 1m de 7-10. El 88% de los RN pesan entre 2500-4000g, 6.7% menor de 2500

Se asociaron de manera significativa a mayor porcentaje de LMC al alta: peso normal del RN, no ingresar, parto normal, Apgar al 1º minuto de 7-10, no necesitar reanimación tipo III-V. (p<0.03).

Sin embargo no se asociaron a mayor porcentaje de LMC: la edad de la madre, ni el nº de hijos previos, ni el IMC preembarazo, ni las enfermedades padecidas en la gestación, ni el tabaco. Tampoco tenía influencia el sexo del RN.

Conclusiones: la mejoría en el apoyo a la lactancia, mejora el% de LMC al alta.

Algunas de las característica de las madres o neonatos que dificultan la LM, pueden ser diferentes en los Hospitales Amigos de los Niños, cuando se comparan con los convencionales.

P030. EL BANCO DE LECHE DE LAS ILLES BALEARS: GUIA DE PROCEDIMIENTO. Gayá Puig, Antoni; Verd, Sergio; Arbós Magrinya, Aina; Calvo Benito, Javier. Banco de Tejidos. Fundacio Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears. Asociación Pro-Nins

Un Banco de Leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche materna a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispensarla, con todas las garantías sanitarias, a los pacientes que precisan de este producto biológico. Nuestra institución cuenta con un Banco de Leche Materna que viene desempeñando sus actividades desde hace ya varios años, a lo largo de los cuales ha recogido más de 300 litros de leche procedentes de 88 donantes.

En esta comunicación presentamos la Guía de Procedimientos que hemos establecido para el funcionamiento de nuestro Banco de Leche y en la que distinguimos los siguientes apartados:

1.- Selección de donantes. Son candidatas a donante las mujeres que estén lactando durante los primeros seis meses de vida de su hijo, que estén dispuestas a la expresión de su leche y que gocen de buena salud. Es decir,

deben ser personas no incluidas en grupos de riesgo de ser portadoras de enfermedades transmisibles, no pueden estar en fase de enfermedad aguda, deben estar libres de hábitos tóxicos y no tienen que consumir medicamentos regularmente. Todo ello se verifica mediante una anamnesis estructurada y la firma de un consentimiento informado. Existe un listado de exclusiones provisionales y definitivas. Todas las donantes potenciales se someten a un estudio serológico para descartar la existencia de una infección por Hepatitis B, Hepatitis C, HIV y sífilis. La donante se compromete a comunicar al Banco de Leche los cambios en su estado de salud en lo que atañe a enfermedades infecciosas, toma de medicamentos o consumo de tóxicos.

2.- Recogida y transporte. La leche es recogida por la donante en su propio domicilio según las instrucciones suministradas, almacenándola en su congelador en los envases proporcionados por el Banco de Leche. Antes de 15 días de su obtención es transportada congelada por un mensajero al Banco de Leche donde se conserva a -80° C.

3.- Procesamiento de la leche materna. La leche es descongelada a 4° C y manipulada en cámara de flujo laminar. Se toman muestras para estudio microbiológico, descartándose aquellas que muestren la presencia de patógenos potenciales o de mas de 105 ufc/ml de flora saprofita. Se mezcla la leche procedente de diferentes madres para obtener un producto mas homogéneo, se distribuye en envases de 50, 100 ó 200 ml y se pasteuriza mediante incubación de 30, a 58° C-62° C con posterior enfriamiento brusco a 4° C. Se toma una muestra para estudio microbiológico y valoración nutricional. Los envases se conservan debidamente etiquetados a -80° C durante un máximo de 12 meses (3 meses a -20° C).

4.- Dispensación y administración. La dispensación se hace siempre bajo prescripción facultativa en la que deben constar los datos del receptor así como el diagnóstico o la indicación. En caso de no disponer de leche suficiente para hacer frente a las solicitudes recibidas, el Banco de Leche distribuye la leche disponible priorizando a los receptores en base a su necesidad y teniendo en cuenta el diagnóstico, la severidad de la enfermedad, la disponibilidad de tratamientos alternativos y la historia de uso previo de leche. Una vez descongelada, la leche debe conservarse a 4° C y administrarse en el plazo de máximo de 48 horas, 24 horas desde la abertura del envase,

5.- Registros del Banco de Leche. Toda la información relativa a las donantes, a las donaciones, a las unidades pasteurizadas y a los receptores se registra de tal manera que en todo momento existe una trazabilidad de todas las donaciones individuales administradas a cualquier paciente. Para ello se siguen procedimientos estándar para la donación de cualquier tejido humano. Asimismo, todos los datos se incluyen en un fichero que se atiene a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15 /1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

P031. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN LA UCI DE PREMATUROS DEL HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA. March Vilà, Gemma; García Martínez, Elisabeth; Balague Sanz, Marta; Alcaraz Sanz, Dolores; Castan Laborda, Neus; Puig Navinés, Judith; Rossell Tallada, Mariona; Collado Cabeza, Rosa; Caballe Borlan, Lidia; Acuña Fernández, Pilar. Hospital General de Cataluña.

Antecedentes: La UCI de neonatos del Hospital General de Cataluña ha puesto en marcha hace poco más de un año el protocolo de LM para prematuros ya que siempre ha considerado, como la literatura indica, que la lactancia materna es la mejor elección para alimentar a un RN prematuro.

Objetivo: Evaluar el protocolo de lactancia materna (LM) para prematuros en la UCI neonatal del Hospital General de Cataluña.

Material y métodos: Diseño del estudio:

- Transversal de cohortes ambispectivo
 - Muestreo de casos secuenciales
- Muestra: 150 RN prematuros: repartidos entre el pre y el post- Protocolo. Análisis estadístico: T-student y chi- cuadrado con programa estadístico SPSS 13.0

Criterios de Inclusión: Prematuros menores de 37 semanas de gestación ingresados en nuestra unidad, alimentados con L.Materna o L.Mixta.

Criterios de Exclusión: Prematuros alimentados primeramente con L.Materna y finalmente con L.Artificial por petición materna, prematuros que han sido trasladados a otros centros hospitalarios

Variables estudio: Sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, días a la succión directa al pecho, utilización de pezoneras, técnica empleada para la LM en hospital, método empleado para la LM en casa, duración de la lactancia materna al alta

Resultados:

Las muestras entre el pre y post-protocolo son comparables.

Se observa un aumento del 66% (pre-Protocolo) al 70% (Post-Protocolo) de RN alimentados con LM.

A pesar de la prematuridad, se observa una disminución en el inicio de la succión directa al pecho de 4,8 a 2,3 días, teniendo en cuenta sus patologías.

Se ha aumentado el número de tomas a las que asiste la madre en la unidad de prematuros.

Se ha disminuido la utilización de pezoneras de un 18,6% a un 14,3%.

Se ha aumentado de un 8,7% a un 38,8% la succión directa del pecho en estos RN en la UCI.

Se ha aumentado el 30% de RN que siguen con lactancia exclusiva en casa.

Se ha disminuido un 32% la LM en biberón en casa, pasando a ser lactancia exclusiva o mixta.

Conclusiones: Los resultados aquí expuestos se basan en los obtenidos hasta el día de hoy. En el momento del congreso podremos ofrecer unos resultados obtenidos con una mayor muestra.

P032. INSTAURACION DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ RELACIONADO CON LAS CARACTERISTICAS DEL TRABAJO DE PARTO. *Azuaga Salido, Sandra; Mesa Some, María Victoria; Orla, Ivonne Marry; Caballero Campillo, Diego; Mora Morillo, José María; Reina Muñoz, Gloria. Hospital Costa Del Sol De Marbella (Málaga).*

Antecedentes y Objetivos. La lactancia materna es un fenómeno bio-cultural, simbiosis de instinto y cultura.

Uno de los factores condicionantes de la lactancia materna, y que merece especial mención en este estudio, es el sistema de salud y la atención antes, durante y después del parto.

En nuestro estudio hemos querido conocer el porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna precoz, entendida como aquella que se inicia durante los 20 primeros minutos al nacimiento, así como su relación con la forma de inicio y de finalización del parto, la paridad y la utilización, si o no, de analgesia epidural.

Materiales y Métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo, recogiendo para ello una serie de datos, de forma prospectiva desde 1 Abril hasta 30 Junio de 2006, analizando 209 casos.

Los datos recogidos se efectuaron exclusivamente sobre madres y recién nacidos con partos vaginales. Los datos son los siguientes: recién nacidos que inician latancia materna entre 1 al 5 minutos de vida, los que la inician desde al minuto 10 al minuto 20 de vida extrauterina, número de madres que desean lactancia materna como metodo de alimentación, paridad, forma de inicio del parto, forma de finalización del parto y madres usuarias de analgesia epidural. En cuanto al recién nacido se recogió el Tests de apgar al minuto y a los 5 minutos de vida, de forma que participaron en el estudio recién nacidos que no necesitaban maniobras de reanimación neonatal mas que aspiracion y mantenimiento de la temperatura optima.

Resultados. Iniciaron lactancia materna durante los primeros 20 minutos al nacimiento el 54,05% de recién nacidos (16,26% en los primeros 10

minutos y el 37,79% en los primeros 20 minutos). Del total de madres, un 97,12% deseaban la lactancia materna como metodo de alimentacion.

Las madres que tuvieron partos espontaneos iniciaron lactancia materna precoz en un 68% de los casos frente a un 50% de las madres con partos inducidos.

En los partos que finalizaron espontaneamente un 81,86% de las madres iniciaron lactancia materna precoz respecto a un 92,30% en los partos intrumentales.

Las madres con epidural iniciaron lactancia materna de forma precoz en un 58,04% de los casos.

Conclusiones. Según muestran los datos la mayoría de madres desean alimentar a sus hijos con lactancia materna, aunque tan solo algo mas de la mitad la inician antes de los 20 minutos del nacimiento, sera necesario realizar posteriores estudios para saber cuanto tardan en iniciarla y / o cual es la causa por la que no inician. Hay una relacion directa entre paridad e inicio precoz de lactancia materna, de forma que hay mas multiparas que primiparas y secundiparas que inician la lactancia materna de forma precoz. Según revelan los datos el inicio del parto de forma espontanea es un factor favorecedor para la puesta en marcha precoz de la lactancia materna. Los datos indican que en los partos intrumentales hay mas madres que inician lactancia materna precoz frente a aquellas con finales espontaneos de parto. Aunque la diferencia es mínima, parece ser que las madres que se benefician del efecto analgesico de la epidural, establecen la lactancia materna precoz en un porcentaje mas alto que las que no la usan; concluyendo por tanto que el alivio del dolor motiva a la madre para iniciar dicha practica.

P033. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS DE ADHESIÓN A LA LACTANCIA MATERNA DE CADA UNO DE LOS PEDIATRAS DE UN CENTRO DE SALUD DE MADRID. *Tomico del Rio, Margarita; Portillo Boyero, Blanca Eva; Martín Sánchez, Eva; Martínez Mondéjar, Belén; Flores Antón, Beatriz. Centro de Salud de Humanes de Madrid. Área 9 de Madrid.*

Antecedentes y objetivos: El objetivo de este estudio es conocer la adhesión a la lactancia materna (LM) de cada uno de los 3 pediatras, 2 de turno de tarde (P1T y P2T), y uno de turno de mañana (P3M), de forma individualizada tras un programa de promoción de la LM que se realiza en nuestro centro de trabajo desde el año 2005.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes con recogida de datos prospectiva de los niños nacidos entre el 1 de Abril de 2005 y 30 de Junio de 2006, en las revisiones del niño sano (7 y 21 días, 2, 4, 6, 10 y 15 meses) acerca de LM completa (LMC), LM parcial (LMP), fórmula adaptada (FA), ingreso al nacimiento, edad de abandono de la LM y motivo del mismo. Se excluyeron los niños que llegaron al Centro de Salud a partir de los 2 meses de vida.

Resultados: El P1T tiene un cupo de niños de 942, el P2T de 945 niños y el P3M de 971, de los cuales 247 son menores de 3 años en el P1T, 227 en el P2T y 277 en el P3M. Se recogen datos de 110 niños del P1T, 62 niños del P2T y 174 niños del P3M con rango de edad de 0 a 14 meses en el P1T y P2T y de 0 a 15 en el P3M y una edad media de 8,4 ± 4,1 meses en el P1T, de 7,7 ± 4,0 en el P2T y 5,5 ± 4,3 en el P3M. En cuanto al tipo de alimentación recibida los datos en porcentajes son: Tabla I.

A los 4 meses de edad el porcentaje de LMC es significativamente mayor en el P1T con respecto al del P2T (p<0,05) y al del P3M (p<0,001). A los 6 meses aunque el porcentaje de LMC en el P1T es superior al del resto de pediatras, no se pudieron demostrar diferencias estadísticamente significa-

TABLA I

Alimentación	7 días			21 días			2 meses			4 meses			6 meses			10 meses		
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	T	T	M	T	T	M	T	T	M	T	T	M	T	T	M	T	T	M
LMC	75	89	73	68	77	55	57	53	39	46	27	23	26	14	11			
LMP	14	3	13	16	8	25	18	18	25	12	19	23	19	20	19	23	4	24
FA	11	8	14	17	15	21	25	30	36	42	54	54	56	66	70	77	96	76

tivas con el P2T, sí con respecto al P3M ($p < 0,05$). A los 10 meses el comportamiento en cuanto a LMP es homogéneo en el P1T y P3M, siendo significativamente superior al porcentaje de LMP obtenido por el P2T ($p < 0,01$). Abandonaron la LM 49 niños del P1T (49%), 38 niños del P2T (67%) y 56 niños del P3M (39%) con una edad media de abandono de 119 ± 77 días en el P1T, 108 ± 74 días en el P2T y 79 ± 66 días en el P3M. El estudio demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los 3 pediatras en relación con la edad media de abandono de la LM, siendo significativamente menor en el P3M con respecto al P2T ($p < 0,05$) y al P1T ($p < 0,01$). Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron dos programas: Epi Info versión 6.0 y RSGIMA.

Conclusiones:

1. El P1T actúa como consultor de LM en el Centro de Salud probablemente por ello tenga mejores resultados.
2. Este estudio nos ha permitido objetivar las cifras de LM de cada uno de los pediatras individualmente y cual es la pérdida de LM según avanzan las revisiones, de esta manera a partir de ahora podemos implementar medidas de mejora.
3. Sería necesaria la formación en LM de todos los profesionales del Centro de Salud para que todos apoyen y fomenten la LM de igual manera.

P034. LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN LOS ESCOLARES DE PRIMARIA DEL MUNICIPIO DE EL ROSARIO, TENERIFE. *Rodríguez Plasencia, M^a Candelaria; Curbelo Rodríguez, Madai; Delgado Ramos, Olga; García de la Santa Cruz, Nira; Devora Hernández, Joséfa del Pino; Rodríguez Aguiar, Camila; Brito Lorenzo, Bruna María; Ventura López, Elisa Isabel; Oliva Díaz, Raquel; Campóo Álvarez- Cruz, Milagros.* Galam-Tenerife. Asuntos Sociales del Ilustre Ayto. de El Rosario. Colegios M. El Rosario: CIP Machado, CIP Lomo Pelado, CP Matías Llabrés Verdún, CIP San Isidro.

Introducción. La adquisición de conocimientos es más rápida y eficaz durante la infancia. Conocer desde edades tempranas que la lactancia materna (LM) es fundamental para el recién nacido (RN), es esencial para la promoción de la LM y, por tanto, para la promoción de la salud desde la infancia.

Objetivos.

1. Conocer cómo conciben los niños de 6-12 años la alimentación del recién nacido mediante la expresión plástica.
2. Realizar intervención educativa adaptada a los escolares de 60 min. de duración, promocionando la LM en mamíferos.
3. Conocer cómo conciben la alimentación del bebé después de la intervención.
4. Valorar las diferencias existentes entre los datos obtenidos antes y después de la intervención y si hay diferencias entre sexos.

Método. El estudio se realiza en 4 Colegios de Tenerife. El tamaño muestral es de 97 escolares; $N = 97$. Inicialmente cada niño dispone de 20 min para dibujar cómo entiende la alimentación del RN. Posteriormente se realiza la intervención de 60 min de duración mediante power-point, reflejando la importancia de la LM para la alimentación, el desarrollo, el sistema inmune y el establecimiento de lazos afectivos entre bebé-familia. Nuevamente, tras la intervención, cada niño dispone de 20 min para dibujar lo que han aprendido. Se realiza un refuerzo positivo en pro de la LM mediante la entrega de pegatinas de mamíferos utilizados en la intervención. Recogida y análisis de datos mediante SPSS11.5

Resultados. Mediante la interpretación de dibujos establecemos las categorías: LM si aparece madre con bebé al pecho, L. Artificial (LA) si aparece el biberón. Se asigna LA y Complementaria (LA Y Com) y LM y complementaria (LM y Com) cuando además hay otros alimentos como papillas, compota, frutas, etc. LMixta cuando aparecen pecho y biberón. Se asigna categoría Otros cuando no se ajusta a las anteriores. Antes de la intervención predomina la opción de LA (40,2%) sobre la LM (32%). Le siguen la LA y Com (11,3%), LM y Com (8,2%) y LMixta (6,2%). Si analizamos los datos por sexos observamos que no existen diferencias significativas (la muestra sigue una distribución normal). Al realizar el análisis postintervención se observa un ascenso significativo de la LM (81%) en detrimento de la LA (3,1%). A la LM le sigue la LM y Com con 5,2% y LMixta, LA y Com y Otros con tan sólo un 2,1%. Destacamos los casos perdidos (4,2%); dificultad física y escolares

reticentes a dibujar de nuevo por problemas sociales (desconocidos preintervención). Al analizar por sexos observamos que no existen diferencias significativas. Sin embargo, destacamos que el 3,1% correspondiente a la LA depende exclusivamente de varones, al igual que los casos perdidos.

Conclusión. El estudio demuestra que la intervención es eficaz siempre y cuando se adapte a los escolares. Se consigue un ascenso de la LM desde el 32% al 81% posterior a la intervención. Además, es importante el uso de refuerzos positivos así como la valoración de problemas sociales subyacentes.

P035. LACTANCIA MATERNA EN NUESTRO HOSPITAL. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 18 MESES EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA. *Gutiérrez Abad, Carmelo; Soga García, María José; Marin Uruña, Sara; Sánchez Gutiérrez, Raquel; Merchán Cecilia, Esperanza; Crespo Valderrábano, Laura.* Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Introducción: La lactancia materna constituye actualmente el pilar básico en la alimentación y desarrollo de los recién nacidos.

Estamos actualmente en una época de mayor apoyo a la lactancia materna tanto de los profesionales e instituciones sanitarias como de diferentes organizaciones que han ido surgiendo.

Este auge de la lactancia materna se ha visto aún más remarcado en las unidades de Neonatología en las que se han visto incrementadas las tasas de niños lactados con leche materna, conociendo ya los numerosos efectos beneficiosos de la leche materna en el desarrollo y maduración de los niños prematuros.

Objetivo: Evaluar la situación actual de nuestro hospital en cuanto a la promoción y mantenimiento de la lactancia materna en el momento del alta del recién nacido.

Material y métodos: Se revisó el tipo de alimentación de los recién nacidos en el momento del alta en los servicios de Neonatología y Maternidad de nuestro hospital desde enero de 2005 hasta junio de 2006.

Resultados: En estos 18 meses se han registrado en total 2910 recién nacidos, de los cuales 2465 han estado en el servicio de Maternidad y 445 en el de Neonatología. En cuanto a los datos globales de lactancia materna se evidencia un 59,6% de recién nacidos con lactancia materna exclusiva, un 28,3% de lactancia mixta (lactancia materna suplementada con lactancia artificial) y un 12,1% de lactancia artificial, siendo mayor la proporción de recién nacidos con lactancia materna en el servicio de Maternidad que en el de Neonatología. En total, un 87,8% de los recién nacidos de nuestro hospital tienen, en el momento del alta, la lactancia materna como elemento único o complementario de su alimentación.

Conclusiones: En nuestro hospital tenemos una alta proporción de recién nacidos con lactancia materna en el momento del alta actualmente si lo comparamos con cifras de años anteriores, en los cuales se registraba una proporción de entre el 60-70% de recién nacidos con lactancia materna en el momento del alta. Si estas mismas cifras las comparamos con las de otros hospitales y áreas de salud podemos ver que son similares o incluso superiores.

P036. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL PRIVADO. MEJORA EN LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN. *Marín Gabriel, Miguel Ángel; Alcalá Llorente, Mónica; Fernández Bule, M^a Eugenia; Álvarez Pérez, Nuria; Mendoza Gracia, Silvia; De La Cruz Bértolo, Javier.* Hospital De Madrid-Torreledones. Hospital Doce De Octubre-Madrid.

Antecedentes y objetivos. Son escasos los datos existentes en la literatura española acerca de las tasas de lactancia materna (LM) en hospitales privados. Dada la presencia de nidos en estos hospitales, la mayor proporción de cesáreas, y el carácter eventual del personal asistencial que genera una menor implicación, se puede inferir que las tasas de LM son menores. Se ha comprobado que ciertas acciones de información-formación permiten incrementar la LM.

El objetivo de este estudio es 1) estimar la proporción de niños que reciben LM en un centro privado; 2) estimar el efecto de una intervención para mejorar la LM.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

	Fase 1 (n=97)	Fase 2 (n=78)	Valor de p
Madre:			
Edad (años)	32,4	33	0,18
Estudios superiores (%)	66	77	0,17
Primípara (%)	57,7	55,1	0,72
Cesárea (%)	30,9	34,6	0,60
Incorporación laboral < 3 m	18,5	3,8	<0,01
Niño:			
Edad gestacional (sem)	38,6	37,9	0,08
Peso RN (g)	3073	2970	0,31
varón (%)	52,5	42,3	0,17
Nido (%)	39,1	34,6	0,53

Métodos. Estudio pre-post intervención. Intervención: se realizó un programa de formación específico (teórico y práctico) sobre LM dirigido al personal asistencial en plantas de maternidad. Igualmente se elaboró un folleto informativo sobre LM que fue entregado en la segunda fase del estudio a todas las madres. Sujetos de estudio: se propuso participar a todas las madres ingresadas en maternidad en el mes previo a la intervención (Fase 1) y en el mes posterior (Fase 2). Después de obtener el consentimiento, se administró un cuestionario telefónico a los 3 meses del parto para recabar datos descriptivos y específicos de LM.

PROPORCIÓN DE NIÑOS CON LM (AL MENOS UNA TOMA) EXPRESADO COMO% LM Y (% LM EXCLUSIVA).

Fase estudio	Fase 1 (n=97)	Fase 2 (n=78)	Valor de p
RN	91% (68%)	81% (59%)	0,06 (0,20)
1 mes	85% (60%)	79% (58%)	0,38 (0,78)
3 meses	47% (36%)	42% (35%)	0,50 (0,84)

Resultados: La participación en el estudio fue de 96% (183/190): 5 denegaron el consentimiento, 2 no contestaron. El seguimiento fue de 97% (175/183): 8 no fueron localizadas a los 3 meses.

Recibieron algún tipo de información sobre LM durante el embarazo el 45,3% en la fase 1 frente al 62,8% en la fase 2 ($p=0,02$). Recibieron algún tipo de información sobre LM en el ingreso el 40,2% en la primera fase frente al 83,3% en la segunda ($p<0,001$). La duración media de LM exclusiva fue de 47,9 días (fase 1) y de 42,7 días (fase2), $p=0,39$.

Conclusión: No se ha aumentado el porcentaje de niños que reciben LM tras un período de formación específico del personal asistencial. Se podría relacionar la ausencia de efecto de la intervención con el elevado porcentaje de niños que reciben LM (similar a las tasas más elevadas en el territorio nacional). No obstante, se ha conseguido mejorar y aumentar la información sobre LM a las madres durante el embarazo y puerperio.

P037. PAPEL DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA. *Avila Campos, Mª del Mar; Santos Méndez, Fuensanta; Moya Sánchez, Laura.* Hospital Materno-Infantil. Complejo Carlos Haya. Málaga.

Antecedentes y objetivos: El instinto del padre de proteger su familia puede desarrollarse apoyando a la madre en la lactancia materna. Nuestro objetivo es averiguar el conocimiento que tienen los padres de lactancia materna y la importancia que ellos le dan.

Material y método: Es un estudio quasi-experimental de corte trasversal realizado en el mes de junio de 2006, sobre la población de padres y madres que han tenido un recién nacido sano a término, bien por vía vaginal o por cesárea. La muestra de 80 casos se seleccionó de forma incidental. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta auto-cumplimentada por los padres y madres entre las 24 y 48 horas de vida del recién nacido, durante su estancia hospitalaria.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSS 12.0 para windows, incluyendo medidas de tendencia central, cálculo de

media e interrelación entre diferentes variables (Chi cuadrado). El nivel de significación estadística se estableció en un valor de p menor de 0,05.

Resultados: Los datos de las 80 encuestas realizadas nos muestran que el 73% de los padres afirma que conoce, le han hablado o ha leído durante el embarazo sobre lactancia materna, el 82,5% considera que la importancia de la lactancia materna es de 5 en la escala de Likert y el 97,5% de ellos considera que su mujer debe de dar el pecho, porcentaje ligeramente superior (3,7%) al de las mujeres.

Los motivos con que los padres argumentan la importancia de la lactancia materna son: en un 46,3% que es lo mejor y un 16,3% que aporta defensas y nutrientes.

Respecto al tiempo que debe durar la lactancia materna se encontraron diferencias estadísticas significativas entre la opinión del padre y de la madre. El 41,3% piensa que debería mantenerse 6 meses, a diferencia de las mujeres un 21,3%. (Chi cuadrado $p=0,006$).

Los motivos que los padres consideran para dejar la lactancia materna son el 20% por cambiar a otra alimentación mientras que un 30% de las mujeres opinan que por motivos laborales.

El 85% de las mujeres afirman que han consultado con su marido la decisión de lactar aunque el 73,8% comentan que nadie les influyo en esta decisión.

Respecto a los días de permiso por maternidad el 47,6% oscila entre los 113 y 120 días.

Conclusiones: Podemos afirmar por los datos obtenidos que la lactancia materna es bastante conocida por los padres considerándola como muy importante para su bebé y convencidos de que su mujer debe lactar.

Según los datos analizados en la encuesta es llamativo encontrar diferencias significativas respecto al tiempo de mantenimiento de la lactancia, considerando los padres que debe ser superior que las madres.

Respecto a los motivos de abandono de lactancia materna también existen diferencias prevaleciendo en los padres el cambio de alimentación frente a los motivos laborales de las madres.

Al estudiar la decisión de la madre de lactar nos encontramos con que no existe influencia, toman la decisión por sí mismas. Por todo esto podemos decir que la lactancia materna sigue en manos de las madres y el papel del padre es de acompañamiento pues su conocimiento o valoración de la lactancia materna no va a influir en la decisión de la madre ni para iniciarla ni para mantenerla. De este modo concluimos pensando que los esfuerzos se han de dirigir tanto a padres como madres, para poder aumentar la instauración y mantenimiento de lactancia materna.

P038. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA EN LA UNIDAD DE NEONATAL. *Lara Nieto, Isabel; Medina Rojas, Dolores.* Hospital U. de Valme.

Objetivos:

- * Favorecer la alimentación con leche materna al neonato durante su estancia hospitalaria.
- * Mantenimiento y aumento progresivo de la producción de leche materna mediante medios mecánicos.
- * Incrementar el vínculo materno-filial.
- * descripción del método de conservación de la leche para su uso a corto, mediano y largo plazo.

Materiales y métodos:

- * Extracción de leche materna mediante extractores mecánicos cada 3 h.
- * Identificación de dicha leche, indicando el nombre del niño, fecha y hora.
- * Conservación de la leche en frigorífico o congelador dependiendo de su uso a corto o largo plazo.
- * Las madres que se extraen su leche en casa la transportan al hospital, previa identificación, en neveras portátiles.

Resultados y Conclusiones:

- * Nº de casos: 85
- * Periodo de tiempo: del 11 de marzo al 30 de junio.
- * Cantidad: 283 l.
- * Niños alimentados exclusivamente de leche materna desde su nacimiento: 33
- * Formación a las madres acerca de la lactancia, sobre todo a primíparas e inexpertas.
- * Alto grado de satisfacción de las madres lactantes con este programa.

P039. EXPERIENCIA EN EL FORO DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. *Segura Tigell, Sandra; Jiménez Ximénis, Marta; Villalobos Jarque, Esther; Gómez Papi, Adolfo; Bosch Castells, Joaquim.* Servicio Pediatría Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona. *Comité de lactancia AEP.*

Antecedentes: En el programa MIR de pediatría la formación en lactancia materna está poco considerada. Nuestro hospital es "Amigo de los niños" e imparte cursos de lactancia para todos los profesionales. Para completar esta formación, se tomó la iniciativa de participar en el foro de lactancia materna como residentes tutelados.

Objetivos: Explicar nuestra experiencia en la participación en el foro y valorar su repercusión en nuestra formación. **Material y métodos:** Dos residentes de tercer año y dos de cuarto recibimos formación previa a través del e-learning del Comité de Lactancia materna de la AEP (manuales de lactancia y crianza, entrada en el foro como oyentes, responder un test) y posteriormente contestamos al foro, bajo la supervisión individualizada por un pediatra experto en lactancia materna, durante octubre del 2005, una semana cada uno.

Resultados: Todos adquirimos nuevos conocimientos en lactancia materna y alimentación en el lactante. Aprendimos a mejorar la comunicación y a tener mayor empatía con los padres. Experimentamos una mejoría en la práctica asistencial a través de una mayor sensibilización hacia la maternidad y la lactancia. Para los cuatro supuso una satisfacción personal, por la resolución de problemas y los agradecimientos de los padres. Fue difícil para todos compaginar el trabajo habitual y la vida familiar con la participación en el foro ya que necesitábamos unas 3 horas diarias.

Conclusiones: Para los residentes de pediatría, contestar en el foro es una buena manera de formarse y profundizar en el conocimiento sobre lactancia materna, así como de familiarizarse en la comunicación con los padres.

P040. ENSAYO CLÍNICO: DATOS PRELIMINARES SOBRE EXTRACCIÓN DE LECHE MANUAL VS SACALECHES EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON PESO < 1.500 G. *Alba Romero, Concepción de; Aguilar Ortega, Juana María; Martínez Hidalgo, María Victoria; Alamo Bastidas, Gemma del; Olmos Díaz, Ana Isabel; García Martínez, Pilar; García Algara, María Cruz; Durán Arroyo, María Luisa; Alcantarilla Barbero, Monica; Magaz Pilar, Patricia.* Hospital 12 de Octubre, Servicio de Neonatología.

Antecedentes y objetivos: La extracción manual de leche es apropiada para el inicio precoz de la extracción de leche antes del uso del sacaleches. El inicio precoz de la lactancia conlleva muchos beneficios en los cuidados y desarrollo de los niños prematuros. El objetivo del estudio fue comparar el volumen diario de leche materna extraída por ambos métodos de extracción en los primeros 3 días de vida

Material y método: Ensayo clínico aleatorizado. La población incluida en este estudio han sido los niños nacidos de la maternidad con un peso al nacimiento < 1.500 g tras la obtención del consentimiento de los padres.

El grupo estudio (GE) comenzó con extracción manual tras recibir adecuado entrenamiento y apoyo por parte del personal sanitario seleccionado, pudiendo utilizar sacaleches a las 48 horas si lo deseaban. El grupo control (GC), realizó extracción con sacaleches desde el inicio tras adecuado entrenamiento y apoyo por parte del mismo personal sanitario seleccionado. No se han incluido en el estudio los padres con problemas de comprensión del español.

Resultados: En el momento de la realización de este resumen han sido incluidos 7 niños en GE y 2 en GC. La media de peso y EG fue de 1.135 g y EG 30 semanas para el GE y 1.276 g y EG 33 semanas en el GC. Se han recogido en el primer día en el GE entre 0 y 6 ml de LM y nada en el GC. En el segundo día entre 1 y 33 ml de LM en el GE y nada en el control y al tercer día entre 3-165 ml en el GE y 1-20 ml en el GC. El número de extracciones osciló entre 3-4 veces el primer día hasta 4-6 veces el tercer día en el GE y entre 3-4 veces el primer día y hasta 3 veces el tercer día en el GC.

Durante este período fueron excluidos tres pacientes dentro del grupo control, 2 por fallecimiento y uno por abandono de la extracción con sacaleches por costumbre cultural.

Conclusión: La atención individualizada y el apoyo a las madres con hijos menores de 1.500 g, enseñando la técnica de extracción manual, apunta en este momento del ensayo, a ser el método más adecuado para la obtención y disponibilidad precoz de LM.

P041. ¿QUÉ CREEMOS SABER SOBRE LACTANCIA MATERNA Y QUÉ SABEMOS REALMENTE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD? PRE-EVALUACIÓN ANTES DE COMENZAR UN CURSO DE 20 HORAS SOBRE LM. *Pacheco Torrijo, Laura; Montaner Losada, Juan; Mas Server, M.Àngels; Albero Albero, M.Jesús; Biosca Blanch, Vicenta; Ortells Huerta, Xavier; Alemany Puig, Joan; Pérez Monferrer, Joséfa.* Hospital Marina Alta y Centro de Atención Primaria. Dénia. Hospital La Plana. Vilareal. Hospital General. Castellón.

Antecedentes y objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar los conocimientos sobre lactancia materna de profesionales sanitarios que han decidido realizar un curso de 20 horas sobre LM, y relacionar los datos obtenidos con sus datos personales, profesionales y con la percepción personal que tienen de la cantidad de conocimientos con los que cuentan antes de empezar el curso.

Material y métodos: Se elaboró una encuesta con 3 apartados:

- Datos personales: edad, profesión y lugar de trabajo.
 - Autoevaluación previa sobre la cantidad de conocimientos en LM (nada, muy poco, poco, bastante y mucho) y la forma en que los habían obtenido (ninguno, por compañeros, en los estudios, en cursos de LM o por autoaprendizaje).
 - La evaluación de conocimientos se hizo sobre 10 afirmaciones (a valorar verdadero o falso) que plantean cuestiones básicas de LM a conocer en cualquiera de nuestras profesiones y lugares de trabajo.
- La encuesta se pasó el primer día del curso a todos los alumnos asistentes, después de una breve presentación de profesores y alumnos.

Los datos obtenidos con esta encuesta fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se obtuvieron 76 encuestas realizadas en 4 cursos distintos realizados durante el año 2004.

El 73,7% de los encuestados eran enfermeras. La mayoría de los alumnos (53,9%) tenían entre 25 y 34 años y el 30,3% entre 35 y 44 años. El 60,5% de los alumnos trabajaba en hospitales y el resto en Atención Primaria.

En cuanto a la forma de obtener los conocimientos, el 50% los obtuvo cuando estudiaba, el 22,4% de forma autónoma y el 14,5% a través de compañeros. El 60,5% manifestó saber poco o muy poco sobre LM y el 38,2% saber bastante. La nota media que obtuvieron los alumnos en la evaluación de conocimientos fue de 4.42.

Conclusiones: Los profesionales de la salud seguimos pensando que la experiencia obtenida durante los años trabajados nos garantiza que nuestros conocimientos en LM son válidos. El presente estudio nos hace reflexionar sobre este hecho demostrando que no es así.

P042. RESULTADOS DE UN CUESTIONARIO SOBRE INFORMACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA EN MADRES DE NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL. *Aguilar Ortega, Juana María; Martínez Hidalgo, María Victoria; Alba Romero, Concepción de; García Martínez, Pilar; Alamo Bastidas, Gemma; Olmos Díaz, Ana Isabel; García Algara, María Cruz; Durán Arroyo, María Luisa; Fernandez Moreno, Milagros; Cejas Franco, Elisa.* Hospital 12 de Octubre

Antecedentes y Objetivos: Una buena información y apoyo para la extracción precoz y frecuente de leche materna (LM) es importante para el inicio y mantenimiento de la lactancia en recién nacidos ingresados. El objetivo del estudio es conocer la información que tienen las madres sobre los beneficios y extracción de la leche materna en nuestra Unidad en el ingreso de su hijo.

Material y Método: Durante 5 semanas se recogió información obtenida a través de un cuestionario anónimo realizado a madres que acudieron durante el ingreso de sus hijos al cuarto de lactancia. Los niños al menos habían permanecido ingresados 1 semana.

Resultados: El 38% (21/55) de las madres de niños ingresados en ese periodo contestaron al cuestionario. 1. Recibieron información sobre los beneficios de la LM dentro del hospital 16/21 (31%); 2. La información la recibieron 5/21 (24%) por parte de los médicos, 9/21 (43%) enfermeras y auxiliares, por ambas partes 2/21(9,5%) a través de otras madres 3/21(14%) y no fueron informadas 2/21 (9,5%); 3. La extracción comenzó en la primeras 24 horas en 9/21(43%), en el segundo día 8/21 (38%) al tercer día o más tarde 4/21 (19%). 4. El número de extracciones el primer día fue mayor de 5 en 5/21(24%), entre 2-5 veces 10/21(48%) y al notar la subida de la leche 6/21(28%). 5. El máximo número de extracciones al día fueron de más de 5 veces 9/21(43%), entre 2-5 veces 9/21(43%) y menos de 2 veces 3/21(14%). 6. El volumen diario de LM fue >500ml en 5/21(24%), 300-500ml 8/21(38%) y <300ml 9/21(43%). De las 5 madres con más de 500ml al día 4 de ellas se habían extraído leche más de 5 veces al día desde el primer día de vida. 7. Si comenzasen por primera vez a extraerse leche teniendo en cuenta la experiencia acumulada comenzarían antes y con mayor frecuencia el estímulo en 12/21(57%), utilizarían su propio sacaleches 7/21(33%). 8. El 6/21(28%) no saben que hacer para aumentar la producción de leche.

Conclusión: Tan importante es reconocer el esfuerzo que realizamos el personal sanitario para promocionar y apoyar la lactancia en madres de niños ingresados, como conocer los sentimientos y necesidades del entorno familiar del niño al que cuidamos, para poder así seguir mejorando.

P043. PROMOVER LA LACTANCIA EN MUJERES CON CESAREA. *Martín Sequeros, Esperanza; Blasco Contreras, Rosario; Martín Pastor, Asela; Palomeros Torrijos, Teresa; Pertusa Quiles, Adela; Pozo Ayuso, M^a Luisa; Sánchez Conde, Ana Isabel.* Hospital Universitario La Paz.

La lactancia en mujeres con cesárea, no esta al mismo nivel que en las madres con parto vaginal, ya que no se sigue el mismo proceso.

- a) El contacto piel con piel no es inmediato.
- b) El inicio de la lactancia no es en la primera hora de vida.
- c) La madre es trasladada a reanimación y separada de su hijo, por lo tanto se demora la estancia conjunta.

Objetivo general. Promover la lactancia en este grupo de mujeres implantando medidas de cambio.

Objetivos específicos.

- 1º) Evaluar el inicio y duración optima de la lactancia.
- 2º) Identificar las variables que se asocian a un buen resultado de la lactancia materna.

Material y método. El trabajo que se expone verifica la adecuación de las medidas implantadas.

Dichas medidas son:

- Reducir la permanencia de las madres en reanimación.
- Promover la lactancia precoz.
- Facilitar la estancia conjunta madre-hijo.

Método de verificación de la lactancia.

El cambio de las medidas se ha desarrollado durante los años 2004 a 2006.

El método empleado para la realización del estudio ha sido ha sido mediante una encuesta telefónica siguiendo 12 preguntas (preparación al parto, edad, numero de horas que tardo en ver a su recién nacido, tiempo transcurrido desde la intervención hasta el inicio de la lactancia, ¿Porqué dejó de darle el pecho? etc.

El grupo de estudio fueron mujeres ingresadas de enero y febrero del 2006 y la encuesta se realizó en los meses de junio y julio del 2006.

Los datos obtenidos en el estudio se realizaron estadísticamente mediante medias y Chi cuadrado.

Resultados. El tiempo de permanencia de las madres en reanimación se ha reducido de 24 horas a 9 ó 10 horas.

El inicio de la lactancia se ha reducido de 24 horas a 9 ó 10 horas. Tras este periodo madre e hijo permanecen juntos

Conclusiones: El entusiasmo y perseverancia de las personas que atienden a las mujeres con cesárea para promover la lactancia materna hace que se consigan mejoras de prevalencia de la lactancia.

P044. FLUCTUACIONES DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN DISTINTOS GRUPOS DE EDAD ENTRE MUJERES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD. *Martínez Molins, Paula; Aloy Asensi, Mónica; Jareño Roglán, Enrique Jesús; Navarro García, Inmaculada; Pascual Carrión, Amparo; Fontestad Planes, Francisca; Bosch Marco, María Teresa; Montañés Méndez, Rosa María; Pérez García, Mercedes; Silvestre Castelló, María Dolores.* Centro de Salud de Moncada. Moncada (Valencia). Universidad Cardinal Herrera - CEU San Pablo. Moncada (Valencia).

Introducción: En los últimos 50 años se han producido una serie de situaciones que han podido incidir de forma negativa sobre la lactancia materna, de forma que en nuestro medio la lactancia artificial le ha ganado terreno a la materna durante varias décadas: la expansión comercial de las fórmulas adaptadas y la extensión en la sociedad de ciertas creencias sobre las “ventajas” de estos productos, el cambio de los nacimientos del domicilio a las maternidades (con tendencia a fijar pautas horarias), la fijación de horarios y de parámetros de crecimiento (peso) por parte del personal sanitario en las consultas de Pediatría, etc. Es posible que esta tendencia haya empezado a cambiar en los últimos 15-20 años gracias a una mejor formación del personal sanitario y a cierta extensión del conocimiento de las ventajas de la lactancia materna a la población en general.

Objetivos: Analizar el porcentaje de inicios de lactancia materna y la duración de la misma entre mujeres de distintas edades residentes en nuestra Zona básica de Salud, valorando sus fluctuaciones según la época en que estas mujeres han criado a sus hijos.

Material y métodos: 165 mujeres con edades entre 37 y 87 años (divididas en grupos de edad según décadas), residentes en la zona básica de Salud dependiente de nuestro Centro, a las que se les realiza una encuesta sobre lactancia materna en las consultas de Enfermería de nuestro Centro: edad, número de hijos criados, número de lactados a pecho y tiempo de amantamiento.

Resultados: Las mujeres que mayor porcentaje de lactancias maternas han iniciado (96%) y las que las han mantenido más tiempo (14,40 ± 6,22 meses) son el grupo de mayores de 80 años; estos valores descienden progresivamente en los grupos de 70-80 y 60-70 años, con el mínimo en el grupo de 50-60 (63% y 4,07 ± 4,77 meses). Posteriormente estas cifras mejoran hasta un 75% y una media de 8,33 ± 6,75 meses en las menores de 40 años. (Fig. 4).

Conclusión: Entre nuestra población de mujeres observamos que se mantiene la tónica general descrita en la Introducción del descenso importante de las lactancias maternas entre aquellos grupos de edad que criaron los hijos a partir de los años 60, mejorando posteriormente a partir de los años 80 y 90 (aunque todavía sin alcanzar las cifras de las mayores de 70 años).

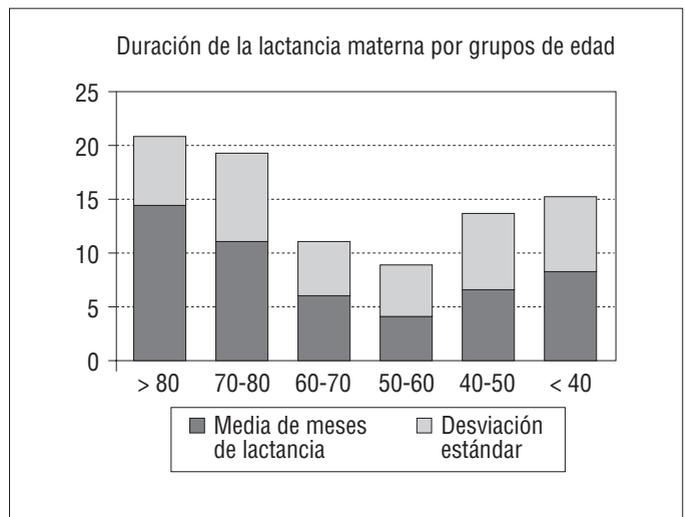


Figura 4.

P045. CUALES SON LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO PREMATURO O EN LA NO LACTANCIA MATERNA? Roca Vilalta, Montserrat; Ripoll Gamisans, Angels; López Cano, Laura; Bosch Mascarilla, Anna. Centro de Atención Primaria Terrassa Sud.

Antecedentes: Debido a la relevancia de la lactancia materna (LM), es importante informar a las gestantes para conseguir una actitud positiva hacia la LM. El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados al abandono prematuro o al no inicio de LM.

Material y métodos: Se incluyeron todas las gestantes visitadas en un centro de atención primaria durante 2004, a las que se realiza encuesta telefónica en 2006. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata Versión 8.0, utilizándose los tests de χ^2 y t de Student para determinar las diferencias entre variables cualitativas y cuantitativas; respectivamente, considerándose significativa una $p < 0.05$.

Resultados: De las 373 embarazadas, hasta el momento se han entrevistado 207. De estas un 87,4% realizó LM con una media de 5,1 meses (24,6). Los motivos de abandono fueron: hipogalactia (36,8%), inicio de trabajo (18,1%), rechazo del niño (16,4%), comodidad y cansancio (8,7%), consejo médico (8,2%) y otros (11,7%). Un 20,4% hicieron LM < 1 mes, 36,5% 1-4 m, 36,5% 4-12 m, y 6,6% > 12 m. La duración de LM fue mayor en las mujeres > 30 años (6,2 m) respecto a las ≤ 30 (4,3 m); ($p < 0,01$). También las de país de origen extranjero tuvieron una mayor duración de LM que las de nacionalidad española (6,3 vs 4,8; $p = 0,09$). El fracaso de LM (FLM) se definió como una duración < 1 mes. Aunque se observó un mayor % de FLM en mujeres que no habían realizado el curso de preparación al parto (22,3 versus 19,2), en las que el niño fue prematuro (28,0 vs 19,3), en las que el parto fue eutócico (23,1 versus 15,6), en las que se realizó anestesia epidural (22,9 vs 7,8 sin anestesia), en las que no acudieron a controles en el puerperio (22,7 vs 20,1), y en aquellas que no hicieron LM en el hijo anterior (40,0 vs 18,2), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cambio, el FLM si estuvo asociado significativamente a la hipogalactia como motivo de abandono referido por la madre, representado el 58,1% de las causas de abandono en el primer mes.

El consejo médico como motivo de abandono nos lo encontramos especialmente entre 1-4 m (71,4%) en el momento en que se empiezan a introducir otros alimentos. El abandono de la LM por consejo médico será en < 1 m (14,3%) y en > 4 m (14,3%) ($P < 0,001$)

Los únicos factores que se asociaron significativamente a realizar LM fueron: estímulo inmediato del niño para LM en el momento del parto (92,4% versus 78,9% en las mujeres que no realizaron estímulo inmediato; $p < 0,01$), y haber realizado LM en el hijo anterior (93,0% versus 45,4%; $p < 0,001$). El 91,2% de las mujeres que han realizado LM refieren su intención de realizar LM en el próximo hijo.

Conclusiones: Las mujeres de mayor edad y de origen extranjero realizan LM durante un período más prolongado. El motivo más frecuente para abandono en el primer mes de la LM es la hipogalactia. La LM se potencia con la estimulación precoz del recién nacido en el momento del parto y con la experiencia previa de haber realizado LM en un hijo previo.

Sería conveniente unificar los criterios al constatarse que muchos pediatras aconsejan la retirada de la LM cuando empiezan a introducir otros alimentos.

P046. EFICACIA DE UN CURSO DE CAPACITACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Sánchez Molinero, Aimon; Mondejar Rondón, Isabel; Moreno Aloy, Rosana; López Varela, Lourdes; Álvarez Álvarez, Josefina. Hospital Universitario de Canarias.

Antecedentes y Objetivos: Enmarcado en el proceso de acreditación como "Hospital Amigo de los Niños" de un hospital de tercer nivel, se imparten cuatro cursos de capacitación en lactancia materna para el personal de enfermería (auxiliares y DUE). El objetivo de este estudio es el de valorar comparativamente los cambios en los conocimientos sobre lactancia materna que los asistentes a estos cursos han experimentado, y posteriormente valorar la eficacia de los mismos a nivel cognitivo.

Material y métodos: Los cuatro cursos de capacitación, de 20 horas (16 teóricas y 4 prácticas), fueron impartidos por personal del propio hospital

(matronas y enfermeras). Los tres primeros fueron dirigidos al personal del área materno-infantil, con carácter obligatorio, y el cuarto, fue voluntario y abierto al personal de enfermería del resto del centro. Se elaboró un cuestionario con 30 ítems (22 cerradas y 8 abiertas), que fue contestado por los asistentes antes (pre-test) y después de recibir el curso (post-test). Se tabularon las respuestas en porcentajes absolutos.

Resultados: Se recogieron un total de 127 test de auxiliares (64 pre- y 63 post-) y 96 test de DUEs (55 pre- y 41 post-). Las preguntas generales sobre el amamantamiento recogieron múltiples opiniones. Si bien en el post-test aumentó el porcentaje que considera el amamantar como algo fácil, se mantuvo un moderado número que continuó considerándolo difícil, aduciendo factores sociales y psicológicos. Respecto a si todas las mujeres pueden o no amamantar, las respuestas se centraron mayoritariamente en las excepciones relacionadas con enfermedades infecciosas maternas y consumo de drogas. En el bloque de técnicas básicas de lactancia, se observó una mejora significativa en las respuestas de todos los grupos sobre frecuencia del amamantamiento, duración de las tomas y succión correcta; aunque no se alcanzaron el 100% de respuestas correctas, salvo en el subgrupo de DUE del curso voluntario. El concepto de "vaciado del pecho" aglutinó un número relativamente elevado de respuestas incorrectas. En el bloque de calidad/producción láctea, las preguntas que relacionan esta última con la succión, y la calidad de la leche como independiente del incremento ponderal del bebé, alcanzaron buenos resultados en todos los grupos. Sin embargo, las preguntas en las que se buscaba romper la relación entre calidad de la leche y nutrición materna o abandono de la lactancia, obtuvieron mayores tasas de respuestas incorrectas. En el bloque sobre cuidados maternos durante la lactancia se observó un notable incremento en las respuestas correctas respecto a ideas erróneas sobre la estética del pecho. En las referidas a la recuperación de la mujer tras el parto y a la ausencia de aumento de peso, se mantuvieron en el post-test las ya elevadas tasas de respuestas correctas del pre-test. En cuanto a la alimentación de la madre lactante, los alumnos resaltaron mayoritariamente las excepciones, incluyendo alimentos que supuestamente modifican el sabor de la leche, los que "producen gases", los estimulantes y tóxicos (alcohol y tabaco). Dentro del bloque de preguntas sobre el contacto precoz, el 100% de los asistentes valoró la experiencia como agradable. Respecto a la técnica del contacto precoz, las respuestas correctas superaron el 70% en todos los casos (pegado a la madre, desnudo y con gorro).

Conclusiones: Resaltamos los buenos resultados obtenidos por auxiliares y DUEs del grupo voluntario no relacionado con el área materno-infantil. Se comprueba una mayor persistencia de respuestas erróneas sobre técnicas de lactancia, en el subgrupo de auxiliares del grupo obligatorio. Se evidencia la necesidad de reforzar especialmente aspectos relacionados con la técnica de lactancia, y clarificar conceptos erróneos sobre "calidad" de la leche y nutrición materna. Proponemos un cambio metodológico para los siguientes cursos, que potencie la práctica de habilidades y el feed-back profesor-alumno, para mejorar estos resultados.

P047. LA LACTANCIA MATERNA, ¿SE LE CONCEDE LA ATENCIÓN QUE MERECE EN LOS PROGRAMAS DE PREGRADO DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA? Rodas Cordón, Purificación; Carceller Segura, M^a Teresa; Hernández Aguilar, M^a Teresa; Ferrando Berlanga, Pepa. Centro de Salud Fuente de San Luís, Atención Primaria, Departamento 10. Agencia Valenciana de Salud.

Introducción: El objetivo del estudio fué averiguar los conocimientos que sobre lactancia materna tienen los estudiantes de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario cerrado de doce preguntas de respuesta múltiple. Cumplimentaron la encuesta, de forma anónima, 817 alumnos/as de 1^o y 3^o curso de todas las escuelas de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CCVV). El enunciado de las preguntas fue: **P1**¿La leche materna es el alimento de mejor calidad para el RN siempre que la madre no esté desnutrida?, **P2**¿Durante el 2^o año de vida la leche materna es de muy baja calidad?, **P3**¿Si la madre toma antibióticos, debe suspender la lactancia?, **P4**¿Si la madre o el niño enferman, se debe suspender la lactancia?, **P5**¿Cuando el RN amamantado llora

TABLA II

	CCVV	Alicante	Castellón	Valencia	CHI ²	Mujeres	Hombres	CHI2				
%	36,27	41,57	47,85	31,73	0,00639	35,18	37,78	0.16				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
%	5,77	58,97	16,46	25,8	51,9	32,31	56,39	53,93	14	10,93	61,18	38,08

de hambre se le debe complementar con biberón?, **P6**¿Algunos recién nacidos son alérgicos y deben ser alimentados con biberón?, **P7**¿Hasta que edad se recomienda leche materna como único alimento?, **P8**¿Qué debe recibir un RN normal además de leche materna?, **P9**¿Cuál es la interpretación científica de la “leche aguada”?, **P10** La cantidad de leche de la madre depende de..., **P11** Indique qué práctica institucional favorece más la LM en la maternidad. **P12** Indique el recurso más accesible y eficaz para el cuidado del pezón. Los datos se analizaron con el programa Excel, calculándose los porcentajes de respuestas correctas y se aplicó el Test χ^2 para analizar las diferencias encontradas.

Resultados: Participaron 65 (8%) alumnos de Castellón, 263 (32,2%) de Alicante y 489 (32,2%) de Valencia; 103 eran hombres(12,8%). (Tabla II)

Discusión: La media de respuestas correctas en la Comunidad Valenciana se situó en un 36,27%. En relación al sexo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Se observaron diferencias significativas en la tasa de respuestas correctas por provincias, siendo Castellón la que presentó la media más alta de respuestas correctas (47,85%) y Valencia la que menos (31,73%). Cabe destacar que al analizar las respuestas por pregunta, sólo cinco de ellas fueron contestadas correctamente por más del 50% de los encuestados(P2, P5, P7, P8, P11) y, de las siete restantes las que obtuvieron peores resultados fueron la 1 (5,77%), la 3 (16,5%), la 9 (14%) y la 10 (10,93%). Estas 4 cuestiones subyacen bajo muchos abandonos precoces e injustificados (y en ocasiones propiciados por los mismos profesionales) y su desconocimiento generalizado pone de manifiesto el bajo nivel de conocimientos básicos que sobre lactancia materna tienen los alumnos de enfermería.

Conclusiones: La lactancia materna no tiene el papel relevante que se merece en los programas de formación pregrado de las Escuelas de Enfermería de la Comunidad Valenciana, a juzgar por los resultados obtenidos. Es necesario mejorar la formación en lactancia materna de los estudiantes en las Escuelas, ya que el colectivo de Enfermería desempeña un papel fundamental en el apoyo y manejo de la lactancia. Los docentes deben reconocer su responsabilidad como formadores de futuros profesionales sanitarios y conceder la debida importancia a la lactancia materna en los estudios de salud materno infantil.

P048. LACTANCIA MATERNA AL ALTA EN UNA UNIDAD NEONATAL TERCIARIA ENTRE 1997-2005. Boronat González, Nuria; Peinador García, M^a Magdalena; Alberola Pérez, Ariadna; Brugada Montaner, María; Boluda Martínez, María Luisa; Muñoz Guillen, Ana. Servicio de Neonatología Hospital Infantil La Fe (Valencia).

Objetivo: Describir la lactancia materna al alta según diferentes características de los niños en una Unidad Neonatal de Nivel 3.

Material y Métodos: Se han revisado las altas del S. Neonatología del Hospital Universitario La Fe de Valencia entre los años 1997 a 2005 con el objeto de conocer la incidencia de la lactancia al alta según el peso al nacimiento.

Resultados: En la gráfica se aprecia el incremento global en las tasas de lactancia materna desde 1997. Nuestra tasa actual de lactancia se sitúa entorno a 65-66%. Destaca especialmente el aumento del porcentaje en las lactancias de recién nacidos <2.500 g entre 2003-2005 (61-64%) y en RNMBPN (<1.500 g) habiéndose duplicado las tasas de lactancia desde el inicio de nuestro estudio.

Discusión: A pesar de las dificultades que implica la alimentación del recién nacido hospitalizado con lactancia con lactancia materna, la política de nuestro servicio (preparación del personal, facilitar la entrada de los padres

a la unidad) ha resultado efectiva, incrementando casi un 20% las tasas de lactancia materna al alta. (Fig. 5)

Conclusiones: Es preciso incrementar las medidas que favorezcan una instauración precoz de la lactancia materna, así como los medios para establecer la lactancia “a demanda” del niño hospitalizado, con el fin de mejorar los resultados obtenidos.

Una adecuada mentalización materna, con asesoramiento óptimo, minimizando las dificultades para el mantenimiento de la lactancia durante su estancia hospitalaria, son objetivos fundamentales para lograr una lactancia materna plena en el momento del alta.

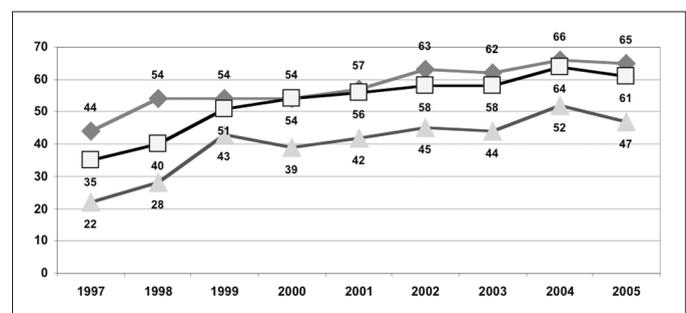


Figura 5.

P049. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Fernández Crespo, Susana; Acevedo Rocha, Mónica. C.S. Cebolla. Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Toledo

Antecedentes: En nuestra zona básica de salud (C.S. Cebolla) la prevalencia de la lactancia materna era de un 33%, cifra inferior a la referida para España.

El motivo principal reflejado en las historias clínicas era “hipogalactia”. Aunque las intervenciones realizadas desde el ámbito hospitalario son fundamentales, su efecto sería incompleto sin una buena información y asesoramiento en lactancia natural, antes y después del nacimiento del bebé, estrategia decisiva para apoyar a la madre que decide dar el pecho.

Es aquí donde los profesionales de enfermería comunitaria tenemos un protagonismo indiscutible por nuestra mayor proximidad y conocimiento de la realidad de nuestra población.

El fin último no es otro que favorecer la lactancia materna en nuestra zona básica de salud.

Objetivos: General: Aumentar la prevalencia de la lactancia materna en la zona básica de Cebolla desde la consulta de enfermería.

Específicos: Aumentar el número de madres lactantes / Aumentar el tiempo de lactancia materna / Aumentar los conocimientos sobre lactancia materna.

Operativos: Servicio de asesoramiento individualizado sobre lactancia materna mediante un número de visitas organizadas, coincidiendo con otros programas de salud.

Material y métodos: Diseño del estudio: Intervención con grupo de comparación en período previo a la intervención.

Elementos de la intervención: Programa de promoción de la lactancia: durante el periodo de gestación, durante el puerperio y durante el periodo de lactancia.

Criterios de inclusión: Para el grupo intervención; mujeres gestantes y puérperas pertenecientes a un cías concreto de la zona básica de Cebolla, que pasaron por la consulta de enfermería durante los años 2003 y 2004, donde se realizó la intervención.

Para el grupo control o comparación; mujeres gestantes y puérperas de un cías concreto, que pasaron por la consulta de enfermería durante los años 2001 y 2002, cuando no se realizó ninguna intervención.

Total de la muestra: 67; grupo intervención (43), grupo control (24).

Método de análisis: proporción de mujeres lactantes entre las que siguen la intervención y mujeres que fueron atendidas en el periodo previo a la intervención; análisis de las semanas de lactancia antes y después de la intervención; correlación de variables estudiadas con SPSS.

Resultados: El 72% de las mujeres del grupo donde se hizo intervención daba el pecho, frente al 33% de las mujeres del grupo donde no se hizo ninguna intervención.

La duración de la lactancia materna en semanas del grupo intervención era de 18 semanas, frente a 5 semanas de duración del grupo donde no se hizo intervención.

Conclusiones: El número de madres que inician la lactancia natural es mayor en el período que se realizó la intervención que en el grupo control.

El tiempo de lactancia materna pasó de 5 semanas de media, en el período control, a 18 en el período con intervención.

La intervención se asocia a una probabilidad de dar el pecho hasta más de cuatro veces mayor que en las mujeres que no recibieron dicha intervención: OR 5.1 IC 95% (1.56-17.73)

P050. LACTANCIA MATERNA AL ALTA DE UNA UNIDAD NEONATAL TERCIARIA. *Brugada Montaner, María; Boronat González, Nuria; Peinador García, M^a Magdalena; Alberola Pérez, Ariadna; Bernabeu Marrades, M^a Dolores; Muñoz Guillén, Ana.* Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Objetivo: Describir la lactancia materna (LM) al alta según diferentes características de los niños en una Unidad Neonatal de Nivel 3.

Material y Métodos: Se han revisado las altas del servicio de Neonatología entre los años 2002 a 2005 con el objeto de conocer la incidencia de la lactancia al alta según el peso al nacimiento, la procedencia y el peso al alta. Se considera LM también la LM mixta.

Resultados: El número de altas se mantiene estable en los últimos años (superior a 1100 altas/año). De ellas, entre un 48-53% son recién nacidos (RN) <2500 g y el 14% RN < 1500 g.

Proceden de nuestra maternidad entre el 63-69%, de su domicilio 16-21% y de otros hospitales (10-12%).

Año	2002	2003	2004	2005
Altas	1.220	1.156	1.135	1.134
LM al alta	62%	62%	66%	65%
LM en PN <1500	45%	44%	52%	47%
LM en PN < 2500	58%	57%	64%	61%
Procedentes de Maternidad	64%	63%	69%	64%
Procedentes Domicilio	61%	58%	60%	64%
Procedentes otro hospital	43%	51%	43%	46%

LACTANCIA MATERNA Y PESO AL ALTA

Año	2002	2003	2004	2005
LM y Peso al alta < 2.000 g	61%	51%	65%	58%
LM y Peso al alta < 2.500 g	61%	57%	67%	61%
LM y Peso al alta > 2.499 g	59%	60%	62%	63%

El porcentaje de LM total se mantiene entre el 62-66% en los años estudiados. La LM en recién nacidos de PN < 1.500 g se mantiene en límites superiores al 45%. Y en los recién nacidos de PN < 2.499 g, superior al 55%.

Los RN procedentes de otro hospital lactan significativamente menos, probablemente en relación con el tipo de proceso y con las dificultades de la distancia geográfica.

Los procedentes de su domicilio que, en general, son lactantes a término y de varios días de edad, lactan al alta en porcentajes semejantes al total y a los menores de 2500 g y a los procedentes de nuestra maternidad.

Conclusiones: A pesar de ser cifras por debajo de las recomendadas consideramos que hemos logrado avances en la lactancia de los niños ingresados respecto a años anteriores, sobre todo teniendo en cuenta que se trata una unidad de nivel III de referencia. Somos conscientes de que se debe tender a mejorar estas cifras.

P051. TABACO Y LACTANCIA. *Ruano García, Raquel; Villalonga Beltarn, Bárbara; Doganis Peppas, Contantin; Beloso Ciauriz, Silvia; Hidalgo Salazar, Titi; Suliman Abdelsalam, Sami.* Centro de Salud Arquitecto Ben-nasar.

Antecedentes e introducción: El hábito tabáquico de la madre durante el embarazo y la lactancia puede condicionar el tipo de lactancia y la duración de esta. Se ha demostrado que las madres fumadoras durante el embarazo y la lactancia dieron menos tiempo lactancia materna que las madres que no fumaban

Objetivos: Estimar la proporción de madres que eligieron lactancia materna en relación al hábito tabáquico y la duración de esta.

Material y método: Se incluyeron en el estudio a las madres de niños de 6 meses a 2 años que acudieron a la consulta, tanto de pediatría como de enfermería, por cualquier motivo en un centro de salud de ámbito urbano.

Se les encuestó acerca de su hábito tabáquico en el embarazo y tras el parto, el tipo de lactancia elegida y la duración de esta en los 6 primeros meses de vida.

Resultados: Se recogió información de 197 pacientes. Antes del embarazo fumaban el 36% de las mujeres con un consumo de entre 10 y 20 cigarrillos diarios. Durante el embarazo descendió al 21.3% con un consumo por debajo de 10.

El 70.1% iniciaron lactancia materna: 22.9% dieron de 1 a 3 meses y el 47.3 de 3 a 6 meses.

Del 36% que fumaba antes del embarazo, el 58.3% dieron lactancia materna, mientras que las que no fumaban dieron un 67.8% (Diferencias significativas estadísticamente)

Del 21.3% que fumaron durante el embarazo, el 42.9% no dio lactancia materna frente al 57.1 que si lo hizo. Entre las que no fumaron durante el embarazo la iniciaron el 73.5%. (estadísticamente significativo)

De las mujeres que fumaban antes del embarazo continuó fumando e 58.3% y el 41.7% lo abandonó. De las que continuaron fumando el 57% dio lactancia materna frente al 60% que dieron las que abandonaron su hábito.

La duración de la lactancia materna de las pacientes que fumaban fue 3.9 meses frente a 4.7 las que no. (estadísticamente significativo)

Conclusiones: El hecho de no ser fumadora favorece la lactancia materna. No tener el hábito tabáquico durante el embarazo supone un incremento de la lactancia tanto en el porcentaje de madres que inician este tipo de lactancia como la duración de esta.

P052. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE PARA EL ESTUDIO DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN EL ABANDONO DE LA LM Y TASAS DE LM CON EL PASO DEL TIEMPO. *Rius Peris, Juan Manuel; Ortuño Sempere, Juan Ignacio; Maravall Llagaria, María; López Montes, Ana; Calzado Agrasot, M^a Ángeles; Rivas Juesa, Cristina; Modesto Alapont, Vicente; Muñoz Guillen, Ana.* Hospital Infantil La Fe, Valencia.

Antecedentes y Objetivos: Se conocen algunos factores que influyen sobre el abandono de la LM. El objetivo es investigar estos factores caracterizando la muestra estudiada y presentar tasas de LM.

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo mediante la realización de encuestas presenciales y por teléfono a una cohorte inicial de 470 madres, en las primeras 24 horas tras el parto, previamente al alta hospitalaria, y posteriormente por teléfono al mes, a los 3, a los 6 y al año de vida del lactante. Criterio de salida del estudio: paso a LA exclusiva, no respuesta o deseo expreso. En la encuesta presencial al ingreso se recogen las variables expresadas en el apartado resultados. Las variables en caso de ser cua-

litativas se describen como recuentos (%) y las cuantitativas tras ser explorada su normalidad (Shapiro-Wilk $p > 0,05$), se expresan como media \pm D. Típica si son normales y con la mediana \pm P10;P90?, todas las demás.

Resultados: Un total de 470 madres fueron incluidas inicialmente en el estudio durante el periodo señalado, negándose 11 de ellas a responder a nuestras preguntas.

Porcentajes de LM exclusiva en los diferentes cortes transversales durante el seguimiento de nuestra cohorte: Encuesta inicial (deseo inicial): 370 (80,6%), al alta de maternidad: 310 (67,5%), al mes: 178 (38,7%), a los 3 meses: 122 (26,5%), a los 6 meses 92 (20%), a los 12 meses: 11 (2,4%).

Variables sociodemográficas: Edad materna: 30 \pm 3,37; nacionalidad: esp 381 (81,1%), ecu 22 (4,7%), rum 6 (1,3%), boliv 6 (1,3%), otras 44 (9,3%); estado civil: cas 348 (75,8%), solt 102 (22,2%), otras 9 (1,9%); tener pareja: sí 445 (96,9%); raza/etnia: blanca 387 (84,3%), india 46 (9,8%), gitana 11 (2,4%), árabe 7 (1,5%), negra 4 (0,9%), otras 4 (0,8%); nivel de estudios: sin estudios 4 (0,9%), primarios 157 (34,2%), secundarios 191 (41,6%), universitarios 107 (23,3%); situación laboral materna: activa 248 (54,1%); ayuda de empleada de hogar: sí 25 (5,4%); baja maternal: sí 241 (52,5%); excedencia: sí 31 (6,8%); ayuda de la abuela en casa: sí 215 (46,8%).

Gestación, parto y perinatal: tipo de gestación: asistida 14 (3,1%); edad gestacional: preterm 17 (3,6%), de 37 a 39 SG 200 (42,6%), \geq 40 SG 253 (53,8%); gestaciones previas: ninguna 203 (43,2%), G1 143 (30,4%), G2 68 (14,5%); tipo de parto: vaginal 357 (77,8%); tipo de anestesia: local 204 (44,4%); PN: 3220 \pm 2650;3800?; sexo del RN: varón 251 (54,7%).

Información, predisposición para la LM: ¿Qué es mejor?: LM 437 (95,2%); ¿Qué le va a dar?: LM 370 (80,6%); ¿Lo tenía claro de antes?: sí 431 (93,9%); ¿Cuánto tiempo le va a dar el pecho?: < 1 mes 2 (0,4%); 1-3 meses 19 (4%); 3-6 meses 138 (30,1%); > 6 meses 98 (20,9%); lo que pueda 115 (25,1%), otras (%); No recibió información: 17 (3,7%); si recibió información de diversas formas: folletos, revistas y libros 361 (78,6%), internet 25 (5,4%), obstetra public hospital 15 (3,3%), obstetra public extrahospital 20 (4,4%), obstetra priv de compañía 6 (1,3%), obstetra priv domicil partic 23 (5%), matrona 335 (73%), médico cabecera 19 (4,1%), amigos 124 (27%), pareja 97 (21,1%), madre 99 (21,6%), futuro pediatra 11 (2,4%). Entregado el libro de Consellería: sí 238 (51,9%).

Conclusiones: El momento más importante en cuanto al abandono de la LM es durante el primer mes de vida del lactante. A pesar de que la mayoría de las madres (95,2%) consideran mejor opción la LM frente a la LA, únicamente el 80% presenta un deseo de lactar desde el inicio.

A los 6 meses tras el nacimiento únicamente el 20% de las madres siguen lactando.

La mayoría de las madres recibe información sobre la LM antes del parto aunque esta información deben proporcionársela ellas mismas. Destaca la baja implicación de los obstetras.

P053. ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y ESPAÑOLA. Peinador García, María Magdalena; García Sánchez, Yolanda; Boronat González, Nuria; Alberola Pérez, Ariadna; Perales Marín, Alfredo; Pérez Aytes, Antonio. Hospital Universitario Materno-Infantil La Fe, Valencia.

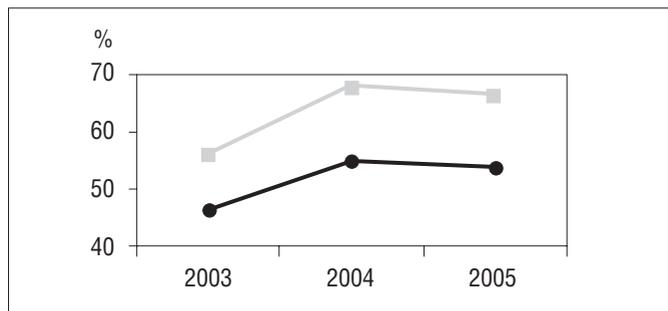
Antecedentes y Objetivos: Diversos estudios encuentran mayor proporción de lactancia materna en madres inmigrantes. El objetivo de este estudio es investigar si el aumento de la población inmigrante en nuestro hospital ha modificado las tasas de lactancia materna.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes realizado en un Hospital Materno-Infantil de tercer nivel, en los últimos tres años (Enero 2003 a Diciembre 2005). Incluye a todas las madres que dieron a luz en nuestro hospital en dicho periodo (10.615). Se comparan las tasas de lactancia materna al alta de la Maternidad, entre españolas e inmigrantes. Los datos han sido obtenidos del registro de altas del Servicio de Obstetricia, codificados bajo el sistema CIE 9.

Resultados: El 78,4% (8.315) fueron madres españolas y el 21,6% (2.300) inmigrantes. Se observó un aumento global de la lactancia materna, mayor en inmigrantes que en españolas (10,7% vs 7,2%). Las madres extranjeras superaron todos los años en lactancia materna a las españolas ($p < 0,001$).

LACTANCIA MATERNA ANUAL EN ESPAÑOLAS (●) E INMIGRANTES (■) (2003-2005).

	2003	2004	2005
Española	46,1% (2997)	54,9% (2788)	53,5% (2530)
Inmigrante	55,6% (675)	67,9% (775)	66,3% (850)
Total	47,6%	57,3%	56,2%



El análisis por áreas geográficas mostró que las madres con mayor tasa de lactancia materna fueron latinoamericanas y magrebíes, mientras que los menores porcentajes se observaron en madres asiáticas y españolas ($p < 0,001$).

PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA POR ÁREAS GEOGRÁFICAS (2003-2005).

	2003	2004	2005
Europa occidental	50,0% (84)	51,0% (51)	55,1% (60)
Europa Este	51,6% (96)	73,4% (149)	67,8% (156)
Magreb	53,5% (61)	77,1% (74)	68,7% (92)
Africa	56,0% (42)	44,3% (35)	57,3% (43)
Latinoamérica	61,1% (375)	71,8% (445)	69,6% (465)
Asia	29,3% (17)	42,7% (21)	54,0% (34)
España	46,1% (2997)	54,9% (2788)	53,5% (2530)

Conclusiones: La lactancia materna es mayor en las madres inmigrantes que en las españolas. La inmigración está favoreciendo un empuje a la lactancia materna en nuestro país. Pueden ser múltiples los motivos para ello: culturales, sociales, económicos, laborales, obstétricos, perinatales, edad de las madres... El análisis en profundidad de dichos motivos y la reflexión pueden hacer mejoras las tasas de lactancia materna en nuestro país.

P054. ACTIVIDADES PARA EL SOPORTE DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE NIVEL III. Peinador García, María Magdalena; Boronat González, Nuria; Brugada Montaner, María; Valle Gandía, María Ángeles; Bernabeu, María Dolores; Muñoz Guillén, Ana. Hospital Universitario Materno-Infantil La Fe, Valencia.

Objetivos: Describir el trabajo realizado en el Servicio de Neonatología de un Hospital de Nivel III para intentar que todas las madres que lo deseen puedan lactar, incluyendo la actividad realizada en la propia sala de ingresos y en particular en la Unidad de Lactancia.

Materiales y métodos: El Servicio de Neonatología tiene una capacidad de 68 camas, 16 de ellas de Cuidados Intensivos Neonatales (CIN). Dispone de todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Habitualmente están ocupadas un 85-90% de las camas. Ingresan al año una media de 1200 neonatos, de los que un 14% son menores de 1500 g. La Unidad de Lactancia está compuesta por dos Auxiliares de Clínica. El lugar dedicado exclusivamente a las actividades de lactancia materna (LM) es el llamado "Box de Lactancia". También se dispone de una "Sala de Extracciones" para extracción manual o con sacaleches (manual o eléctrico), y de otra sala para almacenamiento de la leche. Las madres disponen de una sala de descanso. En coordinación con el personal de la sala, la labor de las

auxiliares está destinada a mantener la LM, e incluye desde información a las madres al ingreso (tanto oral como por escrito, en varios idiomas, de grupos de lactancia...) y enseñanza de la puesta precoz al pecho hasta la extracción, almacenamiento, etiquetado, refrigeración y congelación de la leche, pasando por la ayuda práctica a la puesta al pecho de los casos difíciles, en ocasiones con suplementación con sonda, biberón o suplementadores. Las madres pueden realizar método canguro y dar el pecho ad limitum.

Para conocer las características de los neonatos que reciben lactancia materna en nuestro servicio, se llevó a cabo un estudio prospectivo, usando registros periódicos (cada 15 días) de la alimentación de todos los niños ingresados durante tres meses de 2006.

Resultados: Durante dicho periodo permanecieron ingresados una media de 52 neonatos/día (12 en CIN y 40 en Sala General). Un 40% eran < 1500 g, otro 40% eran prematuros > 1500 g o a término con patología variada y un 20% presentaban patología malformativa quirúrgica. Un 60% (31) recibían LM; 14 de ellos de forma exclusiva, 7 mixta y 7 junto con nutrición parenteral. Un 17% recibían gastroclisis (continua o intermitente). El porcentaje de niños con nutrición parenteral era del 19%. Un 27% de las madres acudían al "Box de Lactancia" para ayuda en la puesta al pecho. 18 madres se extraían leche por no poder poner aún al bebé al pecho, 10 se lo ponían al menos cuatro veces al pecho y se extraían para completar las tomas.

Conclusiones: Los neonatos ingresados en nuestro Servicio presentan patología variada y en ocasiones grave, en muchas ocasiones con dificultades en la alimentación, que hacen que los esfuerzos para mantener la lactancia materna tengan que multiplicarse. A pesar de ello, los índices de LM en los niños ingresados han ido en aumento, con descenso de la tasa de pérdidas de un 11 a un 4% en los últimos 5 años. Creemos que es de gran valor la existencia de la Unidad de Lactancia donde se lleva a cabo una compleja y meticulosa labor con gran apoyo psicológico, humano y material. También es fundamental la política del servicio de "puertas abiertas" y la labor conjunta de todo el personal, cada día más informado y mentalizado. Es imprescindible que las madres tengan acceso a sus hijos cuando lo deseen. Todos estos aspectos humanos y materiales han de ser tenidos en cuenta en la planificación de las Unidades Neonatales.

P055. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN ALUMNOS DE PRIMER CURSO DE LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA. *Redín Areta, María Dolores; Notivol Tejero, María Pilar; Pollán Rufo, Milagros; Sainz Suberviola, María Lourdes; Hermoso de Mendoza Gaínza, Consuelo Carmina. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Pública de Navarra.*

Antecedentes y objetivos: La importancia del conocimiento sobre las actitudes de la población constituye una realidad de consenso generalizado. En base a esta premisa, el presente trabajo se ha propuesto valorar la información recibida acerca de la lactancia materna (L.M.), por los alumnos de nuestra Escuela, de forma previa a sus estudios en la Diplomatura de Enfermería. Se pretende valorar los conocimientos correctos y los erróneos, así como determinar su actitud personal frente a la L.M. En una fase posterior, se ha previsto analizar los posibles cambios producidos tras el estudio de los temas sobre L.M. en la asignatura correspondiente.

Material y Métodos: Se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo. Se elaboró una encuesta, para su cumplimentación voluntaria por parte de los alumnos de primer curso de la Diplomatura, de forma previa al estudio de los temas concernientes a la lactancia. Se incluyeron cuestiones relacionadas con: edad y sexo de los encuestados, información recibida sobre la L.M. y vía de acceso a la misma, conocimientos acerca de recomendaciones de duración de la lactancia y problemas o dificultades que pueden presentarse durante la misma, consideración de la L.M. en los jóvenes de su entorno y, finalmente, intención de dar L.M. en un futuro.

Resultados: La edad de los encuestados se sitúa entre los 18-21 años en un 82,9%, correspondiendo la mayoría de ellos (97,4%) al sexo femenino. En un 59,2% de los casos, no han tenido ningún tipo de información previa sobre la L.M. y, solamente, un 9,2% recibió información durante la etapa de Educación Secundaria. Sin embargo, recomendaría la lactancia materna

un 98,7%, y cree que está muy bien o bien considerada un 65,8%, quedando un 30,3% sin una opinión formada. El 93,4% de las mujeres piensa dar lactancia materna. En cuanto a los errores de conocimiento, podemos destacar que el 38,2% afirma que por la leche no pasan al niño sustancias como la nicotina o el alcohol, mientras que el 51,3% opina que la L.M. no puede ocasionar nerviosismo ni dudas en la madre. Así mismo, un 46,1% cree que no se deben dar suplementos vitamínicos durante este proceso, considera que la lactancia materna no ocasiona molestias en los pechos un 38,2% y, finalmente, un 43,4% opina que la L.M. prolongada no disminuye el riesgo de cáncer de mama.

Conclusiones: Se observa que un elevado número de personas con edades superiores a los 18 años no ha tenido ningún tipo de información previa sobre la L.M.

A pesar del alto porcentaje (98,7%) que recomendaría la L.M. y la predisposición a llevarla a la práctica igualmente alta (93,4%), consideramos que la falta de conocimientos manifiesta podría ser uno de los factores que participaran en el elevado porcentaje de abandonos que se aprecia en la práctica diaria.

A la vista de los resultados obtenidos, estimamos oportuno continuar con el trabajo incluyendo, como sujetos de estudio, a alumnos que cursan otras titulaciones, así como determinar, en los estudiantes de Enfermería, los cambios producidos en sus conocimientos y actitudes tras el desarrollo de los temas referentes a la L.M.

P056. NIVELES SÉRICOS DE HIERRO Y NÚMERO DE CÉLULAS INMUNES EN MUJERES LACTANTES DE GRAN CANARIA. *Ortiz Andrellucchi, Adriana; Sánchez Villegas, Almudena; Rodríguez Gallego, Carlos; Molero Labarta, Teresa; Soria López, Adela; Ramírez García, Octavio; Cobo, José M; Peña Quintana, Luis; Serra Majem, Luis. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Materno Insular de Gran Canaria. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Antecedentes y objetivos: Durante el embarazo se producen en la madre modificaciones fisiológicas destinadas a asegurar el mantenimiento del embarazo. También aumentan algunos requerimientos nutricionales desarrollando frecuentemente, si no se previenen, anemias carenciales. El hierro ejerce un efecto importante sobre la proliferación y diferenciación de células del sistema inmune, por lo que una deficiencia del hierro reduce el número de linfocitos T.

El presente estudio pretende examinar la relación existente entre los niveles séricos de hierro de mujeres lactantes de Gran Canaria y el número de células de las subpoblaciones linfocitarias en sangre.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 98 mujeres lactantes que dieron a luz en el Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. Se obtuvieron 3 muestras de sangre: a los 3, 10 y 45 días post-parto, en las cuales se determinó la concentración de hierro (rango normalidad 35-150 µg/dl) y el número de células CD3, C4, CD4 IFNα+, CD8, CD8 IFNα+, CD19 y CD56.

Resultados: A los 10 días post-parto, se observa un número significativamente menor de células CD4 (p= 0,029) y de células CD4 productoras de IFNα (p= 0,003) en mujeres lactantes que presentan concentraciones de hierro inferiores al rango de normalidad. El número de células CD4 y CD4 IFNα+ aumenta en relación a la concentración de hierro, existiendo un punto de saturación a partir de la cual el número de células se mantiene estable. (Fig. 7).

Conclusiones: Un aspecto importante en la respuesta inmune de la madre lactante, es la dependencia de un adecuado estado nutricional, por lo que es necesario adquirir hábitos alimentarios saludables desde el embarazo.

P057. INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN GRAN CANARIA. *Ortiz Andrellucchi, Adriana; Villanueva Cabrera, Magdalena; Ramírez García, Octavio; Serra Majem, Luis; Peña Quintana, Luis. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Materno Insular de Gran Canaria. Asociación Canaria Pro-Lactancia Materna.*

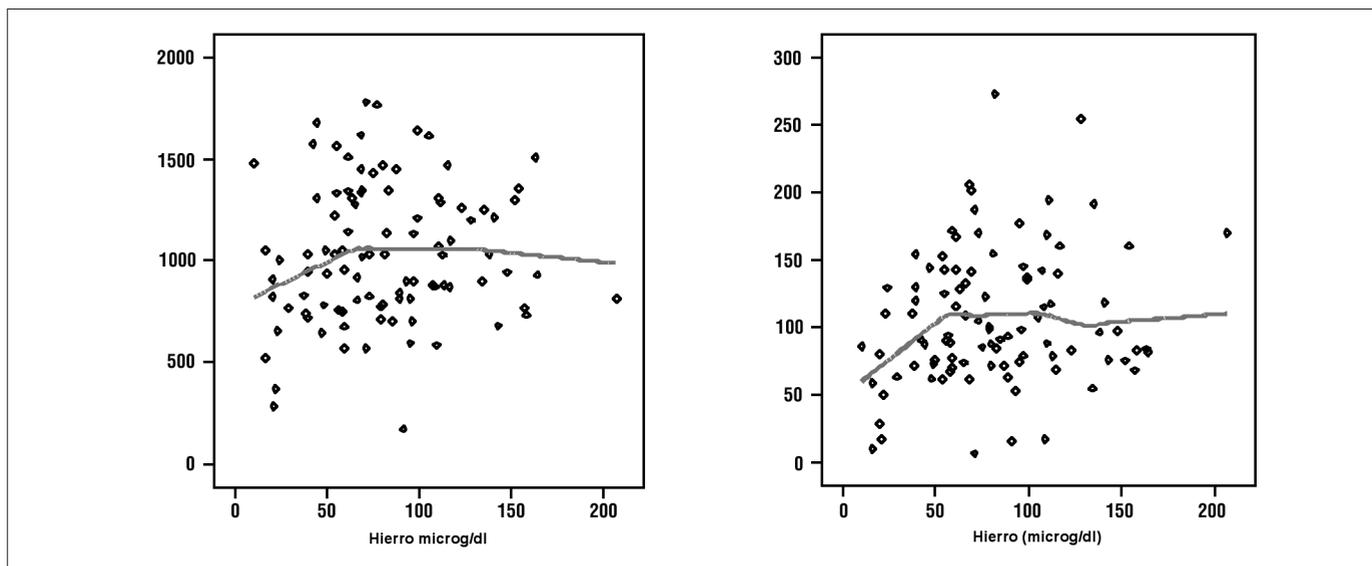


Figura 7. Regresión no paramétrica (LOESS) para valorar la asociación entre los niveles séricos de hierro y el número de células CD4 y CD4 IFN Á+.

Antecedentes y objetivos: La lactancia requiere un aprendizaje. Muchas madres descubren tras el parto que no saben cómo han de dar el pecho y afrontan con intranquilidad los problemas iniciales. Las dificultades en el acoplamiento del niño, el retraso en la subida de la leche, el dolor de la ingurgitación mamaria o trastornos de la succión, se superan fácilmente si la madre los conoce previamente, sin embargo provocan el abandono de la lactancia si la madre no está informada y preparada.

Material y métodos: Ciento cuatro mujeres motivadas con la lactancia materna, que dieron a luz en el Hospital Materno Infantil de Gran Canaria, recibieron información y apoyo para la instauración de la lactancia materna tras el parto. Previamente, durante las últimas semanas del embarazo recibieron charlas informativas y material escrito sobre el tema. Además, durante el período de lactancia tenían un número de teléfono disponible las 24hs al cual podían consultar para resolver las dudas o los problemas que surgieron durante este período.

Resultados: El mantenimiento de lactancia materna hasta los 6 meses en este grupo de mujeres, mostró una prevalencia mayor que la descrita en la literatura para población canaria (71% al alta, 60,3% a los 15 días, 33,8% a los 3 meses y 16,2% a los 6 meses). En la figura se refleja la evolución de la lactancia materna en los 6 meses tras el parto. (Fig. 8)

Conclusiones: Las madres, que dan el pecho exigen más paciencia y dedicación que las que optan por el biberón. El personal de las plantas de maternidad también necesita ser adiestrado para ofrecer ayuda e información a la madre sin caer en contradicciones.

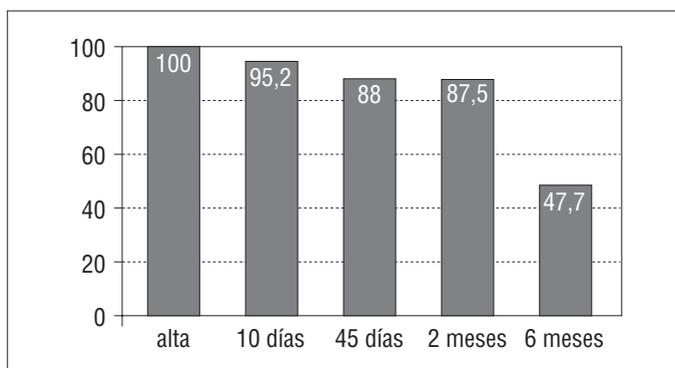


Figura 8. Prevalencia de la lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses

P058. EL 4º PASO DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS: PUESTA EN PRÁCTICA Y SEGUIMIENTO. Moya Redondo, Mª Asunción; López Cuadra, Mª Dolores; De la Cruz Pérez, Mª Amparo; Lozano Cerón, Mª Ángeles; Jiménez Marco, Concepción; Grau Gandía, Salvador; Herretero Holgado, Mª Teresa; Piñero Albero, Rosa; Asunción Ortiza, Mª Teresa; García de León González, Ricardo. Hospital Virgen del Castillo. Yecla.

Antecedentes: El CPP (Contacto Piel con Piel) y ofrecer la oportunidad de mamar al RN en la primera media hora tras el nacimiento son las premisas del 4º paso de la IHAN. Éste ha sido uno de los primeros cambios en la política de cuidados de nuestro Centro. Su implantación y seguimiento es la finalidad del estudio.

Objetivo: Describir nuestra práctica orientada al cumplimiento del 4º paso de la IHAN.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo.

Periodo estudio: 2003 – 2006 (1º semestre).

Fuente datos: Historia del RN.

Muestra: Universo.

Variables: Primer contacto, inicio y valoración 1ª toma.

Comparación resultados: prueba chi-cuadrado.

Resultados: Primer contacto Madre-RN:

Partos Vaginales		2003	2004	2005	2006
Paritorio	Al nacimiento	60,6%	74,6%	74,1%	74,2%
	Tras reanim./ valorac.	27,9%	21,1%	19,2%	20,2%
	Posparto	4,6%	2,7%	2,9%	3,3%
Primera toma < 60 min. (del total de contactos en paritorio)		92,1%	96,4%	94,8%	96,6%
Cesáreas		2003	2004	2005	2006
Reanimación		0%	21,8%	16,9%	30,2%
	Planta	100%	78,2%	83,1%	69,8%

Significación estadística en los resultados con una $p < 0,05$.

Conclusiones: Avance continuo en resultados: Implicación progresiva de profesionales.

Tras identificar oportunidades de mejora de contactos en cesáreas, se está trabajando actualmente en un Ciclo de mejora.

Necesaria monitorización permanente del 4º paso, debiendo haber justificación cada vez que no se produzca el CPP o éste se interrumpa.

Aumento satisfacción madres.

P059. EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA DE BANCO EN NIÑOS PREMATROS. *Escolà Escrivà, Josep; Galiana Ferre, Consol; Servera, Catibel; Balliu, Pere Ramon; Caro, Cristina; Escrivà Salvadó, M^a Rosa.* Hospital Universitari Son Dureta.

Antecedentes y Objetivos:

- Ofrecer LM a los niños prematuros cuyas madres no pueden lactar.
- Mejorar la calidad asistencial de los niños prematuros o con problemas digestivos específicos.

Material y método: En los últimos 17 meses se ha iniciado la administración Leche Materna de Banco (LMB) en la Unidad de Neonatos de nuestro Hospital. Los pacientes debían cumplir alguno de los siguientes requisitos entendiéndose, en todos los casos, la imposibilidad de la madre para lactar a su bebé:

- Menor de 1000 gramos y/o menor de 28 semanas de gestación.
- Intolerancia digestiva.
- Postintervenidos de cirugía digestiva.
- Situaciones de gravedad donde se prevé un beneficio por parte del paciente.

Resultados: En nuestra unidad se ha administrado leche de banco a 17 prematuros en los últimos 17 meses. De estos pacientes, cinco todavía siguen ingresados en la unidad por lo que los resultados hacen referencia a los 12 pacientes que han sido dados de alta hasta la fecha.

La edad gestacional media ha sido de 27 semanas y el peso medio 920 gramos con un predominio de niñas (1:1,4). Se realizó fecundación asistida en un 30% de los pacientes y el parto fue por cesárea en un 75% de los casos. En 2 casos hubo sospecha de corioamnionitis. La mayoría de los pacientes presentaron enfermedad pulmonar crónica del prematuro, persistencia del conducto arterioso, hiperbilirrubinemia no isoimmune y sepsis a diversos gérmenes. Por ello precisaron intubación orotraqueal, administración de surfactante en la fase aguda y oxígeno durante largo tiempo, tratamiento médico y/o quirúrgico para el cierre del ductus, fototerapia y antibioterapia endovenosa con implicación de llevar catéteres centrales durante largo tiempo. Algunos de ellos presentaron hemorragia intraventricular o parenquimatosa en distintos grados (7 casos) y los casos que presentaron mayores necesidades de oxígeno desarrollaron retinopatía del prematuro (3 casos). En 2 casos se diagnosticó de enterocolitis necrotizante y otros 2 han presentado lesiones tardías de leucomalacia.

El periodo medio de administración de LMB ha sido de 25 días con periodos interrumpidos según el estado del paciente. La supervivencia ha sido de un 75%.

Conclusiones:

- Los pacientes candidatos a recibir LMB presentan gran complejidad debido a su prematuridad.
- Será necesaria una revisión comparativa y a largo plazo para poder sacar conclusiones sobre los beneficios de la administración de LMB en nuestro medio.
- En un futuro, la generalización en la administración de LMB a un mayor número de pacientes, permitirá valorar mejor los beneficios de ésta.
- Se ha potenciado la alimentación con leche materna a todos los pacientes de la unidad, dado el elevado coste que supone la obtención de LMB.
- Se ha promocionado y aumentado el número de donantes de la leche materna, en la unidad, como acto de solidaridad de algunas madres hacia otros prematuros.

P060. EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN LIPÍDICA DE LECHE HUMANA DURANTE LA LACTANCIA. *Sánchez-Calderón, Alberto; Sala-Vila, Aleix; Garrido-Torrecillas, Francisco Javier; Jerez-Calero, Antonio; Castellote-Bargalló, Ana Isabel; Rodríguez-Palmero, María; López-Sabater, María del Carmen; Martín-Lagos, José Antonio; Abril, Ana; Campoy Folgado, Cristina.* Departamento de Pediatría. Universidad de Granada. Departamento de Nutrición y Bromatología. Universidad de Barcelona. Departamento Científico. Laboratorios Ordesa, S.L.

La leche materna se considera el alimento ideal para la alimentación del bebé durante los primeros 6 meses de vida. Respecto a su composición en macronutrientes, la fracción lipídica es crucial para cubrir las ne-

sidades nutricionales del recién nacido y lactante, pues al menos el 50% de las calorías son aportadas en forma de grasas. Numerosos estudios han demostrado que los lípidos están implicados en importantes funciones estructurales y fisiológicas en el organismo. Los componentes grasos más importantes de la leche son los ácidos grasos (AG); estos están esterificados principalmente en forma de triglicéridos (TG), y suponen el 98% de la fracción grasa de la leche. Una pequeña proporción de ácidos grasos están esterificados en forma de fosfolípidos (FL), que están incluidos en una membrana que recubre y estabiliza el núcleo lipídico de cada glóbulo graso de la leche. Los FL son fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL, ácido nervónico (AN; C24:1 ω -9) y colina). Estos nutrientes son necesarios para el correcto desarrollo del lactante.

Material y Métodos: En el presente estudio se analizan los cambios en la composición de leche materna (FL, AG y TG) en 66 madres lactantes sanas a lo largo de la lactancia (calostro (C), leche de transición (LT) y leche madura (LM)) Bioquímica: Cromatografía de capa fina: FL y TG. Cromatografía gaseosa: fracciones de AG. HPLC: tipos de FL (fosfatidiletanolamina, fosfatidilinositol, fosfatidilserina, fosfatidilcolina y esfingomielina). Estadística: ANOVA para medidas repetidas, análisis de correlación.

Resultados: La LM presentó una menor concentración de FL que las otras leches (p<0.020). El porcentaje de esfingomielina fue constante en todas las etapas de la lactación, mientras que el porcentaje de fosfatidilcolina en la LM fue significativamente menor (p<0.05) que en el C y LT. Los TG en la LM contenían niveles bajos de ácido araquidónico, ácido docosahexaenoico (DHA) y AN (p<0.001).

Conclusión: La composición de los diferentes FL y ácidos grasos de FL y TG en la leche de madres granadinas varía a lo largo de la lactancia adaptándose a la madurez metabólica del bebé. Desde el C hasta la LT se produce una disminución del contenido de DHA en los FL, que están a su vez disminuidos. Durante las 2 primeras semanas de lactación, existe un flujo mantenido hacia el lactante de AN a través de la leche materna. Se observa un descenso significativo del índice AGPI-CL de los FL / AGPI-CL de los TG conforme avanza la lactancia.

Financiado por: Fundación Empresa-Universidad de Granada, la Fundación Bosch i Gimpera y el Centro de Referència en Tecnologia de los Aliments, Generalitat de Catalunya.

P061. APROXIMACIÓN A LA INTENCIÓN DE AMAMANTAR EN LAS MUJERES GESTANTES CONTROLADAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE UN DEPARTAMENTO SANITARIO. FACTORES RELACIONADOS. *Rodríguez García, Amparo; Tadeo Bonet, Victoria; Soler Rico, Dolores; Irigoyen Miquelarena, M^a Isabel; Pérez Montero, Isabel; García López, Mercedes; Motilla López, Feliciano; Renovell Giner, Carolina; Agustí Cruañes, Milagros; Roger Martínez, M^a José.* Centros de salud del Departamento Sanitario 5 de Valencia

Antecedentes y Objetivos Entre las estrategias para mejorar el inicio de la lactancia materna (LM) es interesante conocer la intención de amamantar entre las mujeres gestantes controladas en las consultas de supervisión del embarazo y algunos factores relevantes implicados. Esta información permitirá diseñar intervenciones apropiadas de promoción y apoyo a la LM entre las madres, y poder evaluarlas periódicamente. Tras la creación de la comisión de la lactancia en nuestro departamento sanitario nos planteamos averiguar la situación inicial como punto de partida.

Material y método Durante el mes de octubre de 2005 las matronas de todos los centros de salud de nuestro departamento sanitario, realizan una breve encuesta a las mujeres gestantes visitadas en el programa de supervisión del embarazo, mediante la cual, se obtienen datos, fundamentalmente: intención de amamantar, experiencia previa en lactancia, nº de hijos, y motivos de intención de lactancia negativa.

Se realiza un estudio descriptivo de los datos registrados con el paquete estadístico SPSS

Resultados Se entrevista a 1025 madres, 54.8% disfrutaban de su primer embarazo, el 33.2% tenían un hijo previo, 13% tenían 2 o más hijos. Tenían intención de amamantar al bebé, para el embarazo actual, el 85.8% de las gestantes. El 68.5% de las madres que tenían hijos previos, referían haber amamantados a estos, frente a un 31.35 que no lo habían hecho. Entre

las madres con hijos, la intención de amamantar para este embarazo era mucho mayor, entre las madres que ya habían tenido una experiencia de lactancia positiva (91.2% de intención positiva para este embarazo) comparado con las madres que no habían dado pecho a sus otros hijos (62.1% de intención positiva para embarazo actual). El 13.1% de las mujeres encuestadas (145 mujeres) no tenían intención de amamantar, el motivo esgrimido con más frecuencia (n: 64) es: "no deseo de amamantar", seguido por dificultades con el trabajo (n: 32), otros motivos referidos fueron: desinformación, hepatitis C, patología mamaria, medicación, embarazo gemelar o riesgo de prematuridad, hábito tabaquico y estudios.

El 89% de las mujeres entrevistadas durante su primer embarazo tenían intención de dar pecho, entre las que ya tenían hijos la intención era algo menor (82%).

No había diferencia en la intención de amamantar entre los centros de salud de la ciudad y los municipios de L'Horta.

Conclusiones: La intención de amamantar en nuestro ámbito es alta. Para conseguir resultados efectivos es importante ofrecer a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus bebés, mejorar el soporte precoz y entusiasta a las mujeres, sobretodo a las que están ante su primer embarazo, y facilitar, a todas, la asistencia a educación maternal, talleres de lactancia y contacto con grupos de apoyo.

P062. APROXIMACIÓN A LA FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL EN LOS CENTROS DE SALUD DE UN DEPARTAMENTO SANITARIO. *Agusti Cruaños, Milagros; Gamon Gurrea, Francisca; García López, Mercedes; Roger Martínez, M^a Jose; Martínez García, Carmina; Ballester Sanz, Alfredo; Irigoyen Miquelarena, M^a Isabel; Soler Rico, Dolores; Albiñana Valles, Emma; Tadeo Bonet, Victoria.* Centros de salud del Departamento sanitario 5 de Valencia.

Antecedentes y Objetivo. Mejorar los índices de lactancia natural es un objetivo de salud prioritario en nuestro ámbito, hasta conseguir aproximarnos a la recomendación internacional de Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y junto con alimentación complementaria hasta los dos años. Tras la creación de una comisión de lactancia en nuestro departamento de salud, nos planteamos una evaluación inicial de la prevalencia, tiempo de lactancia natural y alimentación complementaria oportuna, en los lactantes visitados en el programa de supervisión de la salud infantil.

Material y método. Se incluyen los niños de 0 a 2 años visitados durante el mes de octubre de 2005, en los centros de salud, para consulta concertada del programa de supervisión de la salud infantil. Al cuidador acompañante se le realiza un a encuesta de alimentación con el metodo de recuerdo de 24 horas, según modelo LACMAT (validada y recomendada por OMS).

Resultados. Se realizan 1026 encuestas durante el período estudiado (556 niños y 470 niñas).

Entre los neonatos (menos de un mes) reciben lactancia materna exclusiva (LME) 62.3%, lactancia materna predominante (LMP) 1.3%, lactancia mixta (Lmix) 16.9% y lactancia artificial (LA) 19.5%.

Entre los bebés de 1 y 3 meses La LME es menor (45.6%), aumenta la LA (38.2%) y la LMP (2.9%).

En los bebés de 4 meses se encuentran cifras similares de LME (42.6%), con aumento de Lmix (17.4%) y LMP (4.3%), la LA la reciben el 35.1% de los niños de esta edad

En la revisión de los 6 meses reciben Lactancia materna completa LMC (incluye LME y LMP) 16.9% y lactancia Materna con alimentación complementaria (LMAC) 30.3%, en total 46.9% de los niños de esa edad mantienen alguna toma de pecho al día. EL 6.3% de los niños de esta edad toman sólo LA, y el 46.5% Lactancia artificial con alimentación complementaria (LAAC)

En el grupo de 8 a 12 meses, la mayoría de bebés han sido destetados, mantienen alguna tetada junto con la alimentación complementaria el 16% de los niños.

De los niños de más de un año, sólo el 11.8% reciben alguna toma de pecho al día.

La alimentación complementaria se introduce hacia los 6 meses en la mayoría, en los niños, con lactancia artificial se introduce antes que en los que reciben pecho (en el grupo de 4 meses, 6.4% de LAAC, frente 1.6% de LMAC)

Los índices de lactancia en las distintas edades son similares en los centros urbanos de la ciudad que en los municipios de L'Horta.

Conclusiones. En nuestro medio, la prevalencia de lactancia materna en los niños de menos de seis meses es alta comparada con otros estudios nacionales, pero no llega a alcanzar las recomendaciones internacionales. En el segundo semestre de vida la frecuencia del amamantamiento cae dramáticamente.

Los resultados reflejan la necesidad de seguir trabajando por la promoción y apoyo de la LM, cualquier esfuerzo de los profesionales podrá suponer una mejora de la prevalencia y duración del amamantamiento. Se precisan reevaluaciones futuras para ver la efectividad de las intervenciones en nuestro ámbito sanitario.

P063. MATERNIDAD, LACTANCIA MATERNA Y FORMACIÓN MIR DE PEDIATRÍA. *Villalobos Jarque, Esther; Segura Tigell, Sandra; Jiménez Ximenis, Marta; Bosch Castells, Joaquim; Gómez Papi, Adolfo.* Hospital universitario de Tarragona Joan XXIII.

Antecedentes: Los derechos legales de la madre trabajadora y las recomendaciones de la OMS en lactancia materna son en la práctica difíciles de compaginar con la formación MIR.

Objetivos: Describir nuestra experiencia a la hora de compaginar maternidad, lactancia materna y formación MIR.

Material y métodos: Tres mujeres residentes de pediatría recopilamos la legislación vigente referente a la madre trabajadora y las particularidades del contrato de la formación MIR. Aplicamos la hora de lactancia, en periodos de media hora cada 4 horas de trabajo (al principio y a mitad de la jornada) incluidas las guardias, dando el pecho en el lugar de trabajo. Extracción de leche en el servicio. Elaboramos unas encuestas para las madres MIR de nuestro hospital de respuestas múltiples, con una de las respuestas abierta, en las que preguntábamos por la maternidad, la lactancia materna durante el MIR, etc.

Resultados: No hemos podido gozar de algunos de los derechos de la madre trabajadora (reducción de jornada, excedencia, jornada nocturna) por la continuidad que nuestro trabajo requiere y por la ausencia de sustitutos posibles. Continuamos con la lactancia materna a pesar de las dificultades. Dar el pecho en el servicio fue satisfactorio por la posibilidad de ver y amamantar a nuestros hijos durante la jornada laboral sin necesidad de ausentarnos. Necesitamos un buen soporte logístico (familia y cuidadores). Dos de nosotras tuvimos que recuperar el tiempo de baja maternal prolongada (amenaza de parto prematuro) con una prórroga de la formación MIR. Experimentamos un aumento de los conocimientos en puericultura y lactancia y mayor empatía hacia las madres. Los resultados de las encuestas de las madres en formación MIR (n=6) fueron: 5 están muy satisfechas pero a sólo 3 no les importaría repetir durante el MIR; 5 piensan que el principal problema para ser madres durante la residencia son las guardias, 4 no tener bastante tiempo para estudiar, y asistir a cursos, 2 el horario de cada día, 1 la baja maternal por la discontinuidad en la formación. Todas han amamantado a sus hijos, 1 durante la baja maternal, 1 hasta los 6 meses y 4 más de 12 meses. Al incorporarse al trabajo, 3 llegaban una hora más tarde, 1 se extraía la leche, 1 se iba una hora antes y 3 se extraían la leche, llegaban una hora más tarde y les traían al niño durante las guardias. Las 6 conocían sus derechos pero no pudieron disfrutar de todos ellos (reducción de jornada, trabajar de noche, y excedencia). Para todas ellas la maternidad ha sido una de las mejores decisiones de su vida, a 3 les ha enriquecido desde el punto de vista personal y laboral, y a 3 más, sólo desde el punto de vista laboral.

Conclusiones: Es posible compaginar la lactancia materna con la formación MIR aunque requiere un buen apoyo familiar y en el ámbito laboral. Durante la formación MIR existen dificultades para poder disfrutar de todos los derechos de maternidad por ello, es necesario establecer una legislación clara y específica para el colectivo MIR, y poner las medidas oportunas para poder llevarla a cabo.

La maternidad es una experiencia enriquecedora personal y profesionalmente para una MIR de pediatría. Por otro lado, es un hecho natural y que se tiene que favorecer y respetar en todas las profesiones, incluidos los MIR.

P064. DIETA MEDITERRÁNEA: SALUD PARA EL LACTANTE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. Pérez Gañan, José; Dalfó Pibernat, Artur; Gimeno Pita, Patricia.

Objetivos: Conocer los hábitos dietéticos de las madres lactantes y las características de la lactancia materna.

Determinar si existe relación entre los hábitos dietéticos de la madre y la salud del lactante; y concretamente entre la dieta mediterránea y la salud del lactante.

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Ámbito: Multicéntrico: 2 Centros de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona.

Población de estudio: 30 madres con lactantes menores de 18 meses que habían seguido lactancia materna un mínimo de 3 meses.

Material y métodos: Se recogieron, con un cuestionario auto diseñado, mediante entrevista clínica y revisión de la Historia Clínica, a un total de 30 madres, las siguientes variables: edad de la madre, sexo del lactante, madre primípara, hábitos tóxicos de la madre, nivel educativo de la madre, número de meses de lactancia, tipo de parto, cólicos e infecciones en el lactante, atopias, desarrollo peso, talla y perímetro craneal, nivel dietético de la madre.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0 para la introducción de los datos y la explotación de los mismos. En el análisis estadístico para describir las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar. Para describir las variables cualitativas se utilizaron proporciones e Intervalos de Confianza. Para determinar si existía relación entre las variables cualitativas se utilizó la prueba del χ^2 , entre las variables cuantitativas la correlación de Pearson, y comparación de medias cuantitativas y cualitativas la t de student.

Resultados (todavía en fase de pilotaje): Edad media de la madre: 33,43 años (DE: 3,207). 43% eran niños y el 57% niñas.

43% de las madres eran primíparas. 71% de las madres eran universitarias. 86% no fumadoras. 57% eran exfumadoras. 14% toman alcohol. Media de meses de lactancia materna exclusivamente: 3,71 (DE: 2,138). 100% de los partos eutócicos. 28,6% lactantes padecieron algún episodio de cólico durante los 3 primeros meses. 100% no tuvieron ningún ingreso hospitalario por motivos infecciosos. 14% de los lactantes estaban por debajo del P3 (Peso, talla o PC). 29% se trató para algún episodio de atopía. 14% de las madres lactantes realizaron una óptima dieta mediterránea. Existen diferencias estadísticamente significativas entre si la madre es primípara y el número de meses de lactancia ($t=0,282$; $p=0,029$).

Conclusiones: Las madres lactantes no realizan una dieta mediterránea de forma adecuada.

Los lactantes que siguieron un mayor número de meses de lactancia materna exclusiva tuvieron menos episodios de cólicos, ingresos hospitalarios y atopias.

Una buena alimentación y concretamente la conocida dieta mediterránea proporciona un óptimo estado de salud para la madre y el lactante.

P065. CRITERIOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA DURACIÓN MÁXIMA DE LA LACTANCIA MATERNA. Giménez Sanchis, Lidia; Basset Ausas, Carme; Deulofeu Monrabà, M^a del Puig; Fernández García, Anna; Sabench Suriñach, Antònia. EAP Sant Celoni. SAP Granollers-Mollet.

Antecedentes y objetivos: A lo largo de nuestra experiencia pediátrica hemos observado que todo el personal sanitario que atiende a madres lactantes no da las mismas recomendaciones de duración máxima de la lactancia materna.

El objetivo del estudio es conocer las recomendaciones en relación a la duración máxima de la lactancia materna del personal sanitario (pediatras, enfermeras pediátricas y matronas) de nuestro sector de atención primaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. La recogida de datos se ha realizado a través de encuesta estructurada. El análisis de datos se ha realizado con el programa informático SPSS.

Resultados: La encuesta se ha pasado a un total de 155 profesionales. Han respondido el 60,65% (94), de los cuales 10,64% (10) son matronas, 55,32% (52) enfermeras y 34,04% (32) pediatras.

La media de edad es de 45,39 años, y las edades están comprendidas entre 25-64 años.

En referencia al consejo de finalización, el 23,40% (22) profesionales recomiendan una fecha de finalización de la lactancia, que va desde los 6 meses a los 3 años, siendo la edad más recomendada los 12 meses (10,64%, respecto al total, y 45,5% respecto a los que aconsejan final).

El 76,60% (72) de profesionales no mencionan fecha para la finalización de la lactancia. Entre las respuestas más repetidas se encuentran: "cuando la madre quiera" 31,9% (30), y "cuando madre y bebe lo decidan" 25,23% (24).

En referencia a la fuente de información donde se asesoran los profesionales respecto a la lactancia, el 67% de los profesionales lo hacen con bibliografía, el 48% se basan en su experiencia personal, el 32% en los compañeros/as de trabajo y el 14% en su experiencia profesional y el 17% de otras fuentes, donde destacan los cursos. Esta pregunta tiene multirespuestas.

Si relacionamos la variable consejo de finalización con la edad del profesional, podemos observar que en todos los grupos de edad prevalece el no dar una fecha de finalización de la lactancia por encima de darla: 31-40 años 90%/10%, 41-50 años 75%/25%, 51-60 años 78,89%/21,1%, 61-65 años 66,7%/33,3%. En el grupo de 21 a 30 años se da la proporción contraria: 42,9%/57,1%.

El análisis por sexos nos descubre que de los profesionales que recomiendan la finalización, el 86,36% (19) son mujeres, que representan un 22% de las mujeres encuestadas, y un 13,63% (3) son hombres, que representan el 37,5% de los hombres encuestados.

Por ocupación el colectivo de matronas no dan fecha de finalización en un 100%. Los pediatras es el colectivo que aconseja la finalización en un porcentaje más elevado (31,3%). El 76,9% de las enfermeras pediátricas no aconsejan fecha mientras que un 23,1% sí lo hace.

De los profesionales que no hacen referencia a la bibliografía como fuente de datos, el 80,6% (25) no dan fecha de finalización y el 19,4% (6) sí la dan. De los profesionales que sí hacen referencia a la bibliografía, el 74,6% (47) no recomiendan fecha de finalización y el 25,4% (16) sí.

Conclusiones: La mayoría de los profesionales no recomienda la finalización de la lactancia materna, y creen que es la madre y/o el niño que han de decidir cuando abandonar la lactancia.

Destaca que los profesionales más jóvenes tienden a recomendar una fecha de finalización en un porcentaje más elevado que los profesionales de más edad, exceptuando el grupo de 60-65 años.

Los hombres tienen más tendencia a dar una fecha de finalización, al igual que los pediatras.

No podemos concluir que la documentación bibliográfica sea el motivo o no del consejo de finalización de la lactancia materna. En cambio sí que podemos concluir que los profesionales no se basan únicamente en fuentes científicas para llevar a cabo su trabajo diario.

P066. LACTANCIA MATERNA DE INICIO DIFÍCIL EN EL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO SANO. SITUACIÓN AL MES DE VIDA. Capdevila, Eva; Sánchez, Lara; De la Fuente, Asun; Porta, Roser; Molina, Vicente. Institut Universitari Dexeus.

Objetivos: Estudiar la situación de la lactancia materna al mes de vida en un grupo de madres de recién nacidos a término sanos con dificultades para iniciarla.

Material y método: Análisis retrospectivo descriptivo realizado durante los meses de abril y mayo de 2006 mediante revisión de historias y contacto telefónico con las madres al mes de vida.

Criterios de inclusión:

Todas las madres primíparas de recién nacidos sanos a término nacidos de gestaciones únicas en este período cuya alta al domicilio tiene lugar antes de las 72 horas de vida (se excluyen partos por cesárea) y que presentaron dificultades al inicio definidos como:

1. Dificultad de agarre objetivada por más de un turno de enfermería
2. Uso de pezonera
3. Uso de sacaleches
4. Pérdida de peso superior al 10% del peso al nacimiento
5. Administración de suplementos de lactancia artificial por indicación médica

Resultados: De un total de 301 recién nacidos en el período estudiado, se seleccionan las 32 parejas madre-recién nacido que cumplen los criterios de

inclusión, de las cuales 4 se descartan por imposibilidad de seguimiento. El total de casos con dificultad de agarre es de 22 (78.57%), en los cuales se utiliza pezonerá en 16 niños y sacaleches en 2 niños. En 3 casos existe una pérdida de peso superior al 10%, en 3 casos se administran suplementos por orden médica (todos ellos con jeringa o cuchara) y en un caso coinciden ambos factores.

Los resultados en cuanto a situación de la lactancia materna son los siguientes:

Situación de la lactancia materna al mes de vida en la población del estudio

	Grupo de estudio (n=28)
Materna exclusiva	14 (50%)
Mixta	11 (39.28%)
Artificial	3 (10.71%)

Al mes de vida los métodos utilizados para mantener la lactancia materna son: pecho directo en 8 casos, pezonerá en 2, pecho y biberón en 13 y biberón exclusivo en 2 (sacaleches).

La media de horas de vida al alta es de 65.42 horas. La media de días de vida a la primera revisión por su pediatra es de 7.14 días (con un rango de 4 a 10 días). La participación en grupos de soporte es del 10.71%.

El porcentaje de abandono de la lactancia materna es del 10.71% (3 casos), siendo en estos casos el motivo de abandono la hipogalactia en 1 caso y el consejo del pediatra en 2 casos. En un caso el lactante precisó ingreso hospitalario por deshidratación leve, el cual posteriormente mantuvo lactancia mixta.

Conclusiones: En la muestra seleccionada de recién nacidos a término sanos con dificultades para iniciar la lactancia se constata una baja proporción de lactancia materna exclusiva al mes de vida. Destaca también que la primera revisión pediátrica tuvo lugar, como promedio, a los 4 días del alta y que sólo un 11% de las madres acudieron a un grupo de apoyo. Mejorar estos dos aspectos, además del apoyo intrahospitalario, podría aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

P067. LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES. PREVALENCIA. ABANDONO PRECOZ. *Franco Antonio, Cristina; González Ocaña, Silvia; Sánchez Frías, Pedro; Cáceres Chacón, Elena; Maiza Beguiristain, M^a Isabel.* Hospital San Pedro De Alcántara (Cáceres).

Antecedentes y Objetivos: Dado que en nuestro área no existen informes previos, se inicia este trabajo con el objetivo de conocer:

- Prevalencia de lactancia materna exclusiva al nacimiento y meses posteriores
- Factores asociados al abandono precoz de dicha práctica

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, sobre las mujeres que daban a luz en la maternidad de nuestro área de salud. Realizado mediante una encuesta de respuestas cerradas, con 28 preguntas. La población a estudio son mujeres que dan a luz mediante parto eutócico o distócico, cuyo hijo no presente un motivo de ingreso en la unidad de neonatos superior a 12 horas.

Resultados: Obtenida una muestra de 94 mujeres, de las cuales 50 primíparas y 44 multíparas, los resultados obtenidos son los siguientes:

Un 94.6% de todas las mujeres eligieron iniciar una lactancia materna exclusiva. Entre los motivos que ayudaban a las mujeres a elegir dicho método de alimentación, en las primíparas estaban: Creer que era lo mejor para el bebé 77.08% y creer que mejoraría su relación con el bebé 14.58%; y en las multíparas: creer que era lo mejor para el bebé un 70,73% y una buena experiencia anterior el 21,95%. Al mes un 75.60% continuaba con la Lactancia materna (LM), un 17.07% había pasado a Lactancia mixta (LMx), y el 7.31% a Lactancia Artificial (LA) A los 2 meses el 63.41% seguía con la LM, un 21.95% con LMx y un 14.63% con LA. A los 3 meses el 48.78% seguía con LM, un 24.39% con LMx y un 26.82% con LA. A los 4 meses el 41.46% seguía con LM, un 14.63% con LMx y un 43.90% con LA. Los principales motivos de paso a LMx son: principalmente la sensación de que el niño no se saciaba, la escasa ganancia ponderal de peso, siendo importantes también motivos como el regreso al trabajo y la sensación de hipogalactia. Los principales motivos de paso a LA son: principalmente la hipogalactia y escasa ganancia de peso, el rechazo por parte del niño del pecho y el regreso al

bajo. Un dato importante es que a los 4 meses solo el 37.5% de las mujeres que trabajan fuera de su hogar han regresado al trabajo, y de todas ellas el 66.6% ha pasado a la lactancia artificial.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio, hemos podido comprobar que en nuestro área de salud se observa una evolución en la prevalencia de la lactancia materna muy similar a la de otras áreas geográficas con estudios previos, observamos un descenso gradual de la lactancia materna exclusiva en pro de la lactancia mixta y artificial, llegando al cuarto mes a ser mayor el porcentaje de mujeres que han optado ya, por la lactancia artificial. Creemos que es nuestro deber establecer una mejor comunicación con la mujer durante el puerperio, intensificando la visitas que se les hace para valorar, prevenir y poner remedio temprano a los problemas que surgen, siendo este el apoyo que probablemente mejorará la duración de la lactancia materna, como lo han logrado otros países europeos que nos deben servir de ejemplo en la atención continuada.

P068. DEL TALLER DE LACTANCIA AL GRUPO DE APOYO: MADRES EN EVOLUCIÓN. *Laredo Ortiz, Salomé; Rozada Montemurro, Rosario.*

Los talleres de lactancia en los centros de salud suponen una experiencia dinámica de aprendizaje para la mujer, le permite adquirir seguridad en sí misma, y vivir plenamente su maternidad y lactancia.

Durante estos años hemos observado el proceso de maduración y empoderamiento de las mujeres lactantes. Se inicia con su presencia participativa en el taller de lactancia y acaba con un compromiso de amadrinamiento y voluntariado en lactancia materna como miembro de un Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna.

El estudio del comportamiento de estas madres nos ha sugerido una Clasificación de Madres en función de su actitud y su implicación en el taller:

1.- Madre Receptiva: Es la madre primeriza o de inicio, ella y su bebé son los que más necesitan del taller, ella busca aprender y demanda ser apoyada.

2.- Madre Confiada: Ha adquirido seguridad, la lactancia fluye, su bebé es feliz y ella también. Muestra una actitud de agradecimiento, siente que ya tiene un hueco en el taller. Vive la lactancia como forma de crianza: sin considerar su abandono y con un total respeto a las necesidades básicas de su criatura.

3.- Madre Dique: Es una madre afirmada en sus convicciones, segura de sí misma, irradia felicidad y poderío. Acude al taller de lactancia con periodicidad. Tiene muchos conocimientos y sentimientos almacenados sobre la lactancia y lo que ha supuesto para ella, pero aún no se siente capaz de comunicarlos al grupo grande. Sin embargo la vemos que empieza de forma espontánea sus pinitos acercándose a las mamas nuevas, o en contactos cercanos con otras madres les susurra: "a mí me pasó lo mismo".

Elas son el embrión de los GRUPO DE APOYO: en ellas se está gestando el paso de ser una madre de taller de lactancia al futuro compromiso como madre de grupo de apoyo.

4.- Madre Puente: Llega un día que el dique rebosa; la situación física de exceso de trabajo en el taller puede ser el detonante para que se sienta capaz de orientar a otras madres y apoyar en voz alta. Entonces ella se convierte en un puente que une todo lo que ella ha ido reteniendo en ese dique interior con el apoyar a quien lo necesite.

Ella representa a aquellas madres, que habiendo vivido de forma satisfactoria la experiencia de la lactancia, sienten la necesidad, el ímpetu, la obligación moral de transmitirlo, de apoyar como ella fueron apoyadas, de ayudar como a ellas le ayudaron. Está dispuesta a sumergirse en estas vivencias femeninas, en estos hechos de la sexualidad y la maternidad que nos transforman y que al ser capaces de compartirlo - tanto con otras mujeres como con nuestras parejas - nos enriquece y fortalece como madres y como personas. Es nuestro espacio más íntimo, más privado: el de la relación con nuestros hijos, el que ponemos al servicio de ésta pequeña comunidad.

5.- Madre que fluye: Es la madre empoderada en actitud de expansión y sobrepasa los límites del taller de lactancia. Se siente capaz de ir a otros lugares, realizar diversas actividades y disfruta de ello. Acude a otros centros de salud para ayudar a crear nuevos talleres, participa en reuniones y charlas, y aumenta su compromiso personal.

El taller de lactancia es un espacio abierto con distintos niveles de compromiso. Apoyarlos y promocionarlos es fundamental para la expansión de la cultural de la lactancia materna.

P069. LA LACTANCIA MATERNA COMO PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA; MUJERES: MATERNIDAD Y TRABAJO EN LOS CINCO CONTINENTES. *Megías Ortiz, M^a Ángeles; Machado Fernández, Adolfo. Asociación Canaria Pro Lactancia Materna.*

Introducción y antecedentes: Este trabajo se ha realizado, siguiendo las recomendaciones de la OMS y de UNICEF recogidas en el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa.

Objetivos:

1. Desarrollar a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) la educación en valores creando un nuevo tema transversal: la Lactancia Materna (LM)
2. Promocionar la LM entre adolescentes de ambos sexos y su entorno familiar, fomentando la coeducación realizando presentaciones que incorporen contenidos sobre LM, embarazo y parto, y confeccionando muñecas que paren y amamantan.
3. Conocer, a través de Internet y de los foros de participación ciudadana, los proyectos solidarios en relación con la infancia, la maternidad y la salud reproductiva.

Materiales utilizados: Libros de Medicina, etnopediatría, presentaciones sobre LM, etcétera. Para la realización de las muñecas se han reutilizado camisetas, retales de tela, atendiendo al desarrollo sostenible.

Metodología:

1. Activa: Obtención de información cultural y de salud de mujeres de los 5 continentes.
2. Cooperativa: Búsqueda de ayuda para elaborar la muñeca entre familiares cercanos.
3. Creativa: Desarrollo del pensamiento divergente a través del enfoque multicultural.
4. Participativa: en la evaluación de los trabajos han participado estudiantes y los familiares que han colaborado en el trabajo, así como personal sanitario y docente.

Resultados:

- Han participado 114 estudiantes de ambos sexos y sus familias, realizando 105 muñecas.
- Han elaborado carteles sobre el proceso de creación de las muñecas.
- Han realizado 43 presentaciones informáticas en grupos heterogéneos.
- Han respondido a una encuesta (28-6-2006) para evaluar la consecución de los objetivos.
- Exposición de muñecas y carteles explicativos sobre la Lactancia Materna.

Conclusiones:

1. La utilización de las TIC ha facilitado la interiorización del mensaje educativo y ha conseguido la Promoción de la LM, como lo demuestran los datos de la encuesta.
2. El método empleado en este trabajo se muestra como un procedimiento válido para fomentar la comunicación y la colaboración dentro del núcleo familiar, impulsando la transmisión de valores intergeneracionales, recuperando la cultura de la Lactancia Materna y la de una alimentación saludable, a edad temprana, para los futuros hijos.
3. El trabajo con las muñecas ha servido para acercar a los estudiantes y las familias a otras culturas que ya están formando parte de nuestra cambiante sociedad.
4. La elaboración de las muñecas les ha acercado a su propio cuerpo, a ver el embarazo, el parto y la LM como un hecho natural y a reconocer la Lactancia Materna como la opción saludable, ecológica y económica de alimentación del recién nacido.

P070. FRENILLO LINGUAL CORTO Y LACTANCIA MATERNA. *Palencia González, Zulima; Herrero Martínez, Helena; Vázquez Fernández, José Antonio; Suárez Menéndez, M^a Etevlina. Hospital San Agustín. SESPA. Avilés.*

Introducción: La presencia de frenillo lingual corto o anquiloglosia puede ocasionar dificultades para el amamantamiento, el lenguaje y dentales. Con el aumento de la lactancia materna, el frenillo corto se ha identificado como un problema por la dificultad que conlleva para un adecuado agarre al pecho.

Se han propuesto diversos criterios de diagnóstico, si bien la actitud terapéutica es controvertida. Hazelbaker elaboró una tabla que permite objetivar la función (7 ítems) y la apariencia (5 ítems) de la lengua. Valora el aspecto de la lengua, la elasticidad y longitud del frenillo, la posición del mismo, así como los movimientos de la lengua. Una puntuación menor de 8 sobre 10 en aspecto y de 11 o menos (de un total de 14) se califica como frenillo moderado y si va asociado a dificultades en la lactancia podría ser indicación de frenotomía.

Aportamos nuestra experiencia de 7 casos, en lactantes menores de 2 meses, con anquiloglosia moderada (evaluados según los criterios de Hazelbaker) y su evolución post-frenotomía. Los motivos de consulta fueron: dolor de pezones, grietas, dificultades de agarre y succión con chasquido y escasa ganancia de peso del lactante. Se realizó frenotomía sin anestesia, sin precisar sutura y sin apenas sangrado. No hubo complicaciones y la evolución fue satisfactoria.

Comentarios: La inspección de la lengua y su función ha de formar parte de la exploración rutinaria del recién nacido. No se recomienda la frenotomía universal pero debe considerarse en aquellos casos moderados que presentan dificultades con la lactancia materna. Se trata de una técnica sencilla y sin complicaciones, que no se debe postponer tras el correcto diagnóstico.

P071. MATERNIDAD Y LACTANCIA MATERNA DE TRES MIR: REPERCUSIÓN EN UN PEQUEÑO SERVICIO DE PEDIATRÍA. *Jiménez Ximenis, Marta; Villalobos Jarque, Esther; Segura Tigell, Sandra; Bosch Castells, Joaquim; Gómez Papi, Adolfo. Servicio Pediatría Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona*

Antecedentes: El servicio de pediatría cuenta con tres MIR por año desde el año 2005, anteriormente sólo entraban dos por año (son 12 en total). Durante los años 2004 y 2005, tres residentes fueron madres y siguieron las recomendaciones de la OMS en lactancia materna, hecho que repercutió en el funcionamiento del servicio.

Objetivos: Investigar la repercusión y las opiniones que suscitó en nuestro servicio de pediatría la maternidad y la lactancia materna de tres MIR de pediatría.

Material y métodos: Se pasó una encuesta multirespuesta a los adjuntos (n:10) y al resto de residentes del servicio de pediatría (n: 11) en la que se preguntaba su opinión a cerca de aspectos de la maternidad (embarazo, lactancia, permisos especiales).

Resultados: Las bajas médicas durante el embarazo y las maternales (7 meses, 5 meses y 16 semanas) supusieron una sobrecarga del número de guardias del resto de MIR e incluso de los adjuntos. A pesar de eso, casi la totalidad de adjuntos y el 100% de los residentes opinan que a partir del sexto mes de embarazo no se deberían hacer guardias, y el 70% y casi el 90% respectivamente creen que la baja maternal debería durar un mínimo de 6 meses. En la jornada laboral habitual y durante las guardias, daban el pecho en el servicio en periodos de media hora cada 4 horas de trabajo o se extraían la leche. A la mayoría de adjuntos les parece que el permiso de lactancia dura poco tiempo, no así a los residentes, que les parece suficiente a más del 55% de ellos. Todos aceptan que las visitas de los hijos durante el horario laboral se prolonguen más allá de los tiempos establecidos. Aún así, sólo una tercera parte de los adjuntos piensa que la lactancia materna es inigualable y que cuanto más tiempo se dé, mejor. Por el contrario, casi el 80% de los residentes está de acuerdo con esa afirmación. A pesar de que casi el 70% de todos ellos opina que la maternidad es una decisión personal, sólo a una cuarta parte de los adjuntos y a una tercera parte de los residentes les parece que la residencia sea uno de los mejores momentos para ser madre.

Conclusiones: La maternidad durante el periodo MIR ocasiona un aumento de las cargas de trabajo para el resto del servicio. La mayoría de MIR y adjuntos del servicio opinan que la residencia no es un buen momento para ser madre. La convicción de que la lactancia materna debe prolongarse el mayor tiempo posible es mayoritaria entre las nuevas generaciones de pediatras, y aunque sea minoritaria entre la plantilla de adjuntos de nuestro servicio, se ha facilitado el mantenimiento de la lactancia materna entre las MIR de pediatría madres.

P072. RELACTACIÓN TRAS CARCINOMA DE MAMA CONTRA LATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. Ruiz Guzmán, Luis; Morales, Ana; Fabregas Xaudaro, Rafael; Serra Zantop, Bernat. Gava Salut Familiar. Grupo Macas. USP Institut Universitari Dexeus

La lactancia inducida y la relactación son unas técnicas poco conocidas entre los sanitarios. Consisten en producir leche en la glándula mamaria que nunca ha amamantado anteriormente (inducción) y que ha dejado previamente por alguna razón (relactación).

Presentamos el caso de una mujer que abandono la lactancia materna por la presencia de carcinoma de mama durante el embarazo y que ha relactado en el pecho sano tras extirpación de la tumoración mediante mastectomía.

Mujer de 35 años en su segunda gestación. Hijo anterior de 22 meses, sano, que realizó el destete voluntario a los 15 meses. En la semana 35 de gestación nota una tumoración en pecho izquierdo por lo que acude a Urgencias. Se aprecia masa densa de 3-4 cm. en cuadrante supero anterior pecho no adherida a piel ni planos profundos. No hay adenopatías axilares. En la ecografía se observa una tumoración densa con micro calcificaciones, adenopatía 1 cm. en axila izquierda y fibroadenoma en porción retroareolar. Se practica punción biopsia y se comprueba la presencia de adenocarcinoma.

A los 10 días del diagnostico se produce parto espontáneo eutócico. Se suspende la lactancia con bromocriptina requiriendo repetir las dosis. Se confirma el diagnostico por mamografía.

Se extirpa el tumor con diagnóstico de Carcinoma ductal infiltrante Grado 1 y abundantes focos de carcinoma intraductal de bajo grado con necrosis con mastectomía izquierda. El comité de Mastología recomienda controles periódicos.

Con apoyo de la asesora en lactancia del grupo de madres y el control sanitario del niño se inicia relactación a los 26 días del parto y 10 después de la mastectomía contra lateral.

La adaptación del niño es correcta y se completa la relactación a los 14 días de iniciarla. El aumento de peso del niño es mas eficaz con la lactancia materna que con los derivados de leche adaptados.

La lactancia se puede reestablecer a pesar de haber sido inhibida con bromocriptina

En situaciones similares en los que no se requiere quimioterapia la relactación puede ser una acción psicoterapéutica de gran valor para la madre mastectomizada.

La experiencia de la lactancia previa de la mujer y el apoyo del Grupo de madres y el entorno de la mujer han sido de gran valor para el logro de la relactación

P073. HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPO (SÍNDROME DE KALLMAN) Y LACTANCIA. Martín-Calama, Jesús; Arroyo, Mónica. Hospital Obispo Polanco.

El síndrome de Kallman (SK) es la causa mas frecuente de hipogonadismo hipogonadotropo congénito, estimándose su frecuencia en 1/10.000 varones y 1/50.000 mujeres. En la mayoría de los casos se asocia a anosmia. El diagnóstico suele hacerse en los años puberales al comprobar que la pubertad no aparece espontáneamente. La falta de olfacción aunque está presente desde el nacimiento suele pasar desapercibida hasta que se investiga con motivo del retraso en el inicio de la pubertad.

No existen referencias en la literatura médica acerca de la evolución de la lactancia en estas pacientes. Aunque el hipogonadismo provoca un desarrollo mamario muy pobre que puede hacer pensar "a priori" que la lactancia planteará problemas, la mayoría de las mujeres con SK que consiguen finalizar un embarazo no suelen tener dificultades en mantener la lactancia durante largas temporadas. Presentamos la evolución de una madre con SK.

A los 22 años de edad consultó por ausencia de desarrollo mamario y de menstruaciones. Tenía vello axilar y púbico normales. Los estudios realizados demostraron ausencia total de LH y FSH que no respondían al estímulo con LHRH, ovarios pequeños, trompas y útero no desarrollados. No tenía malformaciones asociadas y el cariotipo era 46 XX. El resto de hormonas hipofisarias fueron normales. Se inició tratamiento con estradiol. Tras siete años de tratamiento el desarrollo mamario era mínimo y se colocaron

prótesis de silicona. A los 37 años, después de siete intentos de fertilización in vitro consigue llevar a término el embarazo de un varón que pesó al nacer 3.600 gr. Durante el embarazo recibió tratamiento con progesterona. El tamaño mamario apenas varió por lo que la madre llegó al parto convencida de que tendría que utilizar lactancia artificial. Se inició la succión de forma inmediata al parto presentando producción de leche en las primeras 24 horas y siendo dada de alta al tercer día con lactancia materna exclusiva. Al sexto mes continúa amamantando de forma exclusiva sin tomar ninguna mediación.

Conclusión: A pesar del escaso desarrollo mamario, el hipogonadismo hipogonadotropo (Síndrome de Kallman) no es una dificultad para amamantar.

SÁBADO, 28 DE OCTUBRE DE 8:00-9:00 HORAS

P074. LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE HÁBITOS VICIOSOS ORALES. Sobrecueva Guadalupe, Silvia; Guerra Gamboa, María Elena; Blanco de Cedres, Lucila. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela.

Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida ira creando sustitutos, por ejemplo: tender a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos. Por otra parte, estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se encuentran relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución

Objetivo: El efecto preventivo de la lactancia materna en la adquisición de hábitos orales viciosos de succión y deglución ha sido mencionado por autores en la literatura odontológica. Con el objetivo de profundizar en este tema, se examinó una muestra de 226 niños preescolares de la Gran Caracas.

Materiales y métodos: Se aplicó una encuesta a cada madre o representante recopilándose características sociodemográficas, período de amamantamiento y presencia de hábitos orales viciosos. El análisis estadístico se basó en la distribución chi-cuadrado y el modelo logístico.

Resultados: Los resultados mostraron que más de la mitad de los niños fueron amamantados por un período de 6 meses o más (58%). El riesgo relativo para los niños lactados por un período menor de 6 meses comparados con los niños lactados por 6 meses o más fue de 6 para la presencia de hábitos orales viciosos.

Conclusión: Lo anterior muestra el efecto positivo del amamantamiento en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución.

P075. CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS INTERNIVELES EN EL PROCESO DE LACTANCIA MATERNA. UN PROYECTO. Rengel Díaz, Cristóbal; Moreno Mira, Laura; Arenas Olmo, Antonia; De Castro Martín, María Adela; Merida Montiel, Sebastiana. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Justificación: La OMS y las comunidades científicas recomiendan una lactancia mínima de 6 meses. Sabedores de las dificultades que significa a veces el inicio precoz en nuestro hospital y la continuidad de las intervenciones iniciadas cuando la madre y el bebé llegan a casa, nos proponemos una reciprocidad en la monitorización de los cuidados entre atención especializada y atención primaria. Muchos son los errores que se cometen en la instauración y en el mantenimiento del proceso en domicilio, muy bajos los índices de lactancia exclusiva a 3 y 6 meses, por lo que sugerimos un feedback interniveles para poder lograr ese objetivo que es una lactancia prolongada.

Propuesta: Utilizando metodología enfermera, hemos diseñado un formulario (Fig. 9) con los objetivos e indicadores que queremos alcanzar y las

	UNIDAD:		Primer Apellido		Nombre
			Segundo Apellido		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	Fecha:	Tarea:	Educ:	NP de Casos	
	Fecha de ingreso:		Sexo:	NP de Historia	

AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

DEFINICIÓN: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

ACTIVIDADES:

- Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las dos horas siguientes al nacimiento
- Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.
- Vigilar la capacidad del bebé para mamar.
- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces cada veinticuatro horas.
- Observar la capacidad del bebé para oger correctamente el pezón.
- Observación clínica de la toma.
- Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.
- Controlar la integridad de la piel de los pezones.
- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
- Controlar el aumento del tamaño de los pechos en respuesta al mamar y/o succión con bomba.
- Informar a la madre acerca de las opciones de bombas disponibles, si ello fuera necesario, para el mantenimiento de la lactancia.
- Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por la succión o el biberón.
- Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna.
- Proporcionar fórmulas suplementarias sólo en caso necesario.
- Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.
- Instruir a la madre acerca de las características normales de evacuación del bebé.
- Observar el reflejo de destilación con el amamantamiento.
- Animar a la madre a que beba líquidos para saciar la sed.
- Animar a la madre a que evite fumar y utilizar píldoras contraceptivas combinadas hasta que la lactancia esté bien establecida.
- Fomentar el uso de sujetadores cómodos, de algodón y con buena capacidad de soporte para dar el pecho.
- Animar a la madre a que se ponga en contacto con el personal sanitario antes de tomar cualquier medicamento durante la lactancia.
- Identificar un sistema de apoyo materno para el mantenimiento de la lactancia.
- Fomentar los períodos de descanso frecuentes.
- Suministrar material escrito para reforzar la enseñanza en casa.
- Remitir a la madre a un centro de consulta sobre lactancia si procede.

Establecimiento de la lactancia materna: madre y lactante

Estado: no adecuada o completamente adecuada

Definición: establecimiento de una sujeción adecuada entre la madre y el lactante, con exclusión del pecho materno para su alimentación durante las 2 a 3 primeras semanas	No adecuada o completamente adecuada				
	No adecuada	Unicamente adecuada	Mayormente adecuada	Sustancialmente adecuada	Completamente adecuada
Establecimiento de la lactancia materna (madre)					
Iniciación					
100010 Comodidad de la posición para la alimentación	1	2	3	4	5
100011 Garantía de que el bebé mamará sólo al pecho de la madre	1	2	3	4	5
100012 Nivel de llenado del pecho antes a la lactancia	1	2	3	4	5
100013 Reflejo de succión de la leche (estado de la leche)	1	2	3	4	5
100014 Reflejo del pecho contenido	1	2	3	4	5
100015 Intercambio de caldos entre el lactante	1	2	3	4	5
100016 Intercambio de la leche entre el lactante y el lactante	1	2	3	4	5
100017 Cese de la lactancia (completitud del pecho)	1	2	3	4	5
100018 Poder cubrir una sesión con el lactante	1	2	3	4	5
100019 Estado de la leche al lactante	1	2	3	4	5
100020 Aporte complementario, si fuera necesario, apropiado para el estado de salud y edad del lactante	1	2	3	4	5
Seguimiento y mantenimiento de la lactancia					
100021 Comodidad de la madre al lactar	1	2	3	4	5
100022 Intercambio de leche entre los pechos de la madre	1	2	3	4	5
100023 Capacidad para expresar el pecho a la leche (vacío)	1	2	3	4	5
100024 Atención de la leche de forma adecuada	1	2	3	4	5
100025 Atención al apoyo social familiar	1	2	3	4	5
100026 Nivel de apoyo social y familiar durante la lactancia	1	2	3	4	5
100027 Satisfacción con el proceso de la lactancia	1	2	3	4	5
100028 Cese	1	2	3	4	5

Estado: no adecuada o completamente adecuada (L)

Definición: madre, adecuada de su lactante el pecho materno y en exclusión para su alimentación durante las 2 a 3 primeras semanas

Definición: establecimiento de una sujeción adecuada entre la madre y el lactante, con exclusión del pecho materno para su alimentación durante las 2 a 3 primeras semanas	No adecuada o completamente adecuada				
	No adecuada	Unicamente adecuada	Mayormente adecuada	Sustancialmente adecuada	Completamente adecuada
Establecimiento de la lactancia materna (lactante)					
Iniciación					
100030 Adecuación y sujeción adecuada	1	2	3	4	5
100031 Depresión materna adecuada	1	2	3	4	5
100032 Comprensión materna adecuada	1	2	3	4	5
100033 Dirección y orientación de la técnica contraceptiva	1	2	3	4	5
100034 Organización social	1	2	3	4	5
100035 Organización familiar en materia de 5 a 10 minutos por pecho (o derivado)	1	2	3	4	5
100036 Nivel de apoyo social al día (o derivado)	1	2	3	4	5
100037 Piel y sus lesiones maternas	1	2	3	4	5
100038 Atención de pecho materno para el lactante	1	2	3	4	5
100039 Lactancia materno tras la lactancia	1	2	3	4	5
100040 Cese	1	2	3	4	5

Figura 9.

intervenciones realizadas con el fin de que sean reevaluados los objetivos propuestos en atención primaria y continuadas las intervenciones para conseguir una lactancia exitosa.

Proponemos enviar por fax o correo electrónico al centro de salud de referencia de la usuaria, el formulario diseñado junto con los cuidados de enfermería del alta hospitalaria para que pueda ser monitorizado por la matrona o personal de enfermería de atención primaria. Los resultados esperados (extraídos de la NOC) son: "Establecimiento de la lactancia materna: madre y lactante" y las intervenciones y actividades propuestas (extraídas de la NIC) son "Ayuda en la Lactancia materna".

En la actualidad estamos en fase de negociaciones con atención primaria para la puesta en marcha de este proyecto.

P076. LACTANCIA MATERNA, ¿CÓMO LO HACEMOS EN NUESTRA UNIDAD DE OBSTETRICIA? Calle Rujas, Silvia; Perello Servera, M^a Montserrat; Jardí Rodríguez, Ana; Martí Rodenas, Consuelo; Prieto Valle, Juana María; Copete Pontes, Cristina. Hospital Son Llatzer de Palma De Mallorca.

Trabajamos en una unidad de hospitalización obstétrica, somos un equipo de enfermeras y auxiliares que participamos de forma conjunta en la promoción de la lactancia materna. Hace aproximadamente cuatro años que se abrió el hospital y desde entonces hemos trabajado con la premisa de apoyar a las mujeres en su decisión con la lactancia.

El equipo es joven y la rotación de personal ha sido muy alta por lo que mantener el nivel de calidad en la formación ha sido difícil, pero no imposible.

La lactancia materna se mantiene en constante movimiento y eso dificulta estandarizar la información y las pautas de trabajo en la unidad.

Después de tres años de cursos, sesiones, congresos, reuniones y consensos del personal... llegamos a la conclusión de que era necesario realizar un algoritmo, en el cual se reflejaran los pasos a seguir en el inicio de la lactancia materna desde el nacimiento hasta el alta.

Para ello se preparo un dossier con las últimas publicaciones sobre la lactancia materna, el cual se entrego a todo el personal de la unidad y se hizo una mesa redonda para decidir cuales serían las directrices a seguir en la unidad con respecto a la lactancia materna.

Se invito al equipo de pediatría para que participaran en este consenso. Se ha realizado un póster en el que se visualiza de forma rápida el algoritmo y todo el personal de la unidad tiene acceso a esta información.

Como conclusión, podemos decir que facilita el trabajo de los profesionales, permitiendo que la información a los padres sea homogénea, la atención sea permanente y continuada y aumente la seguridad de los profesionales, sobre todo, el de nueva incorporación.

P077. PLAN DE FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANTABRIA (2005-2007). Canduela Martínez, Víctor (en representación del Grupo de Elaboración del Plan). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Cantabria. Hospital de Laredo, Hospital Valdecilla, Clínica Mompía, Cantabria. Gerencia del Servicio Cántabro de Salud; Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo, Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinos; Comité de Lactancia Materna de la AEP; Asociación de Apoyo a la Lactancia Materna "La Buena Leche".

Las ventajas de la Lactancia Materna para el lactante, para la madre y para la comunidad son ampliamente conocidas, sin embargo las cifras de prevalencia de Lactancia Materna en nuestro país y en concreto en nuestra Comunidad Autónoma son claramente mejorables.

Con la idea de fomentar la Lactancia Materna, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Cantabria, diseñó el Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007 que tiene como objetivos generales: sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la Lactancia Materna, apoyar el inicio de la Lactancia Materna en los Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma y facilitar la adopción en los mismos de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" y contribuir al mantenimiento de la Lactancia Materna desde los Centros de Atención Primaria. Además tiene unos objetivos específicos: incrementar la educación en Lactancia Materna de la población general, informar del plan a la totalidad de los profesionales sanitarios implicados en la Lactancia Materna y formación adecuada del personal mencionado, elaborar y difundir materiales de educación sanitaria del Plan, informar a las embarazadas en los controles prenatales de las ventajas de la Lactancia Materna, adecuar las rutinas hospitalarias al decálogo de la OMS/UNICEF, mantener a los recién nacidos

sanos en contacto continuo con su madre para iniciar la Lactancia Materna dentro de la primera hora de vida, conseguir que al menos el 80% de las púerperas abandonen el hospital con Lactancia Materna exclusiva y obtener unos porcentajes de Lactancia Materna “predominante” al mes (65%), a los 3 meses (40%) y a los 6 meses (10%) y de Lactancia Materna “complementaria” al mes (12%), a los 3 meses (25%), a los 6 meses (40%) y a los 12 meses (10%).

Durante el año 2005 se elaboró el Plan y a partir del presente año 2006 se ha iniciado su aplicación. Hasta el momento se ha elaborado la documentación de “Cuidados para después del parto”, común a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma y se ha creado e instruido un grupo de formadores en Lactancia Materna, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada (matronas, enfermeras, ginecólogos y pediatras), que se encargarán de la formación del personal específico.

El Plan hace hincapié en otras estrategias de actuación como es la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la aplicación y ampliación de la legislación laboral con respecto a las madres lactantes y el incremento de la educación en Lactancia Materna de la población general.

El Plan está dotado específicamente de financiación y tiene prevista evaluación anual y realización de memoria.

Miembros del Grupo de elaboración del Plan: C Bonilla Miera, J Gómez-Ullate Vergara, JR de Miguel Sesmero, T Boix, MJ Lozano de la Torre, V Canduela Martínez, R Martínez del Olmo, A Azofra Olave, S Fernández Iglesias, B Martínez-Herrera Merino, C Muruzábal Sitges, Y Martín Seco, Y Rodríguez Gómez, M Torres Molleda, M^a L Ramos Sainz, F Talledo, M^a J Rodríguez López.

P078. CONSULTA DE PROMOCIÓN, APOYO Y SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO. *Rico de las Heras, Jordi; Gaya Barrau, Bibiana.* Centro de Atención Primaria de Molins de Rei.

Antecedentes y objetivos: La decisión de poner en marcha la CPASLM (Consulta de Promoción, Apoyo y Seguimiento de la Lactancia Materna) se tomó después de los resultados obtenidos en un estudio realizado en nuestro centro (de marzo a octubre de 2004) con el objetivo de conocer la prevalencia y duración de la LM (Lactancia Materna) entre las mujeres con algún hijo entre los 12 y 15 meses de edad.

Dichos resultados mostraron la necesidad de poner en marcha la CPASLM. Los **objetivos** de esta consulta eran: promover la LM, ofrecer apoyo y seguimiento a las madres lactantes, aumentar la prevalencia de LM y aumentar la duración de la LM entre las madres que la inician.

Material y métodos: La CPASLM inició su actividad en marzo de 2005. Dicha consulta, coordinada con los servicios de atención a la mujer y pediatría de nuestro centro, incluye la realización de conferencias sobre LM a las embarazadas, seguimiento y apoyo a las madres que hacen LM y coordinación de un grupo de madres lactantes que se reúne mensualmente para tratar temas relacionados con la LM y la crianza natural.

Todas estas actividades son realizadas por los profesionales responsables de la CPASLM.

Resultados: En el estudio inicial (de marzo a octubre de 2004), que se realizó mediante una encuesta telefónica a una muestra de 69 madres, el resumen de los resultados fue: prevalencia de madres que inician LM (78,2%), duración media de la LM (4,9 meses).

A partir de este estudio también se observó que el 25% de las madres encuestadas manifestaban una falta de apoyo y recursos donde dirigirse en caso de tener dudas o problemas con la LM después del alta hospitalaria.

Pasado un año de funcionamiento de la CPASLM los resultados obtenidos con el grupo de madres incluidas en el programa de seguimiento son significativamente mejores que los del estudio inicial. El resumen de estos resultados es: prevalencia de madres que inician LM (100%), duración media de la LM (7,5 meses)(en las madres que llevan 1 año incluidas en el programa (15 madres), en el resto de madres (88) la tendencia es muy similar).

Además, a los 6 meses de funcionamiento de la CPASLM se realizó en el grupo de madres incluidas en el programa una encuesta de satisfacción los resultados de la cual fueron los siguientes: el 91,3% de las madres estaban muy satisfechas con el servicio recibido, el 78,3% valoraban como muy

útil el servicio, un 65,2% valoraban como muy positivas las llamadas telefónicas de seguimiento y el 34,8% restante las valoraban como positivas.

Conclusiones: La puesta en marcha de la CPASLM ha mejorado de forma muy significativa la prevalencia de LM y la duración de la misma.

Las madres valoran muy positivamente la puesta en marcha de este tipo de servicios e iniciativas de seguimiento específico.

P079. UNA IMAGEN VALE MAS QUE MIL PALABRAS. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA. *Doncel Molinero, Diego; Moreno Martín, Gabriel; Sánchez Expósito, Mónica; Higuero Macías, Juan Carlos; Toribio Montero, Juan Carlos; Medina López, Rosana.* Hospital Costa Del Sol De Marbella.

La promoción de la lactancia natural libre e informada siempre ha sido en el Área Materno-Infantil de nuestro hospital una de las líneas prioritarias. Hace tres años nos propusimos diseñar nuevas estrategias educativas que junto con otras más estandarizadas como la entrega de guías, documentos y las acciones a pie de cama nos permitiera dar la máxima información posible, de forma visual y adaptándola a las necesidades de la embarazada.

Para ello elaboramos un video educativo que recogía los aspectos más importantes sobre la lactancia y que podría ser visto en abierto durante las 24 h en la TV de las habitaciones

Objetivos

1. Proporcionar a la embarazada información visual sobre la lactancia natural que permita adquirir o reforzar sus conocimientos sobre el tema
2. Conocer el grado de aceptación de esta iniciativa por parte de las embarazadas
3. Recoger sugerencias sobre otros aspectos educativos que podían incluirse

Metodología: Se elabora un video educativo en el que se promociona la lactancia natural y se muestra la manera correcta de poner al recién nacido al pecho. Además en ese video se muestra como realizar el baño del bebe y los cuidados del cordón umbilical. Se realizan modificaciones en el circuito interno de TV para permitir difusión durante las 24 horas en circuito cerrado

Posteriormente para conocer el grado de implantación y aceptación se realiza un estudio descriptivo mediante una encuesta auto-administrada a 100 púerperas en las primeras 24 horas posparto

Resultado: El 86% de las encuestadas refiere haber visto el video educativo. Al 87% les parece muy útil y refiere haber reforzado muchos conceptos. Al 83% la terminología empleada les parece sencilla y fácil de asimilar.

Como sugerencias encontramos las siguientes: más información sobre cuidados generales del RN. Información sobre cuidados en caso de grietas, mastitis, ingurgitación mamaria.

Les gustaría que les pudiésemos dar una copia del video.

Conclusiones: Podemos decir que la implantación de esta estrategia educativa ha tenido gran acogida por parte de las embarazadas.

Creemos que la utilización de técnicas audiovisuales puede reforzar conocimientos y resolver dudas.

En la actualidad estamos editando un nuevo video en el que incluyen muchas de las sugerencias que nos han transmitido las embarazadas y se esta estudiando la posibilidad de incluir entre la documentación al alta un DVD para cada madre con el video realizado.

P080. VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA DE MEDICOS DE FAMILIA Y ATENCIÓN CONTINUADA EN PRIMARIA. *Navas Redo, Teresa; Granados Poveda, Carmen; Aranda Grau, Laura; De Castro Arancil, Pilar; Sanchez Sebastian, Celia; Cardona Gómez, José Vicente.* Centro Salud Población Vallbona. Centro Salud Burjasot. Centro Salud Ribarroja del Turia y Centro Salud la Eliana.

Objetivos: El papel del pediatra, enfermera pediátrica y matrona, es de crucial importancia en el inicio y mantenimiento de la lactancia. Pero nos interesaba valorar la actitud y conocimientos de los médicos de familia sobre problemas de salud habituales, dudas y posibles urgencias en madres lactantes.

Método: Estudio descriptivo sobre 34 profesionales médicos de familia y de puntos de atención continuada de diversos centros de salud del departa-

mento 6 de la Comunidad Valenciana. Se elabora una encuesta tipo test de 10 preguntas con respuestas múltiples (5) sobre problemas en madres lactantes. Un apartado en el que se menciona el conocimiento o no de alguna actividad realizada en el centro sobre lactancia materna y otro apartado en el que se pregunta sobre la necesidad percibida de realizar alguna sesión en el centro para ampliar conocimientos sobre el tema (se adjunta encuesta en póster).

Resultados: El 53% de los encuestados tuvo 4 aciertos o menos y el resto oscilaron entre 5 y un máximo de 7.

1. Llama la atención que un 76% de los encuestados no indica un método adecuado contraceptivo tras la rotura de preservativo en una madre lactante.
2. En más de la mitad el manejo y los conocimientos de una madre lactante insuldependiente son incorrectos.
3. El 80% tiene conceptos inadecuados sobre la tuberculosis y su tratamiento en madres que lactan.
4. El 76% no resuelve correctamente una mastitis.
5. El 90% conoce la administración de antibióticos durante la lactancia y cual esta contraindicado.
6. El 60% actúa correctamente ante una madre lactante con varicela.

Más de la mitad tienen conocimiento en su centro de salud de actividades que promociona la lactancia materna y el 100% desea tras pasar el test que se realicen sesiones sobre el tema.

Discusión: Tras realizar el test se generó inquietud por el tema en los médicos encuestados y se discutieron las respuestas acertadas. Pensamos que ha sido interesante esta experiencia y se podría realizar en otros centros para estimular el interés por la lactancia materna, ya que en general los resultados han sido bajos.

P081. EXPERIENCIA DE UN TALLER DE LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO A LO LARGO DE UN AÑO. Carrasco Pascual, Ana; Rico Mari, Enriqueta; Borja Pastor, María; Codoñer Franch, Pilar. C.S. Tendetes. Universidad de Valencia. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología.

Presentamos un estudio descriptivo longitudinal de un taller de lactancia materna, cuyas finalidades son:

- Ayudar a solucionar los posibles problemas que se generan en la práctica de la lactancia materna.
- Controlar la buena evolución y eficacia de la lactancia materna.
- Establecer un grupo de apoyo de madres expertas en lactancia materna.

De la población de recién nacidos atendidos en el Centro de Salud, un 16,5% acudieron al taller. Se informó a las madres de la existencia del taller, tanto en la consulta prenatal, por parte de la matrona, como en el seguimiento del recién nacido en la consulta del pediatra o de la enfermera pediátrica. Se explicó la conveniencia de alimentar al niño con lactancia materna, y la posibilidad de acudir al taller para solucionar las dificultades que pudieran surgir y efectuar un seguimiento de la lactancia.

El taller se llevó a cabo por la matrona, que voluntariamente decidió realizar esta tarea. Tenía lugar una vez a la semana, con una duración de dos horas, durante las cuales la madre podía acudir libremente, sin horario pre-determinado. En él se realizaba entrevista con la matrona, en la que ésta interrogaba acerca de los posibles problemas que había encontrado la madre, y observaba la técnica del amamantamiento: Posición del niño, forma de succión, vaciamiento adecuado de los pechos y ganancia ponderal correcta, tomando las medidas necesarias para solucionar las dificultades que aparecían. Todos los datos de la madre y del niño quedaban recogidos en una ficha de trabajo por parte de la matrona.

Las características de los niños que acudieron al taller fueron principalmente recién nacidos por parto vaginal a término, con un peso al nacimiento entre 3-3,5 kg, y sin patología neonatal asociada. El perfil materno estaba definido mayoritariamente por mujeres primíparas entre 30-34 años, con estudios secundarios y trabajo fuera del hogar, no fumadoras. Un 50% de las madres refería problemas con el amamantamiento, siendo los más frecuentes, la aparición de grietas en el pezón y mala técnica de lactancia, estando combinados ambos en algunos casos. El 47% de las madres acudieron durante el primer mes de vida del bebé, un 27,5% hasta los 3 meses, un 12,5% hasta los 6 meses, y sólo un niño fue seguido hasta los 10 meses.

Todos los niños solucionaron el problema a lo largo de las primeras semanas de vida. El taller suple una deficiencia social, ya que antes la técnica del amamantamiento se transmitía de madres a hijas, y ahora la situación social no propicia una relación estrecha de los padres con los abuelos. Por ello son generalmente madres primíparas las que acuden.

Por ello consideramos fundamental la realización de estos talleres, ya que en ellos se refuerza la lactancia materna mediante las enseñanzas recibidas y el intercambio con otras mujeres expertas que transmiten sus propias experiencias.

P082. CREIMOS EN LA LACTANCIA MATERNA. UNA APROXIMACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN TRES GENERACIONES. Alenda Botella, Ana; Llorens Mira, Beatriz; Morales Camacho, Vanesa; Ferrer Hernández, Elena.

Antecedentes: los cambios en la sociedad están llevando a que los bebés empiecen a ser alimentados con alimentos preparados y no con la leche materna. Es por esta razón por lo que se están llevando a cabo proyectos de concienciación sobre los beneficios de la leche materna. Y para ello, se están investigando los factores que conducen a las madres a elegir una u otra opción.

Objetivos: analizar la experiencia vivida por las madres de tres generaciones que han dado lactancia materna. Identificar el significado y la continuidad a través de las sucesivas generaciones de ciertas prácticas y creencias.

Material y métodos: estudio cualitativo, entrevista semi-dirigida en profundidad en las que se han contemplado diferentes elementos relacionados con la experiencia vivida en el periodo de la lactancia materna. Muestreo intencionado. Población: 12 mujeres con edades comprendidas entre 21 años y 81 años.

Resultados: Tras el análisis de las entrevistas, identificamos una serie de respuestas que hemos agrupado para la valoración en varias categorías.

La práctica totalidad de las mujeres de la primera generación alimentaban a sus hijos al pecho.

El horario de dar el pecho lo marcaba el niño cuando lloraba.

La media de crianza al pecho de sus hijos estuvo entre 3 y 18 meses. Las generaciones actuales se mantienen hasta los seis o siete meses como máximo.

El rol de las nodrizas, como reclamo de las madres que tenían problemas para dar de mamar, ha contribuido a idealizar la lactancia materna y a fomentar lazos afectivos que eran recordados posteriormente por toda la familia. Se establecían relaciones de solidaridad e intercambio de servicios entre los vecinos.

La decisión de amamantar está muy influida por las aptitudes sociales adquiridas y el apoyo de familiares y amigos.

El trabajo de la mujer constituye una dificultad si se quiere prolongar la lactancia.

Conclusiones: la distancia generacional se establece a través de los cambios socio-culturales y sanitarios, sin embargo dicha distancia no ha sido obstáculo para seguir manteniendo en tres generaciones la creencia de que la lactancia materna sigue siendo la mejor alimentación para los bebés.

Las creencias y valores forman de una época determinada y han influido en el amamantamiento.

El amamantamiento en las primeras generaciones se consideraba un proceso natural resuelto en el ámbito familiar y que no precisaba de personal especializado.

En la actualidad se precisa demostrar científicamente las ventajas y beneficios que prevalecen en el niño y en la madre con la lactancia materna.

La relación emocional que se trasmite a través del amamantamiento no puede ser reemplazado con la lactancia artificial.

P083. CURSO DE LACTANCIA MATERNA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SATSE TENERIFE. Rodríguez Plasencia, M^a Candelaria; Curbelo Rodríguez, Madai; Ventura López, Elisa Isabel; Brito Lorenzo, Bruna María; Rodríguez Aguiar, Camila; Oliva Díaz, Raquel; Campó Álvarez-Cruz, Milagros. Hospital Universitario de La Candelaria. Galam-Tenerife. Sindicato de Enfermería de Tenerife (Satsse).

Introducción. Es imprescindible la formación de los profesionales de la salud para proteger, promocionar y apoyar la lactancia materna (LM) en la población general. Por tanto, es fundamental adquirir conocimientos acerca de la LM. Hay múltiples métodos para adquirirlos, entre ellos, cursos de formación específica.

Objetivos.

- 1- Evaluar conocimientos acerca de la LM antes de la intervención educativa en DUE.
- 2- Dar a conocer aspectos básicos de la LM y errores frecuentes.
- 3- Evaluar conocimientos tras la intervención educativa.
- 4- Valorar las diferencias existentes entre la evaluación previa y la posterior a la intervención.

Método. Se realiza cuestionario anónimo previo a la intervención en 27 DUE de Tenerife. Posteriormente se procede a la intervención de 3 horas de duración respecto a la ingurgitación mamaria, grietas y tratamiento, mastitis e hipogalactia. Finalmente se realiza cuestionario posterior a la intervención. Análisis de datos por SPSS11.5; se dispone del 81% de los datos (5 casos perdidos)

Resultados. Desglosaremos los resultados en función de los ítems del cuestionario:

- **Ingurgitación mamaria (IM).** En la evaluación previa, el 54,5% afirmaba que la IM se debía a las tomas frecuentes. Sin embargo, los horarios restringidos (100%), la falta de contacto precoz (90,9%) y el no poner el pecho a demanda (81,8%) no fueron considerados como factores en la aparición de la IM. En la evaluación posterior se observa una notable diferencia con respecto a la previa.
- **Grietas (Gs) y su tratamiento.** En la evaluación previa, se consideró a la succión vigorosa (31,8%), a dejar al bebé mucho tiempo al pecho (31,8%) y a la postura incorrecta (36,4%) como responsables de las Gs. Sin embargo, en la evaluación posterior se destacó la importancia de la postura correcta para evitar su aparición (95,5%). Y la succión vigorosa (0%) y poner al bebé mucho tiempo al pecho (4,5%) no se señalaron como responsables de las Gs. Tras la intervención; en el tto de las Gs son fundamentales la LM y la postura correcta así como evitar el uso de pezónera y cremas antigrietas.
- **Mastitis (Ms).** En la evaluación previa el 50% afirma que no se debe dar el pecho. Sin embargo, tras la intervención el 100% afirma que con las Ms se debe dar el pecho (contribuye a mejor vaciamiento y menor riesgo de mastitis recidivante). Se destaca la importancia de la extracción de la leche (68,25), la frecuencia de las tomas (36,4%), y el uso de antibióticos (previa prescripción y valoración por el facultativo) nunca menos de 15 días tal y como recomienda la OMS (59,1%).
- **Hipogalactia (Hi).** En la evaluación previa el 90,9% afirma que, ante la falta de leche, se debe dar A. complementaria. Sin embargo, no consideran necesario observar la postura del bebé (95,5%), observar los pañales (100%) ni la frecuencia de las tomas de 8-12 al día (95,5%).

Conclusión. Los resultados obtenidos demuestran que la intervención educativa permite adquirir conocimientos acerca de los cuidados de enfermería en torno a la LM. Además, destacamos la existencia de determinados conocimientos adquiridos (contrarios a las recomendaciones de la OMS-IHAN) que son difíciles de modificar. De ahí que sea necesaria una formación continuada y específica en LM.

P084. COMPARACIÓN DE PREVALENCIAS DE LACTANCIA MATERNA ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRADA Y LA AUTÓCTONA EN NUESTRA ZONA. Sobrino Magan, Encarnación; Igea Menor, Maravillas; Moreno Platero, M. Angeles; Rabasco Mangas, Cecilia. Centro De Salud De Bolaños. SESCAM

Introducción: La población inmigrante en España se ha duplicado en los últimos 5 años, el porcentaje de inmigrantes de sexo femenino es cada vez mayor y han contribuido a elevar tasa de natalidad en nuestro país, en nuestro caso suponen el 16% de la población pediátrica. Iniciamos un estudio de prevalencia de LM (Lactancia Materna) en nuestra zona y aprovechamos para comparar la población autóctona con la población inmigrada.

Material y Métodos: Datos obtenidos de la historia clínica de todos los RN de la localidad desde el 1 de enero 2004 hasta el 31 de diciembre del 2004 (N=127) y que seguían los controles del niño sano, sin ninguna exclusión.

Hijos de madre española (N = 91), de madre inmigrante (N= 34). Variables: Lactancia al alta, tiempo de duración LM exclusiva y nacionalidad madre, experiencia anterior de amamantar.

Resultados:

	LM al alta hospitalaria	< 3 meses	< 6 meses	> 12 meses	> 18 meses
Madre Inmigrante	97%	94%	85%	59%	24%
Madre Autóctona	85%	66%	45%	10%	4%

Conclusiones: La tasa de lactancia es más alta en la población inmigrante que en la autóctona. Siendo al alta prácticamente el 100%, cuando más diferencias encontramos es a partir del año, incluso continúan hasta los dos años como recomienda la OMS. La cultura de amamantamiento está más arraigada. El 47% de las madres inmigrantes habían tenido otro hijo en su país y lo habían amamantado durante más meses, quizás por que necesitan incorporarse pronto al mercado laboral o por otras influencias socioculturales dan menos meses en España a sus hijos.

Desde los profesionales sanitarios involucrados en atender a la población inmigrada hay que poner en activo un proceso de aproximación mutua y favorecer el vínculo con una actitud acogedora. Es necesario que el profesional evite los estereotipos y las ideas preconcebidas, observe, escuche, pregunte aquello que desconoce de su cultura, garantizando el respeto y evitando juicios de valor, en el tema de la LM se aprecia mejor que en ningún otro una influencia positiva de la población inmigrada al amamantamiento que debemos ser capaces de captar y a ser posibles inculcar a nuestras madres.

P085. INCREMENTO DE LA PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN NUESTRA ZONA TRAS INTERVENCIÓN. Sobrino Magan, Encarnación; Igea Menor, Maravillas; Moreno Platero, M. Angeles; Rabasco Mangas, Cecilia. Centro de Salud de Bolaños. SESCAM.

Introducción: Realizamos un estudio de prevalencia de LM en nuestra zona en el año 1995 donde no nos consta ninguna actividad de fomento y promoción comparándola con la prevalencia en los años 2004 y 2005, tras realizar diversas intervenciones de promoción.

Material y Métodos: El método utilizado para la recogida de datos fue la historia clínica, las variables que se incluyeron son: tipo de lactancia al alta hospitalaria, y duración de la LM en meses.

La población de estudio son los RN entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 1995 (RN 136), los RN durante el años 2004 (RN 91) y 2005 (RN 112), hemos excluido la población inmigrante para poder comparar con los datos de 1995 donde no había ninguno.

Estas intervenciones consisten en trabajar primero con las embarazadas de forma individual en consulta y posteriormente en grupos de educación maternal donde se fomenta y educa sobre LM. Después del parto, en las revisiones de salud del niño sano, pediatras y enfermera de pediatría siguen apoyando y reforzando de forma individual y en los talleres de lactancia que hemos realizado mensualmente.

Resultados: En la Figura 10 se muestra la prevalencia de la LM en las distintas edades, y se pone de manifiesto la efectividad de los programas de apoyo, antes del parto preparando a los futuras madres y después, ayudando en la correcta posición y colocación al pecho y el apoyo continuado, acciones todas ellas desde la Atención Primaria fomentado el aumento de la prevalencia a corto, medio y largo plazo.

P086. LA LACTANCIA MATERNA: NUEVO RETO PARA EL PERSONAL SANITARIO. EXPERIENCIA EN NUESTRA MATERNIDAD. Duque Pérez, Elisa; Ojeda González, Fuensanta; Bartrons Casas, Rosa Mª; Plana Vila, Montserrat. Hospital Sant Joan de Déu.

En nuestra práctica diaria hemos observado la lactancia materna en algunas pacientes supone motivo de angustia y en algunos casos lleva al fracaso por falta de conocimiento e incluso por ansiedad ante la espera de la sub-

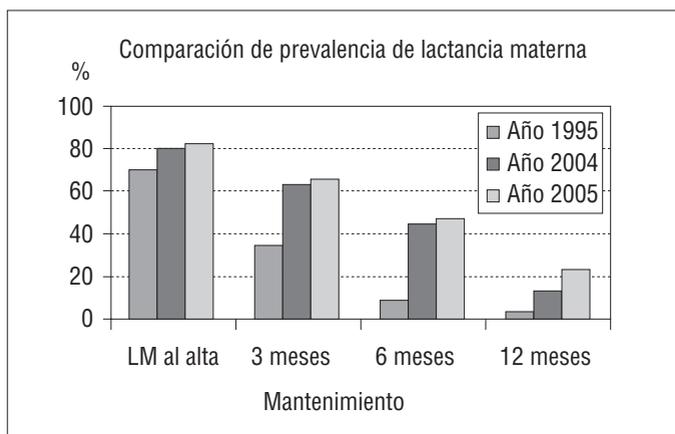


Figura 10.

da de la leche. Partiendo de esta observación, nos planteamos investigar el estado actual de la lactancia materna en nuestra unidad de maternidad.

Nuestro instrumento de trabajo son las encuesta que realizamos entre las pacientes de la planta al azar, estas se realizan en la propia habitación por las enfermeras de la unidad. Al cabo de un mes del alta las llamamos por teléfono para comprobar si siguen con lactancia materna. Hemos elegido el plazo de un mes, porque creemos que en este plazo es cuando hay más dificultades en el amamantamiento y puede haber más abandonos de la lactancia materna exclusiva.

Hemos recogido datos durante 3 meses a 80 pacientes cogidas al azar.

Lo que observamos en el plazo de un mes, que del 75% que inició lactancia materna durante el ingreso en el hospital, el 17% deja este tipo de alimentación exclusiva. De este 17%, un 11,2% pasa a lactancia artificial exclusiva por diferentes motivos y un 6,2% inicia una lactancia mixta.

Continuando con el estudio, hacemos un comparativo entre primíparas y secundíparas o múltiparas, para saber en cuales tiene más éxito la lactancia materna. Comparamos los datos que tenemos al alta del hospital con los que encontramos al mes de estar en casa.

Resultados al mes del alta.

Analizando los datos vemos que inicia lactancia materna exclusiva un mayor porcentaje de primíparas (un 14,4%), pero existe más continuidad entre las múltiparas.

Un 24,5% de pacientes primíparas abandona la lactancia materna exclusiva; de estas el 15,6% opto por lactancia artificial exclusiva y un 8,9% a lactancia mixta.

De las pacientes múltiparas, abandonó la lactancia materna exclusiva el 2,9% para pasar a lactancia artificial exclusiva, y el porcentaje de lactancia mixta se mantuvo en estas pacientes.

Conclusiones: Los resultados que nos encontramos son que hay un bajo porcentaje de mujeres que decide lactancia materna exclusiva. Estos datos al mes del alta, son todavía más preocupantes ya que hay un aumento considerable de señoras que abandonan la lactancia materna por diferentes motivos: mastitis, escasa ganancia ponderal del recién nacido y angustia materna.

Hemos observado también, que las pacientes primíparas inician lactancia materna en mayor porcentaje que las múltiparas, pero existe un abandono al mes del alta. Nuestra impresión es que empiezan menos múltiparas probablemente por malas experiencias en la lactancia con hijos anteriores o creencia de que les va a quitar tiempo para el cuidado de otros hijos.

Otro dato que nos parece destacable es el tema de la asistencia a cursos de preparación al parto. La mayoría de nuestras pacientes, no asiste a cursos sobre lactancia materna, pero no hay una diferencia significativa que nos indique que por haber asistido a charlas exista un mayor éxito en la lactancia.

Después de analizar la situación en que nos encontramos, creemos que debemos plantearnos alguna intervención por parte del personal sanitario de nuestra maternidad que ayude a mejorar la preparación de las madres lactancia antes del parto.

P087. FACTOR CULTURAL COMO MODIFICADOR DE LA LACTANCIA MATERNA. *García Mérida, María José; Illada Navarro, Luisa Fernanda; Mesa Pérez, Rosa María; Pérez Méndez, Lina; Sánchez Llano, María.* Zona Básica De Salud de Granadilla de Abona. Instituto Canario de Investigación Biomédica (ICIB). Unidad de Investigación H.U.La Candelaria. Tenerife.

Antecedentes: La lactancia materna (LM) es un fenómeno bio-cultural en disminución en los países desarrollados en los últimos años a pesar de los beneficios para la salud ampliamente demostrados. Los países en vías de desarrollo sin embargo mantienen todavía una alta incidencia. Identificando los factores que influyen en la mujer para decidir el tipo y tiempo de alimentación de su bebé *puede intervenir desde Atención Primaria* para promover el inicio y continuación de la lactancia materna.

Objetivos: (1) Estimar la incidencia de (LM) exclusiva en un área básica de salud (ZBS) en continuo crecimiento y con alta multiculturalidad; (2) Identificar las causas que originan el no inicio de la LM ó el abandono de la misma (3) describir las diferencias existentes entre población inmigrante (PI) y población autóctona (PA).

Métodos: 466 encuestas autocumplimentadas por madres de niños nacidos entre los años 2004 y 2005 pertenecientes a una ZBS que acudían a consulta de demanda por procesos diversos. Se recopiló información sobre país de origen materno, tiempo de residencia en el país de acogida, inicio y duración de LM y/o motivos que ocasionaron su cese ó su causa de no amamantamiento. Se realizaron estimaciones puntuales y por IC95% de la Incidencia de LM así como análisis bivariados encaminados a la valoración de los objetivos, a través de pruebas de Chi-cuadrado con nivel de significación del 5%.

Resultados: La incidencia global de inicio de LM fue de un 81.1%, (IC 95%: 77.4%-84.6%) significativamente distinta según nacionalidad materna: españolas 78.5% vs no española 86.6% (p=0.039). La LM según el tiempo de duración también se diferenció significativamente entre PI y PA en los diferentes cortes a los 3, 6, 9, 12 meses y más de un año, siendo esta diferencia más notable a los 6 meses 31.3% PA vs 56.4% PI y a los 9-12 meses 10.4% PA vs 23.6% PI..

El motivo principal de no inicio de la LM fue la percepción de "no tener suficiente leche", sin diferencias por nacionalidades (40% PA vs 57.9% PI; p=0.167). El inicio de la lactancia mixta se produjo mayoritariamente por "mi leche ya no era suficiente" en un 59.4% de PA vs 34.4% de PI (p=0.0001). Otros motivos de cese de LM en los que se encontraron diferencias fueron por orden de frecuencia: "empecé a trabajar" 15.6% PA vs 12% PI, "enf. de la madre" 6% PA vs 9.8% PI, "dolor en el pecho" 2% PA vs 4.9% PI.

Conclusiones: el inicio de LM en nuestro medio consigue el objetivo marcado en el proyecto "Healthy People 2010" del 75%, sin embargo debemos insistir en el mantenimiento de la LM principalmente en PA ya que la PI procedente mayoritariamente de países en vías de desarrollo, presenta una mayor tasa de LM a más tiempo de duración de la misma. Esta diferencia encontrada podría atribuirse a la herencia cultural de los respectivos países de origen.

P088. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ. *Martín Rubio, Sonsoles; García San Segundo, Águeda.* Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles.

Antecedentes y Objetivos: A veces, algunas pacientes tienen dudas sobre el tipo de lactancia que van a realizar, bien por fracasos de lactancia anterior, bien por falta de conocimientos o por otros factores. En estos casos abordamos el diagnóstico enfermero de lactancia materna ineficaz.

El Objetivo planteado en nuestro estudio es: identificar el nº de puérperas con el diagnóstico enfermero de lactancia materna ineficaz en el periodo de hospitalización y su resolución al alta.

Material y Métodos: Elaboración de hoja de recogida de datos.

Recogida de información a través de historia clínica de las puérperas del 1º cuatrimestre del año 2006.

Consulta de planes de cuidados informatizados del parto y cesárea.

El Método utilizado ha sido la evaluación del plan de cuidados y los resultados obtenidos al alta.

Resultados: Lo abordamos siguiendo la metodología del proceso enfermero, identificando los factores de riesgo, planteando objetivos y realizando

actividades para intentar solucionar el problema, y por último evaluando al alta los resultados conseguidos.

El nº de partos en el 1º cuatrimestre de 2006 en nuestro hospital ha sido de 359, de los cuales 257 fueron partos eutócicos (incluyendo ayudas instrumentales) y 102 partos por cesárea.

El nº de pacientes con el diagnóstico de lactancia materna ineficaz ha sido de 44 (12,2%).

Los factores de riesgo más frecuentes han sido: ambivalencia materna, déficit de conocimientos y mal reflejo de succión.

El objetivo común planteado ha sido que la paciente sea capaz de realizar una lactancia materna eficaz al alta.

Tras las intervenciones realizadas por enfermería encaminadas a informar a la paciente, ayudarla e instruirla para conseguir la resolución del problema.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Nº de partos 1º cuatrimestre 2006	Nº de pacientes con lactancia materna ineficaz	Lactancia materna eficaz al alta	Retirada lactancia materna
359	44 (31 Primíparas y 13 Multiparas).	37 (28 Primíparas y 9 Multiparas).	7 (3 Primíparas y 4 Multiparas).

El problema se resolvió en el 84% de los casos.

Conclusiones: Ante estos resultados, vemos que es eficaz el trabajo realizado por enfermería en este campo.

Es importante que en las unidades de maternidad se realicen periódicamente cursos sobre el fomento de la lactancia con el objetivo de motivar al personal de enfermería. Es fundamental que todo el equipo utilice criterios comunes en este tema. Nos gustaría, además, resaltar la importancia de utilizar una herramienta informática a la hora de registrar el trabajo de enfermería, ya que nos resulta de gran utilidad para poder acceder a datos de una manera rápida y poder evaluar los resultados obtenidos.

P089. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD. *Barriuso Lapresa, Laura María; Sánchez-Echenique, Manuela; De miguel Maiza, Margarita; Ferrández Gonzalo, Ana; Martín Montaner, Isabel.* Centro de Salud de Elizondo (Navarra). Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud. Centro de salud de Burlada (navarra).

Introducción: Según Orden Foral 4/2004 de 28 de enero se decide promover la constitución en la Comunidad Foral de Navarra de la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra. De la misma dependen varios grupos de trabajo. Uno de ellos centra su actividad en la Atención Primaria. Dicho grupo de trabajo se ha constituido mediante Resolución del Director General en Mayo de este año.

Navarra es una comunidad autónoma de aproximadamente unos 600000 habitantes según el último censo. Sanitariamente se haya zonificada en 3 zonas que disponen de un total de 54 Equipos de Atención Primaria.

Actividades: Dicho grupo comienza su andadura en Octubre de 2005 aunque se ha constituido oficialmente en Mayo de este año. Está constituido por 3 pediatras y 2 enfermeras.

La principal finalidad del mismo es conocer la situación epidemiológica de la lactancia materna (LM) en el ámbito de Atención Primaria y el desarrollo de actividades dirigidas a la promoción activa de la misma haciendo un especial hincapié en la mejora de la duración de la misma.

El grupo de trabajo es consciente de que en estos momentos Navarra se encuentra lejos de las recomendaciones de la OMS y sus actividades promotoras discurren en 6 líneas de trabajo:

- 1.- Elaboración de posters divulgativos de la LM como modo natural y ventajoso de alimentar a nuestros hijos.
- 2.- Realización de un video divulgativo sobre "cómo se realiza una toma de LM".
- 3.- Redacción de un decálogo de intenciones a desarrollar desde Atención Primaria para promocionar la LM.
- 4.- Diseño y elaboración de trípticos divulgativos para la promoción de la LM que abarquen el periodo parto-puerperio inmediato y posparto.

5.- Elaboración de un dossier sobre material divulgativo sobre LM y recursos disponibles en el ámbito sanitario del Servicio Navarro de Salud. Este se colgará en la Intranet del Servicio Navarro de Salud y se irá revisando y actualizando periódicamente.

6.- Rediseño del OMI clínico (historia clínica informatizada) en la parte concerniente al tema de la lactancia que nos permita recoger más fidedignamente el tipo de lactancia y los motivos de abandono de la LM.

P091. SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA AL INICIO EN GALICIA DESDE 1998 HASTA 2005. *Martínez Romero, María Dolores; Lado Lema, María Eugenia; Gomariz Rego, Natalia; Gómez Mendoza, Laura Mª.* Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Antecedentes y objetivos: Todos los países deben garantizar la supervivencia, el crecimiento, desarrollo, la salud y la nutrición adecuada de los lactantes y niños pequeños. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya las ventajas y la necesidad de lactancia materna exclusiva (LME), al menos en los seis primeros meses del niño. Pero a pesar de esto, sólo una tercera parte de los lactantes de todo el mundo reciben este tipo de alimentación. En Galicia, en el año 2001 los pediatras, matronas, y enfermeras de 8 hospitales de Galicia recibieron un curso que los capacitaba para aconsejar a las madres sobre lactancia materna.

El objetivo del estudio es conocer la situación de la lactancia materna en el momento del nacimiento, en Galicia en el periodo 1998-2005.

Material y métodos: Los datos utilizados para realizar el estudio proceden del Registro del Programa Gallego de Detección Precoz de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas en el Periodo Neonatal de la Dirección General de Salud Pública. Se calculó el porcentaje de recién nacidos gallegos alimentados con LME, artificial y mixta en el momento de realización de las pruebas metabólicas, para cada uno de los años a estudio.

Se aplicó una comparación de proporciones para conocer si existían diferencias en el porcentaje de lactancia materna al inicio, según el tipo de hospital al que habían acudido las madres en el momento del parto: hospitales cuyo personal sanitario había recibido el curso de capacitación y hospitales cuyo personal no lo había recibido.

Resultados: En la figura 11 se observa que la LME ha aumentado desde el 1998 hasta el 2003, y que a partir del 2004 ha empezado a disminuir. De hecho, se muestra que en 2004 el porcentaje de recién nacidos alimentados con LME (51,73%) es similar a 1998 (51,6%) y claramente inferior a 2003 (55,87). Además, mientras que el porcentaje de lactancia artificial ha ido disminuyendo desde el 1998 hasta el 2005, el porcentaje de lactancia mixta ha aumentado desde el 2003 hasta el 2005.

La proporción de niños alimentados al inicio con LME es mayor en los hospitales cuyo personal sanitario ha recibido los cursos de capacitación (56,70% frente a 50,48%; p<0,05).

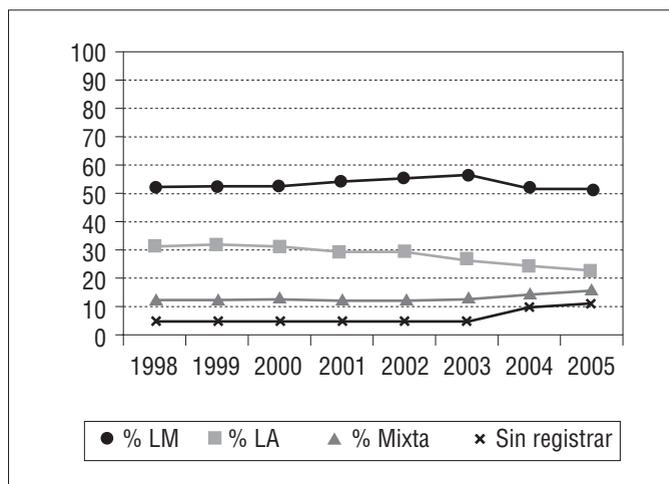


Figura 11.

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que la LME en los recién nacidos ha ido disminuyendo posiblemente en beneficio de la lactancia mixta, lo que contradice las directrices de la OMS.

Además, los cursos de capacitación dirigidos a profesionales sanitarios parecen asociarse con una mayor predisposición de las madres a dar LME al inicio a sus hijos, quizás porque estos estén más capacitados para proveer a las madres de información adecuada, apoyo y asistencia práctica.

Todo esto evidencia la necesidad de poner en marcha más acciones que fomenten la LME.

P092. ¿DESTRONA LA LACTANCIA MATERNA AL CHUPETE? *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes: Queremos estudiar la relación existente entre uso del chupete con la alimentación recibida para poder promocionar el no uso del chupete gracias a la lactancia materna.

Objetivo:

- Conocer el uso de chupete en los bebés de estudio.
- Conocer el tipo de alimentación recibida.

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Sujetos de inclusión: Bebés que han recibido lactancia materna pertenecientes al cupo de estudio y han usado chupete; Bebes con lactancia artificial que han hecho uso del chupete

Criterios de exclusión: Bebés que han recibido lactancia materna o artificial no pertenecientes al cupo de estudio; Bebés que no han realizado uso del chupete.

Período de estudio: Enero - Junio 2005.

Procedimiento: Búsqueda activa de bebes con lactancia materna pertenecientes al cupo de estudio; Conocer el uso de chupete.

Resultados y Conclusiones:

El uso del chupete en los bebés que fueron alimentados con lactancia materna era de un 18% frente a un 82% usado en los que recibieron lactancia artificial.

Los niños alimentados con lactancia materna apenas hacen uso del chupete.

P093. CÓLICOS Y LACTANCIA. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes: Queremos estudiar la incidencia de cólicos en bebés alimentados con lactancia materna versus lactancia artificial para poder atribuir así una posible protección a ellos con lactancia materna.

Objetivo:

- Conocer la alimentación recibida por los pacientes de estudio.
- Conocer la frecuencia de cólicos.
- Estudiar la relación de cólicos con la alimentación recibida.

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Bebés que han sufrido cólicos del lactante pertenecientes al cupo de estudio.

Criterios de exclusión: Bebés que no han sufrido cólicos del lactante; Bebés que aun sufriendo cólicos no pertenecen al cupo de estudio.

Período de estudio: Febrero – Julio 2005

Procedimiento: Búsqueda activa de bebés que han sufrido cólicos del lactante pertenecientes al cupo de estudio; Conocer el tipo de alimentación recibida; Estudiar la posible relación de la aparición de cólicos con la alimentación recibida.

Resultados y Conclusiones:

De 0 a 2 meses sufrieron cólicos un 28% de los niños alimentados con lactancia artificial frente a un 12% alimentados con lactancia materna.

De 0 a 4 meses sufrieron con lactancia artificial un 23% y con lactancia materna un 6%.

P094. OPINIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA ADOLESCENCIA. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^a Jesús; Díaz Ortiz, M^a Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna. ABS San Rafael.*

Antecedentes: En la adolescencia se cree bastantes mitos acerca de la lactancia materna, por ello queremos estudiar como ven la lactancia a esta edad.

Objetivo:

- Conocer las ideas sobre lactancia materna en las adolescentes

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Adolescentes pertenecientes a la escuela de referencia.

Criterios de exclusión: Adolescentes que no pertenecen a la escuela de referencia.

Período de estudio: Noviembre 2005.

Procedimiento: Pasar un cuestionario en la escuela para conocer el pensamiento a cerca de la lactancia materna de las adolescentes.

Resultados y Conclusiones: Los conceptos más frecuentes acerca de la lactancia materna son:

- Repercusiones en su físico (24%)
- No se lo han planteado (41%)
- Episodio favorable (3%)
- No aceptación del hecho físico de amamantar (32%)

P095. ¿DAMOS LA INFORMACIÓN CORRECTA? *Rodríguez Pérez, Sandra; Plasencia Goya, Devorah; Pérez Darias, Mónica; Rodríguez Pérez, Verónica; Alberto Bethencourt, José Carlos. HUC (Hospital Universitario de Canarias).*

Antecedentes y objetivos:

- Evaluar grado de conocimiento de nuestras madres a cerca de lactancia materna o el adquirido durante su estancia hospitalaria
- Evaluar la eficacia de la enseñanza en nuestra área de Maternidad

Material y método: Encuesta al alta sin selección alguna de tipo de parto y estado del recién nacido.

Resultados: Un alto porcentaje de las madres que nos llegan a nuestra Unidad tienen conocimientos generales de lactancia materna, sin embargo, se encuentra un gran número de dudas a cerca de conocimientos específicos en cuanto a horarios, cuidado de mamas, posturas para lactar y síntomas y signos de subida de la leche, que se ven solventados en su estancia hospitalaria.

Al alta hospitalaria, aproximadamente un 70% de nuestras madres ven solventadas sus dudas tanto por el área de enfermería como por el área médica, tan sólo, un 30% refiere no tener resueltas sus dudas, no obstante, de éstos un 20% le hemos servido de ayuda en otros aspectos.

Conclusiones: Es importante capacitar a todo el personal sobre lactancia materna en el área Materno-Infantil, así como lo resalta el segundo paso de la IHAN. Nos hemos planteado la necesidad de valorar la mejora en la atención e información recibida por nuestras madres, así mismo, obtenemos el reflejo de la formación a la cual se ha visto sometido nuestro personal en el año 2005.

P096. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD. *Abreu Goya, Carmen Natalia; Rodríguez Pérez, Verónica; Hernández Torres, Flor; Hernández Borges, Angel Antonio; Domenech, Eduardo.*

Introducción: En 1991, la OMS llegó a un consenso de expertos, por el cual se recomendó la utilización de términos sobre el tipo de alimentación del lactante, los cuales eran imprescindibles para definir y delimitar los estudios epidemiológicos de la lactancia.

Objetivos: Situación actual del tipo de alimentación al alta en el período que incluye octubre 2005-septiembre 2006 en nuestra área de salud.

Material y métodos: La población objeto a estudio lo constituye las mujeres que dieron a luz en el período octubre 2005-septiembre 2006 en nuestra área de salud. Registro del tipo de lactancia con la que las madres abando-

nan el hospital, según las recomendaciones recogidas en la tabla de expertos (1991, Ginebra) donde se establecía lo siguiente: lactancia materna exclusiva: pecho más cualquier líquido incluyendo leche no humana (menos de dos biberones por día). Lactancia mixta: cualquier líquido incluyendo leche humana y no humana, recibido por tetina.

Resultado: Sorprendentemente a pesar de las mejoras asistenciales como la formación del personal sanitario, menor oferta de biberones, retirada de tetinas y chupetes, los índices de lactancia obtenidos en nuestra área de salud, hasta fecha de hoy recogen que el mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta fue en el mes de abril con un 54,7% frente a un 2,8% de lactancia artificial y un 20% de lactancia materna, siendo el porcentaje más bajo encontrado de lactancia materna exclusiva en el mes de febrero de un 34,9%.

Conclusiones: Nos encontramos que menos del 50% de nuestras madres abandonan el hospital con lactancia materna exclusiva, gran parte de ellas ofrece a sus bebés algún biberón esporádico en las primeras 48 horas, por lo tanto hay que tener en cuenta que la información inadecuada antes y después por parte del personal sanitario y el entorno va a influir significativamente en la elección del tipo de lactancia así como en el mantenimiento de la lactancia materna tras el alta. Creemos que es necesario conocer la influencia de los diversos factores que influyen sobre la duración y la decisión de lactar y a su vez el uso adecuado de un protocolo de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna según las recomendaciones de la OMS.

P097. LACTANCIA MATERNA UN PLACER PARA EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO PREMATURO. García Bronchud, Carmen; Borrás Puig, Isabel; Caro Martínez, Cristina. Hospital Universitario Son Dureta (Palma de Mallorca).

Introducción: En la unidad de Cuidados Medios neonatales del Hospital Universitario de referencia de Palma de Mallorca desde hace 20 años promovemos y favorecemos la lactancia materna.

En el año 2005 se ha puesto en marcha el primer banco de leche materna en España lo que nos permite ofrecer leche materna a los niños prematuros y a aquellos que por su situación o patología puedan beneficiarse de ella.

La lactancia materna permite resolver de manera transitoria los problemas de alimentación del recién nacido en situaciones especiales.

El banco de leche ofrece la posibilidad de no abandonar de la lactancia cuando se presenten problemas nutricionales o determinadas enfermedades del recién nacido o patología de la madre.

Objetivos generales:

- Favorecer la lactancia materna en la unidad neonatal.
- Presentar alternativas a la lactancia materna tradicional, mediante el uso de la leche de madres donantes.

Material:

- Diseño de tríptico informativo acerca de los beneficios de la lactancia.
- Elaboración de los procedimientos que facilitan el uso de la leche materna: extracción de leche mediante un sacaleches mecánico, transporte y conservación de la leche materna; alimentación enteral por sonda nasogástrica.
- Adecuación del espacio físico: lactario.
- Descripción del circuito de demandas al banco de leche.

Metodología: El personal de enfermería informa a los padres de los beneficios de la lactancia materna y les entrega el tríptico informativo al ingreso del niño en la unidad.

Enseña a la madre la técnica de extracción, conservación y congelación de la leche materna manteniendo un entorno favorable y le explica la posibilidad de ser donante de leche.

Registro del consumo de la leche del banco de leche.

Resultados:

- El número de niños alimentados con lactancia materna aumenta día a día en el Hospital.
- En el primer año de puesta en marcha del banco de leche un total de 17 niños se han beneficiado de la leche materna.
- Se han conseguido 18 madres donantes de leche.

Conclusiones: Las madres lactantes, un entorno adecuado como el lactario, la implicación de los profesionales de enfermería junto con los pediatras

y el banco de leche contribuyen al fomento, mantenimiento y uso de la lactancia materna en el entorno hospitalario.

Este estudio descriptivo sienta las bases para futuros proyectos de investigación.

P098. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES AL ALTA PARA PUÉRPERAS. García Pérez, Ana M^a; Martínez Aragonés, Remedios. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

La información y educación sanitaria constituyen los pilares fundamentales para garantizar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.

Objetivos. Diseñar una hoja de recomendaciones al alta para madres de nuestra maternidad.

Método. Hemos realizado una encuesta en el personal de enfermería, enfermeras, matronas y auxiliares de las plantas de maternidad para recabar información sobre las necesidades de las puérperas al alta, registramos las preguntas más frecuentes realizadas por las madres, y añadimos las percepciones del personal sobre las necesidades que ellas detectan.

Resultados. El total de encuestas que se pasaron fue de 64, siendo contestadas el 90% de las mismas.

La duración del muestreo fue de un mes.

De los resultados obtenidos destaca la prioridad que les confieren las pacientes puérperas a la lactancia (92,8%), siguiéndole muy de cerca la cura del cordón umbilical (90%), así como los cuidados de la episiotomía (90%) y los cuidados de la herida quirúrgica (71,42%).

Las preguntas que más frecuentemente realizan las señoras se desarrollan en el contenido de la comunicación.

Conclusiones. La implicación del personal de enfermería en el diseño e implementación de las actividades de educación sanitaria ha supuesto una mejor aceptación y divulgación de los contenidos.

Hemos conseguido elaborar una hoja de recomendaciones al alta que recoge las inquietudes de las pacientes y al mismo tiempo las respuestas que el personal cree la puérpera debe conocer sobre su proceso.

P099. EVOLUCIÓN HACIA LA EXCELENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO PRIVADO. Pérez Alaez, Francisca; Hervás López, Ana M^a; López De Dios, Antonia; Bertrán, Antoni; Mallo Torrico, Juan Carlos; Soteras Guash, Pilar; Bembibre Asenjo, Pastora; Sala, Carmen; Lerma, Eva; González Repiso, Joana. Clínica Nuestra Señora del Remedio.

Introducción. En este trabajo se ha tomado como base los 10 pasos que favorecen la lactancia materna según la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, y tras asumir la importancia de la lactancia materna para el bienestar de la madre y el niño por parte de los profesionales implicados, se valora la información como instrumento de calidad al respecto.

Objetivos.

Objetivo general: Promocionar al máximo la lactancia materna.

Objetivos específicos: Unificar criterios de actuación; Minimizar fracasos en lactancia materna exclusiva al alta.

Metodología. Se diseña un plan de actuación que se inicia en octubre del 2004 y que incluye:

- Creación de una comisión y elaboración de un protocolo de trabajo sobre lactancia materna.
- Formación continuada al personal de salud que interviene en el proceso.
- Elaboración de una guía de lactancia dirigida a dar información a los padres.
- Exposición de material audiovisual específico.
- Registro de indicadores semestrales que cuantifican el éxito de este trabajo.

Resultados en el primer semestre del 2006.

Cohabitación en un 90%.

Lactancia materna inicial dentro de la primera media hora de vida en un 83%.

Educación sanitaria individualizada en el 100% de madres que optan por una lactancia materna.

En un 96% de casos no se detectan problemas tempranos de las mamás. Un 83% de maternas inician y causan alta con lactancia materna exclusiva.

Conclusiones. El resultado de la formación de los profesionales y de la población de estudio y la elaboración de un protocolo específico, ha sido determinante en el éxito de la promoción de la lactancia materna y en la consecución de un cambio de actitud de los profesionales implicados.

Del mismo modo se considera que una buena educación sanitaria durante el embarazo y en el post-parto son esenciales para favorecer una lactancia materna con éxito en aquellas madres que elijan esta opción libremente.

P100. ¿SE PUEDE VIVIR DE ÉSTO? EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA PRIVADA DE LACTANCIA MATERNA. Baeza Pérez-Fontán, Carmela; Ramírez Cuesta, M^a Teresa; Suárez del Villar Acebal, M^a Teresa. Centro de Atención a la Familia Raíces.

Objetivos: Es simplemente relatar cómo surge crear una consulta privada, cómo lo hemos llevado a cabo y cuáles han sido los resultados después de un año y medio de experiencia.

- 1) De dónde surge la idea:
 - 1^o Mi deseo de trabajar en el mundo de la lactancia surgió a partir de las dificultades para amamantar a mi primer hijo.
 - 2^o Al año de aquello fui a pasar unos meses a EEUU, donde presencié la visita domiciliar de una consultora certificada en lactancia (IBCLC) ¡Trabajaba tan bien, sabía tantas cosas! Quedé fascinada y pensé: esto es lo que quiero hacer.
 - 3^a Me decidí a prepararme. El título IBCLC me parecía una inversión porque me iba a ayudar a prepararme de forma guiada y reglada.
 - 4^a Foro "LACTNET": en otros países la figura del consultor de lactancia es básica, y sus ámbitos de trabajo son múltiples: hospital, centro de salud, centros de preparación a la maternidad, consulta privada... sopesando estas posibilidades pensé que mi mejor opción era intentar montar una consulta privada.
- 2). Pasos que se requieren (comentamos cada uno de ellos):
Formación en lactancia, a ser posible acreditada.
Conseguir un local adecuado.
El tema legal: cómo constituirse y darse de alta.
- 3) Resumen de las actividades que realizamos en el campo de la lactancia.
Este punto es un repaso de lo que ofrecemos a nuestros clientes.
- 4) ¿De dónde vienen nuestros clientes?
Cómo promocionarse y conseguir llenar la consulta
- 5) El trabajo concreto: ¿qué hemos visto en este año y medio en la consulta de lactancia materna?
Aquí se comentan brevemente el número de madres e hijos atendidos, los motivos de consulta, los diagnósticos realizados y las actividades y tratamientos aconsejados.
- 6) Entonces ¿se puede vivir de esto?
Haremos un comentario sobre cuánto cobramos según el tipo de consulta, cómo rentabilizamos los cursos a profesionales, si esto tiene futuro...

Conclusiones: Nos parece que la consulta de lactancia materna ha sido útil y beneficiosa para muchas familias y para nosotros como profesionales.

Nos gustaría animar a cualquiera que esté indeciso sobre cómo trabajar en el campo de la lactancia a que se forme y considere la consulta de lactancia como una posibilidad real, útil y gratificante.

P101. ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE INTRODUCCIÓN DE OTROS ALIMENTOS Y DESTETE ADUCIDOS POR LAS MADRES. López Bueno, Ana; Caba Martín, Encarnación; Bustos Prados, María José; Caba Martín, Adoración. C.S. Almuñecar (Granada).

Objetivos. Conocer la prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida y analizar los motivos argumentados por las madres para el abandono de la misma de forma prematura.

Materiales y métodos. Estudio de carácter de transversal y retrospectivo sobre los motivos de introducción de alimentos distintos a la leche materna (incluyendo la leche artificial) y de destete, en los niños nacidos en nuestra ciudad durante el año 2005 a través de los datos recogidos en el cuestionario del programa niño sano.

Resultados. Durante el año 2005 nacieron en nuestra Zona Básica 188 niños, al nacer el 60,63% de la muestra presenta lactancia materna, cayendo esta cifra en el primer mes hasta el 39,67%. Al segundo mes, el porcentaje de niños alimentados al pecho de forma exclusiva es del 31,49%, lo que supone la mitad de los que iniciaron la lactancia. A los seis meses el porcentaje de lactancia materna completa y mixta son del 33,3% de forma conjunta, cifra que disminuye considerablemente hacia el primer año (en nuestro estudio no se recogió ningún caso de lactancia materna con dicha edad). Los descensos más bruscos en la prevalencia de la lactancia materna coinciden con dos momentos clave en el proceso de amamantamiento: la consolidación de la lactancia y la reincorporación al entorno laboral tras la baja maternal unida a la introducción de la alimentación complementaria.

Los principales motivos aducidos las madres, tanto para introducir otro tipo de alimento como para el destete, están relacionados con la percepción de falta o escasez de leche ("falsa hipogalactia") en más de la mitad de las razones apuntadas. La verdadera hipogalactia (enfermedad de la madre que incide en la capacidad de producción de la leche) tiene una incidencia mínima. La segunda causa son los problemas de salud de la madre asociados a una posición inadecuada del niño al pecho (grietas, mastitis, etc...), seguidas del rechazo del pecho por parte del bebé mencionado en un 15,5% de las entrevistadas, la vuelta al trabajo supone un 11% sobre los datos globales.

Conclusiones. 1. Los resultados del estudio nos muestran una prevalencia relativamente alta de lactancia materna al nacer, junto con un abandono masivo de la misma en los primeros meses de vida; la introducción de alimentación complementaria así como el destete se produce antes de cumplir los cuatro meses, edad inferior a la recomendada por la OMS, según la cual el 100% de los niños deberían ser amamantados exclusivamente hasta los seis meses de edad.

2. El principal motivo aducido por las madres "hipogalactia falsa" se debe a la disminución de la producción de la leche debido al empleo de técnicas inadecuadas de amamantamiento, establecimiento de pautas horarias relacionadas con la lactancia artificial, la introducción de "complementos" a la lactancia o el uso de chupetes y tetinas, entre otras; dichos problemas se evitarían con una mayor información y apoyo a la lactancia por parte del entorno social y sanitario, por ello, sería conveniente realizar un control del proceso de lactancia materna desde el inicio con el fin de monitorizar su progreso, ya que en los primeros momentos, es cuando se produce un mayor abandono de la lactancia o se introducen sucedáneos. Los profesionales sanitarios pueden y deben detectarlos, ofreciendo ayuda para corregirlos hasta conseguir una lactancia satisfactoria.

3. Consideramos al pediatra y al médico de familia como elementos fundamentales para la continuidad de la lactancia materna, promoviéndola y apoyándola activamente informando sobre los beneficios de ésta práctica tanto para el lactante amamantado como para su madre.

P102. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA DEL PERSONAL SANITARIO EN DISTINTOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE ESPAÑA. Villalta Ramón, M^a Amparo; Fuentes López, Natalia; Pastrana Martínez, Juana M^a; Vallejo Sánchez, Rosario; Godino Muncharaz, Rosalía; Martín Sánchez, Rosario; Pomedá Paños, Sonia; Álvarez Núñez, Teresa; Fariñas Martín, M^a Inmaculada; Maldonado Molina, Ernesto. Centro de salud de Azuqueca de Henares (Guadalajara), Centro de Salud Balconcillo (Guadalajara), Hospital General Universitario de Guadalajara (Toledo), Hospital La Paz (Madrid), Hospital Universitario Virgen de la Salud (Toledo), Hospital 9 de Octubre (Valencia), Distrito Sanitario Jaén nordeste (Jaén), Hospital General de Baza (Granada), Hospital maternal Virgen del Rocío (Sevilla).

Objetivo: Valorar los conocimientos básicos sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres en el período de embarazo, parto y puerperio.

Material y método: Estudio transversal descriptivo basado en una encuesta remitida a los profesionales de Atención Primaria y Especializada de algunos centros de Atención Primaria y Especializada de Guadalajara, Toledo, Madrid, Valencia, Jaén, Sevilla y Granada.

Resultados preliminares: El 96% de los encuestados está de acuerdo en que la lactancia materna es la mejor opción para el bebé, para la madre y para el planeta, aunque la mayoría no conoce todas las ventajas. 29% piensa que no todas las mujeres pueden ser capaces de amamantar a sus hijos y 23% que la leche puede ser de mala calidad. 30% considera necesario establecer un horario rígido para alimentar al bebé. Si el niño no coge mucho peso 61% "reforzaría" la lactancia con un biberón y 13% la suspendería si la mamá tiene que tomar antibióticos o antiinflamatorios o si queda de nuevo embarazada. Los profesionales con menos conocimientos erróneos son las matronas. No hay diferencias significativas en las distintas provincias estudiadas.

Conclusiones: No existe consenso en la información sobre lactancia materna que reciben las mujeres por parte del personal sanitario que las atiende, lo que podría repercutir de forma negativa en el inicio y mantenimiento de la misma. Pensamos que sería muy importante que en cada centro existiera una persona responsable de la formación y actualización del resto de los profesionales en este tema.

P103. RESULTADOS DE LA ADHESIÓN A LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD DE MADRID TRAS UN PROGRAMA DE APOYO Y PROMOCIÓN. *Tomico del Río, Margarita; Portillo Boyero, Blanca Eva; Martín Sánchez, Eva; Martínez Mondéjar, Belén; Flores Antón, Beatriz.* Centro de Salud de Humanes de Madrid. Área 9 de Madrid.

Antecedentes y objetivos: Es motivo de preocupación entre los pediatras el abandono precoz de la lactancia materna (LM), por ello en nuestro Centro de Salud se realiza un programa de apoyo y promoción de la LM desde el año 2005. El objetivo de este estudio es conocer la adhesión actual a la LM en nuestro centro de trabajo tras el programa de apoyo.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes con recogida de datos prospectiva de los niños nacidos entre el 1 de Abril de 2005 y 30 de Junio de 2006, en las revisiones del niño sano (7 y 21 días, 2, 4, 6, 10 y 15 meses) acerca de lactancia materna completa (LMC), lactancia materna parcial (LMP), fórmula adaptada (FA), ingreso al nacimiento, edad de abandono de la LM y motivo del mismo. Se excluyeron los niños que llegaron al Centro de Salud a partir de los 2 meses de vida.

Resultados: Se recogieron datos de 346 niños, 185 varones (53%) y 161 mujeres (47%), con un rango de edad (0-15 meses), una edad media de 6,8 ± 4,4 meses y en cuanto al tipo de alimentación recibida los datos son los siguientes: (Tabla III)

Abandonaron la LM 147 niños (49%) siendo la edad media del abandono 100 ± 74 días, consta el motivo de abandono de LM en 56 niños (38%) de los cuales 24 (43%) es hipogalactia, 11 (20%) causa laboral, 11 (20%) decisión materna, 4 (7%) problema del niño y 6 (11%) otras causas. Del global de niños ingresaron al nacimiento 19 (5%), de los cuales 9 (47%) recibían LMC, 8 (42%) LMP y 2 (11%) FA tras el alta, siendo la edad media del abandono de la LM de 93 ± 65 días.

Conclusiones:

- Hasta los 10 meses disminuye el porcentaje de LMC un 15% cada 2 meses según avanzan las revisiones, mientras que la LMP se mantiene en torno a un 20% a partir de los 7 días de vida.
- No encontramos que a partir de los 4 meses haya un mayor descenso en el porcentaje de LMC como podría esperarse por la incorporación de la mujer al trabajo.

- El porcentaje de LMC al alta hospitalaria en niños ingresados es menor, manteniéndose más o menos igual el de FA.
- Nuestros porcentajes de LMC a los 2, 4 y 6 meses (48%, 33% y 18%) son mejores que las cifras encontradas en la literatura: serie de Barriuso en el Norte de España (41,2%, 18,2%, 3,9%). Así mismo, nuestras cifras de LMC y LMP a los 7 días (88%), 21 días (82%), 2 meses (69%), 4 meses (51%), 6 meses (37%) y 10 meses (20%) son mejores que las de la serie de García Vera en el año 2000, recién nacido (84,2%), 1 mes (77,6%), 2 meses (65,8%), 4 meses (42,1%), 6 meses (24,8%) y 10 meses (10,7%).
- Debemos continuar nuestro esfuerzo para conseguir mejores resultados y adecuarnos a las recomendaciones de la OMS.

P104. EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE AYUDA A LA LACTANCIA MATERNA EN UN MEDIO HOSPITALARIO: LOS 4 PRIMEROS AÑOS. *Silvestre Hernández, Silvia; Riba García, Mercedes; Fabián Bontempelli, Ivette.* Institut Universitari Dexeus (Barcelona).

Antecedentes y objetivos: Hace aproximadamente 4 años se creó un grupo de ayuda a la lactancia con el objetivo de dar ayuda a madres de nuestra institución y de fuera de esta.

Material y métodos: Inicialmente el grupo estaba formado por dos pediatras, una comadrona, tres enfermeras (unas eran madres con experiencia en lactancia y otras no eran madres en ese momento) y dos madres con larga experiencia en lactancia. Actualmente consta de tres enfermeras y dos madres.

El grupo se reúne semanalmente durante dos horas y se atiende por teléfono a diario durante una hora. Las reuniones se desarrollan en el auditorio del centro si éste no está ocupado; si es así tienen lugar en la cafetería del mismo.

Resultados: En estos años hemos recibido alrededor de 340 niños de los cuales el 82% era procedente de nuestra institución. Estos representan el 6% de los niños que salen de la clínica tomando lactancia materna.

La media de edad de las madres ha sido de 34 años, el 72% de las cuales eran de edad inferior o igual a 35 años. Del total de madres el 87% eran primíparas (algunas venían por primera vez durante el embarazo) y el 13% secundíparas o más. Muy pocos niños eran procedentes de partos múltiples.

Los problemas que referían son en relación a información general, frecuencia de las mamadas, cantidad de leche, extracción de leche y dolor en los pezones.

Muchas de ellas vinieron acompañadas por el marido o por la madre y pocas trajeron un hijo mayor. Algunas también repetían en un segundo embarazo.

Conclusiones: Actualmente en que las altas de nursery se dan cada vez más precozmente y dada la edad cada vez más avanzada de las madres consideramos que el grupo de ayuda es una herramienta indispensable y muy útil para contribuir en el éxito de la lactancia de nuestra población y que complementa muy bien la información que reciben las madres en la estancia corta en la clínica. Sin embargo creemos que el porcentaje de las madres que vienen a solicitar ayuda es reducido por lo que en los próximos años queremos trabajar en ese camino.

P105. LACTANCIA EN TÁNDEM: AMAMANTAR A DOS HERMANOS. *Rodríguez Aguiar, Camila; Rodríguez Plasencia, M^a Candelaria; Curbelo Rodríguez, Madai; Campóo Álvarez-Cruz, Milagros; Gregorio, Reyes del Villar; Oliva Díaz, Raquel; Ventura López, Elisa Isabel; Brito Lorenzo, Bruna María.* Galam-Tenerife. Asuntos Sociales del Ilustre Ayto. de El Rosario. Hospital Universitario de La Candelaria

TABLA III

Alimentación	7 días	21 días	2 meses	4 meses	6 meses	10 meses	15 meses
LMC	264(77%)	210(63%)	140(48%)	77(33%)	35(18%)		
LMP	39(11%)	63(19%)	61(21%)	42(18%)	38(19%)	22(20%)	0 (0%)
FA	42(12%)	61(18%)	90(31%)	116(49%)	126(63%)	90(80%)	2 (100%)
Total niños	345	334	291	235	199	112	2

Introducción Si una mujer amanta a su hij@ y queda de nuevo embarazada, podrá continuar dando el pecho, ya que no existe evidencia científica de riesgos para el futuro bebé. Aunque a priori supone un sobreesfuerzo para la madre hasta el momento del parto y posterior al mismo, lo cierto es que aporta bienestar al niñ@ que toma el pecho. Una vez nacido su segundo hijo, ambos disfrutarán de los beneficios de la única leche creada específicamente para ellos, surgiendo la LM en Tándem.

Una LM prolongada es poco habitual, pero la LM en tándem es insólita. Los desafortunados comentarios de profesionales y de gente que no pudieron amamantar a sus propios hijos debido a un asesoramiento inadecuado, frustran, lastiman y desaniman a las madres que sí lo hacen.

Lactar a dos bebés de diferentes edades supone un gran desgaste emocional, es sin duda una de las cosas más duras que se ha de soportar. Se refleja en expresivos sentimientos como: "Dar el pecho a mis dos hijos a la vez me hace sentir más fuerte en otros ámbitos de mi vida. Ver al hermano mayor acariciar la cabeza del pequeño durante la toma, es una experiencia muy intensa y de complicidad única. Hay veces que pienso que llevo toda la vida amamantando y es que, al hacer tándem, no hay espacio de descanso entre una lactancia y otra."

Objetivos: 1º- Dar a conocer la importancia de la decisión, motivación y el esfuerzo de las madres para vencer las controversias de amamantar a dos bebés con distintas edades.

2º- Favorecer el contacto entre madres para compartir y sensibilizar los sentimientos encontrados.

3º- Comunicar que la LM en Tándem no es fácil y que además no es sólo fuente de nutrición, sino de, sentimientos, emociones, experiencias y bienestar compartido con la familia.

Método: En una muestra de 400 madres de Tenerife precisan asesoría de LM, sólo tres han hecho tándem. Reseñar la experiencia de una madre en tándem y LM prolongada.

Resultados: 1º- Madre con bebé de 11 meses que inicia un segundo embarazo, sufre hemorragia de implantación, prescriben suprimir la LM, está 20 horas sin amantar 2º- Hace una ingurgitación mamaria y pidió asesoría que le fue atendida y reinicia el pecho a demanda. 3º- Se detiene y dice habló con el pequeño bebé de mi barriga y le dije: "Hijo", aún no has nacido, y ya tienes un hermano esperándote aquí fuera para jugar, pero también para compartir la teta, él la necesita, porque es aun un bebé. 4º- Gestación y parto normal, separación del RN 11h sin dar LM 5º- Recibe controversias de profesionales y otras personas, desgaste emocional y ansiedad en los procesos del embarazo, posparto por separación del RN y del niño mayor a pesar de solicitud de LM exclusiva y LM en tándem, reincidencia en el programa del niño sano de pediatría con los dos niños.

Conclusión: Los profesionales deben escuchar y respetar los criterios de las madres, apoyarlas emocionalmente, y aplicar la conocida técnica basada en sus experiencias. Para luchar y defender LM en Tándem es imprescindible borrar prejuicios sobre amamantar niñ@s de diferentes edades simultáneamente, porque la práctica aunque compleja como la teoría, se torna gratificante. Su bebé menor tiene un año, y el mayor en Enero cumplirá tres; unos días está más cansada que otros, y en ocasiones es innegable que ha sentido ganas de renunciar. Por eso es importante recordar tenerlo en mente siempre ¿Porqué esa madre ha elegido el mejor alimento para sus hijos?. Obstáculos y experiencias soportan las madres pero defienden y prolongan la LM." Esa es la magia de la LM".

P106. IMPORTANCIA DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN TENERIFE. Brito Lorenzo, Bruna María; Curbelo Rodríguez, Madai; Rodríguez Plasencia, Mª Candelaria; Rodríguez Aguiar, Camila; Ventura López, Elisa Isabel; Oliva Díaz, Raquel; Campóo Álvarez-Cruz, Milagros. Galam-Tenerife. *Asuntos sociales del Ilustre Ayto. de El Rosario. Hospital Universitario de La Candelaria*

Introducción: Tenerife es uno de los lugares de España donde necesitamos trabajar la LM y formar parte de los hospitales de IHAN. No es de extrañar que los cuidados integrales centrados en la familias sean ofertados inadecuadamente, ni que los profesionales o gestores de algunas instituciones no hayan valorado la importancia de un número considerable de necesidades básicas para el bebé, como por ejemplo cabe citar:

- El contacto piel a piel de calidad
- El disfrute del MMC como técnica no agresiva, necesaria para el desarrollo y el bienestar del bebé
- El fomento de la LM exclusiva esencial para la salud física, neurológica y mental del RN
- La seguridad y confianza de los padres en la crianza. Y muchos otros...

Objetivos: 1º Divulgar el alcance de la de la participación familiar en la práctica del MMC

2º Dar a conocer la importancia de la humanización de los cuidados neonatales

3º Difundir la importancia del contacto piel a piel y la práctica del MMC en todos los RN desde un periodo mínimo de estabilidad.

4º Resaltar que el MMC permite fomentar la LM exclusiva, dar amor a los niñ@s y establecer lazos afectivos importantes para el desarrollo y bienestar del RN junto a su familia.

5º Destacar la importancia de lograr trabajar el MMC como una innovación, desarrollo y satisfacción de los propios profesionales de la salud una vez es conocido.

6º Implicar a todo el tejido sanitario en el MMC para una mejor imagen y gestión de sus recursos.

Método: En Tenerife un estudio de observación longitudinal en una muestra N= 400 madres necesitaron ser asesoradas en la LM. Basándonos en las dificultades observadas en las familias diseñamos un video por ordenador de 7-8 minutos, como soporte pedagógico y de divulgación social sobre la importancia del MMC.

Resultados: El 42% de las madres que solicitó ayuda eran primíparas, mientras un 53.8% acababan de tener su 2º bebé; de la misma muestra un 9% fueron RN prematuros hospitalizados en UCIN y un 14.5% ingresados para PIN y otras patologías. La estancia media fue 29.57 días. Un 58% de las madres afirmaban tener hipogalactia. Destaca un 83.8% de estrés importante derivada de la inquietud por el bienestar del bebé y su separación. Las necesidades básicas de compartir emociones acompañadas por sus parejas mientras amantan a sus hij@s no pueden ser satisfechas, al contrario, se rigen por protocolos donde los padres no pueden estar presentes. En ningún momento se le explicó la importancia del contacto piel a piel del bebé con su familia y se restringió la permanencia en los brazos de los padres durante el tiempo exclusivo para alimentarle.

Desgraciadamente no se fomentan técnicas de diálogos tónicos afectivos, participación de los padres en los cuidados del RN, tampoco el MMC ó la trascendencia LM exclusiva.

Conclusión: El MMC según autores como (Josefa Aguayo, A. Gómez Papi, Carmen Pallás, Luis Ruiz, Natalie CharpaK, Nils Bergman, Kerstin Hedberg Nyqvist, Adriano Cattaneo) no es dañino para el bebé, sino método eficaz, fácil de aplicar, fomenta el bienestar y la salud del RN, favorece la LM exclusiva, permite más humanización en los cuidados neonatales, así como la seguridad y confianza de los padres en la crianza, las madres van a llegar a un proceso maravilloso cuando disfrutan de la cercanía con sus hij@s. Los RN precisan acciones de las unidades neonatales en materia de fomento de la práctica de MMC y su divulgación en la sociedad.

P107. TALLER DE LACTANCIA MATERNA: UN CAMINO HACIA LA SALUD DESDE LA CONSULTA DE LA MATRONA. Calatayud Pujalte, María del Mar; López Escribano, Alonso. C.S Caudete. Gerencia Atención Primaria Albacete.

Introducción: Desde la consulta de la matrona del Centro de salud nos propusimos trabajar en el sentido propuesto por la OMS-UNICEF dentro de su estrategia necesaria para una feliz lactancia materna "Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellas a su salida del hospital o clínica". Para ello nos propusimos, tomando como referencia las experiencias previas de otros centros de salud la creación de un Taller sobre lactancia materna. El taller de lactancia materna ha sido definido como " El fruto de la participación y actividad de madres lactantes que se reúnen de forma periódica en el centro de salud, tuteladas por la matrona o enfermera pediátrica, para disfrutar y vivir con gozo la experiencia de amamantar"

Objetivos: Implementar la cultura de la lactancia materna en la Zona Básica de Salud.

Favorecer el “empoderamiento” en salud y lactancia de las madres.
Promocionar la lactancia materna como eje básico de salud.
Eleva la prevalencia de lactancia materna en nuestro medio.
Proporcionar la mejor evidencia sobre lactancia materna a toda persona interesada.

Propiciar un espacio de reflexión y debate sobre los distintos aspectos de lactancia materna.

Identificar y corregir precozmente los factores predisponentes al abandono de la lactancia materna.

Metodología: Diseño de la actividad: Se realiza bajo el formato de taller, de dos horas de duración desde Enero 2005 a Junio del 2006.

Actividades educativas: ¿Por qué dar el pecho?, Las primeras tomas, problemas de inicio, de vuelta en casa, alimentación y cuidado de la madre, problemas tardíos, despertares nocturnos, vuelta al trabajo, extracción y conservación de la leche, el destete y lactancia materna a largo plazo

Emplazamiento: Consulta de la Matrona en el Cento de Salud

Selección de los sujetos: Participación voluntaria de la población: Embarazadas, parejas, madres interesadas, etc.

Resultados: Se realizaron 28 talleres en los que participación 64 mujeres.

Creación de un “Grupo de apoyo a la lactancia materna”, por parte de algunas madres que asistieron al taller. Grupo que posteriormente se ha transformado en la Asociación pro lactancia materna y crianza natural en igualdad “Somos la leche”

Se potenció la visibilidad de la lactancia materna en el ambito de nuestra zona basica de salud.

Se comienzan a observar signos que apuntan hacia un incremento en la prevalencia de la lactancia.

En los coloquios posteriores, tras explorar las creencias de los participantes en relación a la lactancia materna pudieron comprobar el elevado interés que esta suscitaba entre las madres.

A lo largo del taller se subrayó la importancia de corregir precozmente los factores predisponentes al abandono de la lactancia.

Conclusiones: Se recomienda extender este tipo de actividades dentro del modelo de atención comunitaria

P108. Y TÚ, ¿QUÉ HARÍAS?: IDEAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA OBTENIDAS EN CURSOS DE FORMACIÓN. *Flores Antón, Beatriz; Tembory Molina, Carmen; Muñoz Labián, Carmen; Baeza Pérez Fontán, Carmela; Tomico del Río, Margarita; Román Riechmann, Enriqueta; Sundberg, Bettina; Prieto Muñoz, M^a Cruz; García Yepes, Eva María.* Hospital de Fuenlabrada, Madrid, España.

Antecedentes: En un hospital de reciente apertura, se han llevado a cabo planes de actuación en promoción de la lactancia materna (LM), y también para conseguir con éxito la acreditación como Hospital Amigo de los Niños. En este sentido, se han organizado siete cursos de formación para el personal, de 18 horas de duración, que han sido acreditados por UNICEF. Con ellos, se ha formado más del 90% del personal sanitario hospitalario del área materno-infantil, así como matronas y enfermeras encargadas de LM en los equipos de atención primaria del área. Los grupos de alumnos eran multidisciplinares, participando obstetras, pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares de diferentes zonas de trabajo. En la última clase práctica, se proponía a los alumnos que, en pequeños grupos moderados por un monitor, ofrecieran sus propias ideas para favorecer la lactancia materna en su área de trabajo.

Objetivo: Valorar las aportaciones realizadas por los alumnos.

Resultados: Entre las sugerencias más interesantes se encuentran:

- Fomentar la participación del padre en la lactancia: acompañando a la madre desde el momento del embarazo, el parto o cesárea y el posparto inmediato; e implicándole en el aprendizaje de la LM.

- Mejorar la información a las embarazadas y madres: carteles, folletos, videos emitidos por circuito cerrado de TV, links de LM en la página web del Hospital, organización de charlas, creación de grupo de apoyo...

- Humanizar el parto: contacto continuo madre-hijo, piel con piel, administrar colirio ocular en vez de pomada...

- Mejorar los datos que se recogen en la historia clínica del paciente en relación con la LM: datos de experiencias anteriores con la LM, deseo de lactar, información recibida, evaluación de las tomas...

- Disponer de espacios físicos y mobiliario adecuado: habilitación de pequeño espacio en la urgencia pediátrica, sillones cómodos en la Unidad de Neonatología, reposapiés, cojines de lactancia...

- Mejorar el control de la lactancia tras el alta hospitalaria: coordinación con Servicios de Atención primaria, datos de LM en los informes de alta y que éstos se vuelquen vía informática en el centro de salud que le corresponde, seguimiento de la lactancia en consulta específica, atención telefónica y presencial en Urgencias 24 horas, formación de grupos de apoyo en la comunidad, informar a las madres de estos recursos.

- Promover la LM en la comunidad: contacto con ayuntamiento y grupos locales para realizar actividades de fomento de LM (charlas, programas de radio o televisión local), retirar las ayudas a la lactancia artificial, etc.

Conclusiones: Este tipo de actuaciones permite evidenciar muchas mejoras que se pueden efectuar sin grandes cambios estructurales ni cargos económicos. Se ha comprobado que su puesta en marcha contribuye a la promoción y el apoyo de la lactancia natural. Son además sugerencias que pueden ser llevadas a cabo en otros centros.

P109. NUESTRO CAMINO PARA SER HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS: NO ES FÁCIL DAR. *Flores Antón, Beatriz; Tembory Molina, Carmen; Muñoz Labián, Carmen; Román Riechmann, Enriqueta; Miranda Serrano, Pilar; Sanz Díaz, M^a Concepción; Blanco Herranz, Marta; Ortiz Otero, M^a Mercedes.* Hospital de Fuenlabrada, Madrid, España.

Objetivo: Describir las medidas llevadas a cabo en un hospital de 2º nivel, inaugurado hace 2 años y que atiende 2500 partos/año, para conseguir con éxito la acreditación de UNICEF como “Hospital Amigo de los Niños”.

Antecedentes: El hospital se encuentra en un área periférica urbana con alto índice de población inmigrante y desarraigo social. Se ha demostrado que en los hospitales acreditados aumentan la tasa y la duración de la LM.

Resumen de las actuaciones realizadas:

1.- Fase inicial: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en LM, antes de la apertura del hospital, para definir objetivos y estrategias, con implicación de la Dirección del Hospital.

2.- Fase de desarrollo:

- En primer lugar, elaboración de un protocolo de LM.

- Formación del personal: realización de un curso de formación de formadores y después 7 cursos sobre LM de 18 h de duración y acreditados por UNICEF, formando a 203 profesionales sanitarios (90% del personal hospitalario del área materno-infantil y matronas de los EAP).

- Otras medidas: actividades educativas para madres (folletos, carteles en las consultas y habitaciones, proyección de videos); apoyo en paritorio para LM precoz y contacto piel con piel; actividades en la maternidad (enfermería formada, retirada de chupetes y tetinas, indicación escrita de suplementos y administración de éstos con jeringa, retirada de propaganda de casas comerciales, etc); actividades en Unidad Neonatal (creación de sala de lactancia, dotación de sacaleches y suplementadores, política de puertas abiertas); apoyo de las madres al alta (teléfono de apoyo 24 horas, consulta de LM atendida por matronas en Sº de Urgencias, controles precoces por las matronas de EAP...). En la primera evaluación de UNICEF, se superó todos los pasos salvo el paso 3 (información a las embarazadas) y el paso 10 (no existían grupos de apoyo en el área).

3.- Fase final: mejora tras la primera evaluación, y obtención de acreditación:

- Trabajo con directivos y matronas de Atención Primaria, elaborando un protocolo conjunto y fomentando aún más la educación sanitaria en LM.

- Reuniones con instituciones sociales locales y con grupos de apoyo, consiguiéndose que uno de ellos iniciase su actividad.

Conclusiones: Independientemente de conseguir la acreditación, se ponen en marcha muchas actuaciones que promocionan la LM y mejoran la salud de la población atendida.

El apoyo de la Dirección del Hospital tiene una importancia crucial para poner en marcha todas las medidas necesarias, así como la implicación y motivación de los diversos estamentos sanitarios (obstetras, pediatras, matronas, enfermeras, auxiliares)

La primera medida a adoptar es la creación de una política hospitalaria de LM, seguido de la formación del personal en LM.

Finalmente, es fundamental la colaboración con Atención Primaria, instituciones locales y con los grupos de apoyo.

Esta experiencia puede ser útil a otros hospitales que quieran emprender este mismo camino de promoción de la LM.

P110. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ASESORAMIENTO EN LACTANCIA MATERNA BASADA EN LA EVIDENCIA. *Rojas Suárez, Lucía; González Arcas, José Francisco; Plaza Jiménez, M^a Carmen. Hospital Materno Infantil. Málaga.*

Antecedentes y objetivos. En una unidad de neonatología se detecta una disparidad de criterios en cuanto al asesoramiento dado a los padres sobre lactancia materna. Asimismo se detecta una necesidad educativa en los padres. La importancia de la lactancia materna es harta conocida hoy en día y la implicación por parte del personal sanitario es determinante en el mantenimiento e instauración de la lactancia del niño durante el ingreso, por esto se inicia este trabajo que tiene como objetivos establecer mediante metodología enfermera y evidencia científica pautas para asesorar en lactancia materna, unificar criterios y mejorar la práctica clínica.

Material y métodos. Este trabajo se inicia en mayo de 2004 mediante búsqueda de cualquier tipo de documentación en relación al asesoramiento en funcionamiento en el hospital, se constata que no existe un material por parte del personal sanitario que cubra las necesidades aquí señaladas, sí existe abundante documentación de la Liga de La Leche. A continuación se inicia búsqueda bibliográfica desde octubre de 2005 a marzo de 2006 manteniéndose dicha búsqueda hasta el día de hoy para recoger posibles actualizaciones. Por un lado se recoge información general sobre lactancia y por otro específica en relación al asesoramiento seleccionando en primer lugar aquella que estuviese basada en la evidencia y en segundo lugar aquella que estuviera científicamente reconocida. Los métodos utilizados son: búsqueda bibliográfica manual y búsqueda bibliográfica mediante recursos en internet en las bases de datos CINAHL, Cochrane y MEDLINE, los descriptores utilizados fueron "breastfeeding AND education AND evidence-based". Simultáneamente se engrana toda la información con la metodología enfermera, utilizada esta última, como método científico de análisis de la realidad y solución de problemas.

Resultados. Como resultado de todo el proceso se obtuvo una guía de práctica clínica basada en la evidencia vertebrada por el proceso de atención de enfermería.

Conclusiones. Este trabajo se planteó en principio como procedimiento, la elaboración de una guía ha demostrado como ventaja su flexibilidad para dejar espacio a la experiencia del clínico.

La metodología enfermera por sí sola no aporta validez así como la evidencia científica por sí sola no aporta un método. La unión de ambas se propone en este trabajo como una alternativa para responder a las necesidades de salud que plantea la sociedad actual.

P111. VALORACIÓN DEL GRUPO DE SOPORTE A LA LACTANCIA MATERNA. *Magret Martínez, Agnès; Mateu Vaqué, Núria; Mutje Pujol, María Àngels; Reixach Planagumà, Assumpció; Sagué Cateura, Marta. Girona.*

Introducción: Desde el año 1996 el GSLM (grupo de soporte a la lactancia materna) se encuentra en funcionamiento. El grupo es dirigido por una matrona y una enfermera especializada en pediatría. Se realizan dos encuentros al mes con una duración de dos horas.

Objetivos: Nuestra impresión como matronas residentes y junto con las profesionales que dirigen el grupo es que este se encuentra consolidado. Pretendemos valorar el grado de satisfacción, participación y utilidad de los encuentros, aplicados a su experiencia personal en la lactancia materna.

Material y método: Consulta del registro de asistencia en la base de datos del grupo de soporte de lactancia materna desde octubre 2005 a marzo 2006, habiendo participado en el GSLM un total de 47 mujeres. Se escoge una muestra de 25 mujeres aleatoriamente, produciéndose un missing de 6. Se ha elaborado una encuesta con cuatro preguntas cerradas efectuada por vía telefónica. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados: La fuente de información mayoritaria sobre el GSLM que han recibido las mujeres asistentes proviene principalmente de familiares/ami-

gos y nada despreciable han sido las fuentes de la matrona de cabecera y el personal de la sala de puérperas del hospital.

La mayoría de ellas son primigestas y casi la mitad de ellas han asistido a las sesiones antes del parto.

Las mujeres han valorado muy satisfactoriamente los encuentros y la mayoría de ellas han mantenido la lactancia materna en un periodo superior a de 4 meses. Cabe remarcar que un grupo importante sigue lactando pasados los 7 meses.

Los motivos de abandono más significativos han sido el inicio del beikost y el llanto del bebé.

Conclusiones: Las mujeres que asisten en el GSLM dan el pecho durante un periodo largo de tiempo, lo consideramos satisfactorio y lo atribuimos al notable interés por parte de ellas y la dedicación de las profesionales que dirigen el grupo.

P112. GRIETAS E INGURGITACIONES: ¿CÓMO MEJORAR? *Bermúdez Bermúdez, M^a José; García Beltrán, Rosario; Ramos Gómez, Amparo; González Martín, Victoria Eugenia; García de León González, Ricardo. Hospital Virgen del Castillo (Yecla) Murcia.*

Antecedentes: En nuestra comarca estamos trabajando en un proyecto global de calidad sobre los cuidados en lactancia materna. La elevada incidencia de grietas en nuestro hospital al alta, fue identificada como una de las principales oportunidades de mejora en la planta de maternidad-neonatos. No hemos encontrado en la literatura cifras de referencia que nos permita comparar con nuestra situación actual.

Objetivos:

- Evaluar nuestra situación actual a través de unos criterios de calidad (pertinentes, válidos y fiables), como primer paso para iniciar un proceso de mejora continua que nos permita disminuir la incidencia de grietas e ingurgitaciones en nuestra planta.

- Recoger todas las sugerencias de las madres a través de un buzón de sugerencias situado junto al cartel narrativo de nuestro ciclo de mejora en la planta de maternidad.

Material y método:

- Identificación de oportunidades de mejora, se llevo a cabo mediante técnicas de grupos nominal y grupos de discusión entre profesionales y madres.
- Elección de criterios de proceso, mediante un análisis causa-efecto (diagrama Isikawa).
- Tasa de grietas e ingurgitaciones al alta, obtenida de nuestro registro poblacional de lactancia materna; es nuestro principal criterio de resultado.
- Evaluación inicial de los criterios seleccionados mediante la revisión de sesenta historias clínicas de madres y recién nacidos en el mes de marzo del 2006 y posterior reevaluación tras la intervención.

Resultados: Criterios seleccionados:

1. Información oral y escrita sobre la técnica correcta de lactancia materna.
2. Valoración de la técnica de lactancia materna al menos una vez por turno
3. Valoración al alta de la presencia/no presencia de grietas y/o ingurgitaciones.

Nivel de cumplimiento / incumplimiento de cada criterio. (Se considera cumplimiento cuando el criterio está claramente registrado en la historia clínica).

Tasas de grietas e ingurgitaciones, desde el 1 de abril del 2005 hasta el 30 de junio del 2006. (por trimestres), cuya media es de 20,85% y 1,33%, respectivamente.

Conclusiones: La incidencia de grietas e ingurgitaciones es una causa importante de abandonos prematuros en la lactancia materna, y está muy relacionado con la calidad de los cuidados a la madre lactante en la planta de maternidad.

Nuestro trabajo nos ha permitido:

- Incorporar la metodología de los ciclos de mejora a nuestra práctica asistencial.
- Abrir un nuevo camino para establecer los indicadores más sensibles que nos ayuden a monitorizar la calidad de nuestros cuidados.
- Abrir una vía de comunicación con las madres para identificar en cada momento sus expectativas y hacerlas partícipes de la mejora.

P113. FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DEL PARTO EUTÓCICO. *Moragón Abad, Marta; Boix Codina, Teresa; Abuin Serna, Almudena; Hernaiz Valerdi, María; Fernández Ruiz, M^a. Ángeles; Lozano de Torre, M^a José.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria.

Antecedentes y objetivos. - La vía clínica del parto recoge todas las actividades asistenciales, identificando las actuaciones específicas de cada profesional, con el objetivo único y final de conseguir una madre y un hijo sanos. La vía clínica no solo supone humanizar la asistencia, sino que mejora la implantación de dicha modalidad de lactancia. En nuestro hospital atendimos en 2005 un total de 3644 partos, alrededor del 75% del total de la Comunidad. La prevalencia de lactancia materna al alta era, antes de la implantación de la vía clínica del parto eutóxico, del 84,08%. Pretendemos saber si la implantación de dicha vía puede suponer un incremento de la lactancia materna.

Material y métodos. - Durante los tres primeros meses de implementación de la vía clínica (1/12/2005 hasta el 1/3/2006), se atendieron en nuestra unidad 913 partos vaginales, de los cuales, se incluyeron en vía clínica 357 casos. Los criterios iniciales de inclusión fueron: parto vaginal eutóxico tras embarazo sin patología de alto riesgo y con recién nacido sano. Se beneficiaron del primer amamantamiento en partos y no fueron separados en su estancia hospitalaria. Recogemos la información de las historias clínicas de dichas mujeres y las comparamos con el grupo de no-vía clínica y con cifras del año 2005, previas al comienzo de esta nueva etapa.

Resultados. - De las 357 madres incluídas en la vía, 305 se fueron al alta con lactancia materna exclusiva (85,43%), y el resto hasta llegar al 98,31%, tuvieron alimentación mixta en algún momento previo al alta. Seis mujeres (1,68%) dieron lactancia artificial, cinco por decisión propia y una de ellas por fracaso atribuible a mala técnica. Esto supone un incremento superior al 14% desde la implantación de la vía clínica. En el grupo de partos vaginales, y no incluídos en la vía, al alta solamente el 25,71% (143) se fue con lactancia materna exclusiva, el 60,43% (336) con mixta y el resto 13,84% (77) con lactancia artificial.

Conclusiones. - Con la implementación de la vía clínica, no separando el grupo familiar, hemos conseguido aumentar la lactancia materna de manera significativa así como el grado de satisfacción de las madres y del personal sanitario. Desde el 1/7/06 hemos aumentado los criterios de inclusión para beneficiar al mayor número de mujeres posible, incluyendo ventosas, fórceps en III/IV plano, cesárea anterior, semanas 36 a 42 con pesos comprendidos entre 2.500-4500 grs. y presencia de estreptococo positivo tratado adecuadamente.

P114. TAXONOMÍAS ENFERMERAS NANDA, NOC Y NIC EN LACTANCIA MATERNA. *Cid Expósito, Gemma, Prieto Muñoz, M^a Cruz.* Unidad de Neonatos, Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

El uso de metodología enfermera –y los lenguajes estandarizados NANDA, NOC, NIC– dentro de la promoción, instauración y mantenimiento de la lactancia materna (LM) es la base lógica que aporta coherencia al sistema de trabajo de la profesión enfermera (Proceso de atención enfermero).

Se forma un grupo de discusión entre enfermeras de la unidad neonatal para analizar las interrelaciones de las taxonomías NANDA, NOC, NIC con la práctica diaria en relación con la LM. De los cuatro diagnósticos enfermeros más directamente relacionados con la LM, se debate la conveniencia de los criterios de resultados enfermeros sugeridos y opcionales; de igual manera se seleccionan de las intervenciones principales, opcionales y sugeridas aquellas que por nuestra experiencia clínica se realizan más frecuentemente.

Según las relaciones descritas en la tabla IV, la principal intervención enfermera es **Asesoramiento en la lactancia**, apareciendo como acción fundamental en todos los diagnósticos NANDA con los que se relaciona.

El uso de taxonomías es un pilar básico de la metodología enfermera, que abre el paso hacia la investigación y facilita la comunicación durante el proceso de atención de enfermería en la práctica clínica.

El papel de enfermería en la promoción de la lactancia materna en la unidad neonatal es fundamental.

TABLA IV

Diagnósticos NANDA	Intervenciones NIC
- Lactancia materna eficaz	- Asesoramiento en la lactancia
- Lactancia materna ineficaz	- Ayuda en la lactancia materna
- Interrupción de la lactancia materna	- Apoyo emocional
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante	- Escucha activa
	- Enseñanza nutrición infantil
	- Succión no nutritiva
	- Cuidados del niño prematuro
Criterios de resultados NOC	
- Establecimiento de la lactancia materna: madre	
- Establecimiento de la lactancia materna: lactante	
- Mantenimiento de la lactancia materna	
- Conocimiento: lactancia materna	

P115. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS NIÑOS DE UNA ZONA RURAL DEL NORTE DE TENERIFE. *Monge Zamorano, Margarita; Hernández Páez, M^a Soledad.* Periféricos locales de Ravelo -Agua García.

Objetivo: Evaluar la duración de la LM y los factores relacionados en los niños pertenecientes a 2 consultorios rurales.

Material y Método: Se realizó una encuesta a todas las madres de niños entre 6 y 24 meses que acudieron a control durante marzo de 2006.

Resultados: Tiempo medio de LM = 8.43 meses, rango (0-24meses).

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS EN FUNCIÓN DEL TIEMPO QUE MANTUVIERON LM

Duración de la LM	Nº de niños (n= 40)
LM ≤ 1 mes	6 (15%)
LM ≤ 6 meses	17 (42.5%)
LM > 6 meses	23 (57.5%)
LM > 12 meses	7 (17.50%)

FACTORES RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LA LM

	LM > 6 meses N=23	LM ≤ 6 meses N=17	p
LM en paritorio	21 (91.30%)	10 (58.82%)	p = 0.01
Madre recibió LM	21 (91.30%)	10 (58.82%)	p= 0.01
Problemas lactancia	7 (30.34%)	10 (58.82%)	n.s
Educación maternal	8 (34.78%)	4 (23.53%)	n.s
Tíos maternos recibieron LM	17 (73.91%)	9 (52.94%)	n.s

Conclusiones:

1. Se cumplen ampliamente los objetivos del programa de salud infantil.
2. Existe una relación significativa entre que los niños tomen LM más de 6 meses y que la madre recibiera lactancia materna, así como haber recibido LM en paritorio

P116. RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS PUBLICADAS EN ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ANGLÓSAJONES DE FINALES DEL SIGLO XIX. *Martín Perdiz, Antonia; Ponsell Vicens, Esperança; Ferrer de Sant Jordi, Pilar; Pérez Mariano, Damiana; Aguilar Cordero, M^a José; Ferrer Pérez, Victoria A.* Universitat de Les Illes Balears

Antecedentes y objetivos: El inicio de la neonatología se sitúa en el siglo XIX gracias fundamentalmente a la obra *The Nursling*, escrita por Pierre Budin (1846-1907). Los prematuros estaban destinados a morir, al igual que la

mayoría de neonatos con malformaciones. P. Budin y M. Couney fueron los pioneros de la asistencia en incubadoras de los recién nacidos prematuros y, de esta forma, ayudaron a modificar algunas de las actitudes pesimistas con respecto a estos niños. Esta actitud caló en los diferentes Estados gracias a la emergente reforma social, los movimientos de beneficencia del s.XIX y las revistas científicas de la época.

El objetivo de la presente comunicación es analizar las recomendaciones sobre alimentación neonatal que se realizan en 3 artículos científicos anglosajones publicados a finales del siglo XIX.

Material y métodos: Análisis de contenido de los artículos: Incubators and milk laboratory feeding (1897); The care of premature and feeble infants (1898); The care and feeding of premature infants (1898).

Resultados: Los autores reconocen la prematuridad como objeto de estudio de la medicina y manifiestan preocupación por la elevada tasa de prematuridad existente. La termorregulación y la alimentación como cuidados básicos que garantizan la supervivencia de estos niños. Se analizan los diferentes métodos de calentar a los prematuros y recomiendan la lactancia materna como forma de alimentación por encima de las leches artificiales que empiezan a comercializarse, si bien con opiniones diversas.

Conclusiones: Las recomendaciones de los neonatólogos del s.XIX, la termorregulación y la alimentación, son básicamente similares a las actuales aunque con diferencias derivadas de los avances tecnológicos (terapia ventilatoria, etc). Se recomienda la lactancia materna como alimento de elección para los neonatos prematuros.

P117. LACTANCIA MATERNA Y ENFERMERÍA: LA CLAVE DEL ÉXITO, CAMINAR JUNTOS. Morgado Ramos, Cristina; Mola Sanna, Aurora. ABS Can Pantiquet. Mollet 1.

Antecedentes y Objetivos: Tras el nacimiento del bebé, el primer reto de la vida del recién nacido y de la madre es poder disfrutar de una lactancia materna efectiva y satisfactoria para ambos. En este éxito el colectivo de enfermería es el responsable de favorecer el vínculo materno-filial, dar unas técnicas correctas de amamantamiento y sobretodo, dar soporte emocional a las madres ante la angustia que les supone el bebé y sus cuidados.

En nuestro centro de trabajo el día a día nos ha hecho ver el papel tan importante que tiene enfermería, sobretodo en los primeros días del recién nacido y de la madre para que ésta disfrute de su hijo y de la experiencia de dar el pecho, disfrutando así de los grandes beneficios que supone la leche materna tanto para el bebé como para la madre. Un alto porcentaje de lactancias maternas iniciadas en el hospital acudían a la primera revisión del recién nacido, a los 7-10 días de vida, con lactancia mixta o artificial debido a la falta de conocimientos o refuerzo en estos primeros días. Por este motivo, las enfermeras de pediatría del turno de la tarde pusimos en marcha este proyecto con el objetivo de:

- Aumentar la incidencia de la lactancia materna entre nuestros bebés.
- Disminuir la ansiedad de las madres ante la lactancia materna.
- Favorecer el vínculo materno-filial.
- Crear un sistema de comunicación entre los diferentes equipos asistenciales que están implicados en el cuidado del bebé y de la madre: PAD (Programa de Atención a la Mujer), Hospital de Mollet y Área Básica de Salud Mollet-1

Material y métodos: - Reorganización de la estructura de la agenda de enfermería instaurando visitas semanales durante el primer mes de vida del recién nacido para reforzar técnicas de lactancia, consejos de puericultura, control peso del bebé y apoyo emocional a los padres.

- Puesta en marcha de "La Tarde de los peques": Espacio semanal de 2 horas que pretende acoger lo antes posible a las madres que tras la salida del hospital presentan dudas en la lactancia materna con el objetivo de reforzarlas y reconducirlas para mantener dicha alimentación.

- Reuniones trimestrales entre los diferentes equipos asistenciales con el objetivo de hablar en un mismo idioma con respecto a la lactancia materna (técnicas, duración de las tomas, uso de tetinas...)

- Trípticos informativos sobre todos los servicios de apoyo que ofrece el área de Mollet del Vallés con respecto a las gestantes, madres lactantes y sus bebés.

Resultados

1º Semestre 2005	2º Semestre 2005	1º Semestre 2006
Total nacimientos: 71	Total nacimientos: 68	Total nacimientos: 70
- L. Materna: 47.9%	- L. Materna: 35.3%	- L. Materna: 48.6%
- L. Mixta: 19.7%	- L. Mixta: 20.6%	- L. Mixta: 8.6%
- L. Artificial: 32.4%	- L. Artificial: 44.1%	- L. Artificial: 42.8%

Conclusiones: Desde octubre del 2005, las visitas semanales que enfermería ofrece a las madres lactantes junto con la coordinación entre los diferentes equipos asistenciales que forman parte del cuidado del bebé y la madre, han hecho posible que la incidencia de lactancia materna haya subido en el período de 1 año.

P118. A PROPOSITO DE UN CASO: FENOMENO DE RAYNAUD. Rodríguez Plasencia, María Candelaria; Pérez Gómez, Adela; Curbelo Rodríguez, Madai; Rodríguez Aguiar, Camila; Brito Lorenzo, Bruna María; Ventura López, Elisa Isabel; Santamaría Ramiro, Mª Anunciación; Campó Álvarez- Cruz, Milagros; Oliva Díaz, Raquel. Galam Tenerife. Asuntos Sociales del Ilustre Ayuntamiento de El Rosario. Hospital Universitario de La Candelaria.

Paciente edad 39 años, AF sin interés, AP sin interés, AGO dos partos eutócicos;

1º- El primero de ellos RN mujer 3100 grs. Vs.(Consultó por dolor en el pezón, palidez cutánea que mejora con calor local, apareciendo clínica de mastitis al 5 mes de lactancia que remite con antibioterapia).Lactancia 15 meses.

2º- Segundo RN mujer 3100 grs. Vs en hospital no IHAN. A las 24 horas comienza aparecer grietas en pezón.

Motivo de consulta: Al 10 día del posparto comienza con fiebre, dolor, calor, eritema, ingurgitación y grietas bilaterales. Se diagnostica mastitis bilateral y grietas, se trata con medidas físicas, extracción láctea, corrección postural al lactar, valoración perioral del RN, y antibioterapia con amoxi-clavulánico 500 c/8 h 7 días y recogida de muestra para cultivo. Resultado del cultivo fue estafilococo aureus por lo que se modificó atb pautándose cloxacilina durante 7 días. Al finalizar tratamiento continua con la misma sintomatología realizándose un nuevo cultivo postratamiento dando como resultado crecimiento de estafilococo aureus. Se modifica de nuevo la antibioterapia pautándose eritromicina 500mg c/8 h. Ante la persistencia de la sintomatología se modifica la pauta antibiótica por ciprofloxacino 500mg c/12 h y claritromicina 500mg/ 24 h * durante 10 días añadiéndose extracción láctea regular.

A los 3 meses continúa el cuadro clínico, sin remisión total. Se consulta con el Comité de expertos en LM que recomiendan tratamiento local tóxico con: Miconazol y ó fluorometolona-sulfato de neomicina-nitrato de miconazol por posibilidad de no aislamiento de Cándidas en cultivos convencionales. La paciente alterna ambos tratamientos durante 12 días. Debido a la persistencia de signos y síntomas; cambios de coloración bifásicos con palidez y eritema, dolor severo, que empeoran con la exposición al frío, remisión de la grieta del pezón con pérdida de sustancia,estrés psicológico se realiza diagnostico diferencial con Fenómeno de Raynaud.

El fenómeno de Raynaud fue descrito en 1862 por M. Raynaud. Afecta más a mujeres que a varones en una proporción 9:1,el 20% de las mujeres afectas están en edad fértil, afecta partes acras pudiendo afectar otras como vasos coronarios, placentarios, gastrointestinales, etc..

La clínica del Fenómeno de Raynaud es compatible con un dolor intenso en pezones que coincide con la toma o la finalización de la misma, se precipita por el frío y mejora con calor local, cambios de coloración cutánea con palidez, cianosis y eritema pudiendo cursar de manera bifásica o trifásica, incremento de la sintomatología a la exposición de estrés ambiental y psicológico. Como opciones válidas de tratamiento se recomienda evitar exposición al frío, medicamentos vasoconstrictores, xantinas, nicotina. Fomentar ejercicio aeróbico. Nifedipino por vía oral en dosis de 10 mg c/8 h o 30 mg c/24 h observándose mejoría clínica significativa en un breve período. Algunos autores han hecho seguimiento posterior durante 6 meses en RN sin encontrar efecto adverso. La madre asesorada ha continuado con la lactancia durante estos 4 meses estando actualmente en fase valoración y aceptación de tratamiento con nifedipino.

Como conclusión: L@s asesores y profesionales que atienden a las madres durante la LM han de tener presente la posibilidad de aparición del fenómeno de Raynaud ya que si no pensamos en él es imposible diagnosticar teniendo como resultado el abandono de la LM. Factores principales para el éxito de la LM es la motivación y esfuerzo de las madres y el apoyo multidisciplinar de expertos.

P119. LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO DE MUY BAJO PESO (MENORES DE 1500 GRAMOS). *López García, María Isabel; Álvarez Gregorio, Elena; Chorro Madrid, Vanesa; Díaz Rodríguez, Antonia; González Sedeño, Noelia; Trápaga Andrés, Nuria.* Hospital de Fuenlabrada.

Durante el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, nos esforzamos por fomentar el aumento de recién nacidos prematuros de muy bajo peso que se alimentan con leche materna.

A las dificultades con las que habitualmente nos encontramos en el medio hospitalario, en estos casos se unen las relacionadas con la medicalización de la situación, la incapacidad de estos recién nacidos para alimentarse por vía oral y la situación de ansiedad en la que suelen encontrarse sus padres.

Son bien conocidos los beneficios de la lactancia materna, pero cobran si cabe mayor importancia en el caso de los recién nacidos prematuros, en los que está aumentado el riesgo de infecciones nosocomiales y la enterocolitis necrotizante.

Es importante resaltar, que en un medio desconocido y amenazante para los padres, en el que parece que los protagonistas pasamos a ser los profesionales en lugar del niño y sus padres, el hecho de que la madre asuma el insustituible papel de ser quien alimenta a su hijo, y con el mejor alimento posible, fomenta la sensación de utilidad y refuerza la autoestima y la confianza de estos padres.

En nuestra unidad, fomentamos la instauración de la lactancia en estos casos desde la llegada del recién nacido. Se intenta evitar en lo posible su alimentación con ningún otro alimento que no sea leche materna, y se anima al contacto precoz piel con piel entre madre e hijo (en el momento en el que ambos estén estabilizados tras el nacimiento).

Explicamos a la madre la técnica adecuada para la extracción de leche, tanto manualmente como con sacaleches así como las técnicas adecuadas de extracción, conservación y manipulación de la leche materna.

Durante este tiempo, haremos coincidir en la medida de lo posible, las tomas con el método canguro, en el que el recién nacido está sintiendo, oliendo y escuchando a su madre mientras se administra la alimentación (la leche materna previamente extraída) a través de sonda gástrica.

A partir de las 28/30 semanas, y en función de la situación del niño, comenzaremos a ofrecerle succión no nutritiva mediante succión del pecho previa extracción de la leche. Se irá insistiendo en la succión y en el enganche adecuados, y mientras estos se producen, se administrará la alimentación a través de la sonda.

Alrededor de las 33 semanas, se iniciará la succión nutritiva al pecho y la alimentación con jeringa por boca. Se complementarán las tomas por sonda hasta que el niño sea capaz de hacerlas completamente tanto al pecho como por jeringa en las tomas en las que no esté la madre. Progresivamente, a medida que vaya madurando el complejo sistema de succión-deglución, se irán disminuyendo los complementos por sonda y por jeringa y se irá fomentando el aumento del número de tomas en las que el niño sólo toma al pecho.

Mientras el niño está ingresado, tenemos tiempo para que los padres expresen sus dudas y temores, para que se familiaricen con las técnicas de amamantamiento y para que sientan el apoyo de todo el personal para lograr la mejor forma de alimentar a su recién nacido.

P120. PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CREENCIAS DE LAS MUJERES HACIA LA LACTANCIA MATERNA Y PROPUESTAS SUGERIDAS PARA AUMENTAR LA ALIMENTACIÓN AL PECHO. *Aguayo Maldonado, Josefa; Bonal Pitz, Pablo; Acosta Gordillo, Laura; Martínez Rodríguez, María Teresa; Rello Yubero, Consuelo.* Unidad de Neonatología. Hospital de Valme.

Antecedentes y objetivo: Es de todos conocidos que la lactancia materna (LM) en un hecho biosociocultural, siendo la maternidad uno de los perio-

do vitales para la mujer. Nuestro objetivo fue conocer, mediante estudio cualitativo, las percepciones, actitudes y creencias sobre la LM, los beneficios e inconvenientes percibidos de la LM y las razones del fracaso, obstáculos o interrupción de la misma, así como la opinión de las mujeres para aumentar la alimentación al pecho.

Material y método: Análisis cualitativo mediante la realización de 15 entrevistas en profundidad (EP) a mujeres que lactaban en ese momento y distribuidas en los diferentes perfiles definidos (tabla I). EP realizadas por una misma entrevistadora en el lugar elegido por la entrevistada.

TABLA I. PERFIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

E1	Ocupada. Estudios 3º grado. 33 años. LM > 7 m. Ama casa. Estudios 1º grado. 25 años. LM 2 m.
E3	Ocupada. Estudios 3º grado. 29 años. LM 2 m.
E4	Ocupada. Estudios 2º grado. 36 años. LM > 7 m.
E5	Ama casa. Estudios 3º grado. 37 años. LM > 7 m.
E6	Ama casa. Estudios 1º grado. 30 años. LM > 7 m.
E7	Ama casa. Estudios 2º grado. 38 años. L. Artificial
E8	Ocupada. Estudios 3º grado. 33 años. LM > 7 m.
E9	Ocupada. Estudios 2º grado. 30 años. LM < 7 m.
E10	Ama casa. Estudios 2º grado. 33 años. L. Artificial.
E11	Ama casa. Estudios 2º grado. 24 años. L. Artificial.
E12	Ocupada. Estudios 2º grado. 35 años. LM < 7 m.
E13	Ocupada. Estudios 3º grado. 34 años. L. Artificial
E14	Ocupada. Estudios 3º grado. LM < 7 m.
E15	Ocupada. Estudios 3º grado. LM 2 m.

Resultados: de los discursos de las mujeres entrevistadas se recoge que las madres conocen que la LM es la manera óptima de alimentar a sus bebés y las ventajas que tiene este tipo de alimentación para la salud y el bienestar físico y psicológico tanto para sus hijos como para ellas mismas. En general, la verbalización de los inconvenientes surge de manera mas solapadas; se distinguen dos niveles de dificultad, por una parte, las dificultades que constituyen impedimentos para la lactancia natural y por otra, las causas que limitan alguna de las tomas del pecho: falta de contacto con el RN tras el parto, dificultad de compatibilizar la actividad laboral y lactancia, presión de la llamada “cultura del biberón”; debilidad física y anímica al llegar a casa; creencia de que la LM es una práctica natural y de que la leche artificial alimenta mejor. De la información aportada se deduce que el contexto actual se presenta como un entorno lleno de obstáculos para llevar a cabo una LM prolongada.

Comentarios: Como en todo análisis cualitativo, se recoge es un acercamiento a la realidad percibida por las mujeres. Finalmente, las propuestas realizadas para potenciar la LM fueron: ampliar la baja materna; ayuda del personal sanitario; asesorar sobre dudas y problemas concretos; campañas de promoción; relajar la polémica lactancia materna y artificial; extensión de la red de guarderías, permiso por paternidad independiente y aumento del permiso de lactancia en el trabajo.

P121. SÍNDROME DE TREACHER COLLINS: UN PROBLEMA PARA LA LACTANCIA. *Rosón Varas, María; Regueras Santos, Laura; Ledesma Benítez, Ignacio; Iglesias Heras, Cristina; Neira Arcilla, Mercedes; Marugán de Miguelsanz, José Manuel.* Ávila.

Antecedentes. El Síndrome de Treacher Collins es un trastorno autosómico dominante que cursa con anomalías en el desarrollo de estructuras craneo-faciales, como microtia, paladar hendido, microrretrognatia, etc. Debido a estos problemas la lactancia natural se hace muy difícil en estos pacientes.

Caso clínico. Varón nacido a término por parto con ventosa, tras un embarazo controlado sin incidencias. Apgar 9/10. Edad gestacional: 40+3. Peso recién nacido: 3.220 g y talla: 51 cm. Al nacer se objetiva malformación craneo-facial severa con fisura palatina central, microrretrognatia, microstomía, microtia tipo III y ojos con hendidura antimongoloide, siendo diagnosticado de Síndrome de Treacher Collins. Al mes de vida ingresa en nuestro

servicio por estacionamiento ponderal y cuadro de vómitos frecuentes. En la exploración física se objetiva aspecto hipotrófico con regular estado de hidratación de piel y mucosas. Peso 3.270 g y talla 52 cm. Se realiza hemograma, bioquímica y urocultivo que son normales. Se inicia fluidoterapia intravenosa junto lactancia materna administrada con biberón y tetina especial debido al interés materno por mantener dicha lactancia. Ante la persistencia de la escasa ganancia ponderal y las dificultades que supone el uso del biberón se decide complementar la alimentación con lactancia artificial mediante sonda nasogástrica (SNG), en contra de la opinión del Servicio de Cirugía Maxilo-Facial. Se retira sueroterapia i-v al sexto día del ingreso. Mantiene alimentación por SNG, continuándose lactancia materna a través del biberón. A los 10 días del ingreso se decide alta con un peso de 3430 gramos. Los padres son educados en el manejo de la alimentación domiciliar con SNG, aunque necesitan acudir en dos ocasiones a Urgencias por obstrucción de dicha sonda. Posteriormente, el paciente requiere la realización de gastrostomía para su alimentación, encontrándose en la actualidad pendiente de reconstrucción maxilofacial.

Comentarios. El Síndrome de Treacher Collins plantea grandes inconvenientes para la lactancia materna, imposibilitándola en un gran número de casos, con la consiguiente frustración que ocasiona a los padres interesados en la misma. Este caso pone de manifiesto el reto que supone para el pediatra la búsqueda de la alternativa nutricional más adecuada, frecuentemente discordante entre los distintos especialistas involucrados en el cuidado de estos enfermos. Es importante tener presente la existencia de ésta y otras patologías similares y estar lo suficientemente preparado para abordarlas

P122. LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL MATERNAL DE NIVEL III. Boronat González, Nuria; Alberola Pérez, Ariadna; Peinador García, M^a Magdalena; Gimeno Navarro, Ana; López González, Pedro; Alberola Cuñat, Vicent. Hospital Universitario La Fe. Servicio de Neonatología. Unidad de Informática. Servicio de Documentación Clínica.

Objetivo: Describir la lactancia materna (LM) al alta de los recién nacidos en una maternidad de nivel 3.

Material y Métodos: Se han revisado las altas de los recién nacidos (RN) del hospital maternal desde los años 2000 a 2005.

Se analiza la incidencia de lactancia materna en el total de RN y por tipo de parto, gemelaridad, peso al nacimiento y prematuridad.

Resultados: El número de RN dados de alta de la maternidad ha aumentado en los últimos años, en relación con el aumento del número de partos.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total RN de alta	4.221	4.145	4.165	4.353	4.808	5.073
Total altas RN y LM	73%	74%	76%	73%	74%	77%
Cesáreas y LM	66%	65%	67%	66%	68%	70%
Partos vaginales y LM	76%	76%	78%	75%	75%	78%
Gemelos y LM	46%	42%	47%	45%	54%	52%

Existe un aumento progresivo de la LM en el total de RN, más destacado en el 2005. El porcentaje de LM en cesáreas y gemelos es menor, pero también se aprecia un aumento más evidente en 2005. Existe también un aumento importante de LM en el grupo de recién nacidos de bajo peso, manteniéndose en los últimos dos años en un 68%.

LACTANCIA MATERNA Y PESO AL NACIMIENTO (PNto)

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PNto >= 2500 y LM	76%	75%	76%	74%	73%	77%
PNto 2000-2500 y LM	58%	62%	66%	58%	68%	68%

LACTANCIA MATERNA Y EDAD GESTACIONAL

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 37 sem y LM	60%	58%	70%	68%	61%	65%

Conclusiones: Creemos que se están logrando avances en la LM en nuestra maternidad, sobre todo en aquellos grupos de recién nacidos en los que es más dificultosa: RN de cesáreas, RN de bajo peso y RN pretérminos. Es muy importante la colaboración e implicación de todo el personal de la maternidad para conseguir mejorar la LM.

P123. INFLUENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA. Hernández González, María José; Gómez Gill, Carlos; Alonso Hormiga, Iballa; González González, Carmen Celida; Díaz Fernández, Pedro; Rodríguez Perdomo, Carmen; Díaz Gómez, Marta; Suárez Hernández, María Eloisa; Siverio Escobar, Beatriz; Pérez Hernández, Isabell. Centro de Salud Tejina-Tegueste.

Antecedentes y objetivos: Para lograr que el establecimiento de la lactancia materna sea satisfactorio son muchos y variados los factores que influyen en ello, unos dependen de la madre y su entorno y otros de los profesionales sanitarios. En este estudio pretendemos medir cuan importante es la influencia del personal sanitario en el logro de este objetivo.

Material y métodos: Se ha recogido mediante encuesta telefónica o en consulta los datos aportados por las madres referentes a las siguientes variables: asistencia a clases de preparación al parto, asistencia a charlas referentes a la lactancia materna, lactancia en paritorio, decisión previa al embarazo de lactar, conocimiento de la existencia de grupos de apoyo para la lactancia materna, duración de la lactancia materna predominante. La muestra es de 83 lactantes nacidos en el período enero-diciembre de 2003, pertenecientes a la misma Zona Básica de Salud, de los que 44 (30 niños, 14 niñas) pertenecían al grupo 1 (personal sanitario estable y con conocimientos formativos sobre lactancia materna) y 39 (21 niños, 18 niñas) al grupo 2 (personal sanitario inestable y con apenas conocimientos formativos sobre lactancia materna). Los datos fueron analizados mediante los test estadísticos t-de Student y ANOVA.

Resultados: Se encontró diferencia significativa entre las medias de duración de la lactancia materna predominante frente a las variables acudir a clases de preparación al parto, asistir a clases sobre lactancia materna y precocidad en sentir seguridad de que la lactancia materna funcionase.

No se observó diferencias significativas en relación al establecimiento ni a la duración de la lactancia materna, cuando se compararon los grupos 1 y 2.

El 65% de los niños/as recibieron lactancia materna predominante durante el primer mes de vida, el 50% durante el primer trimestre y el 20% durante el primer semestre.

Conclusiones: La colaboración de la población encuestada fue del 100% lo que demuestra una importante sensibilización con la lactancia materna. El momento fundamental para fomentar la lactancia materna es previo al parto y no después. Los objetivos propuestos por la Gerencia de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma con respecto a la lactancia materna fueron logrados.

P124. LACTANCIA MATERNA INEFICAZ: UNA URGENCIA NO ESPERADA. García Hernandez, M. Noelia; González Fernandez, Ana Isabel; Peirona Cotela, Sonia; de la Paz Gutierrez, José Manuel; Campos Ibañez, Esteban; Abad Illa, Pilar; Fraga Hernández, Elena. Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves. Tenerife.

Los momentos claves en el éxito de la Lactancia Materna (LM) parecen ser el posparto inmediato y las primeras mamadas y la llegada a casa. El temor a la falta de capacidad para amamantar acompaña a la madre durante el embarazo, posparto y durante los primeros meses de la lactancia temiendo el fracaso en su papel e imagen de madre perfecta o "ideal". Las inseguridades son la fuente más grande de fracaso de la LM en las primeras semanas. Es en estos dos momentos donde el sistema sanitario debería centrar sus intervenciones. Asimismo el papel de la enfermera es muy importante para aumentar la prevalencia de la LM con intervenciones de cuidados enfermeros específicos.

En la literatura científica el Diagnóstico de Enfermería (DE): Lactancia materna ineficaz no aparece como una urgencia, sin embargo en nuestro medio de urgencias pediátricas extrahospitalarias el 5.5% de los motivos de

consulta de los meses de Enero a Septiembre de 2005 esta relacionado con este DE.

Parecería que las madres están de acuerdo con las Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP sobre la necesidad de acudir a su Centro de Salud en las siguientes 48h después del alta en la maternidad.

El equipo de enfermería de este servicio de urgencias realiza no solo intervenciones enfermeras encuadradas en la atención urgente sino las que están dirigidas a informar, supervisar la técnica de mamada y de apoyo a las madres para que superen las inseguridades sobre su capacidad de amamantar. De igual modo detecta situaciones de riesgo potencial que pueden ser derivadas a las consultas del personal de referencia de los centros de salud para un seguimiento mas adecuado. Por lo tanto el servicio de urgencias actúa como un "sustituto" del centro de salud al que por diversos motivos la madre no puede acceder.

P125. NUTRI BB. LACTANCIA MATERNA. UN PROGRAMA INFORMÁTICO INTERACTIVO. *Flores González, Miguel; Figueres Villaró, David; Flores Luengos, Elena; Aguiló Regla, Alicia; Flores Luengos, María. CAP Balàfia de Lleida.*

En nuestra consulta de enfermería pediátrica utilizamos un programa informático de diseño propio para dar soporte a la educación sanitaria sobre alimentación: Nutri-BB. Este programa presenta como principales características la priorización de la imagen sobre el texto y la interactividad y permite además entregar al usuario material grafico adaptado a cada caso, para reforzar nuestra intervención educativa.

En general se dispone de poco material educativo sobre la lactancia materna, ya que, en gran parte, procede de la industria y en muchas ocasiones persigue objetivos diferentes a la promoción de la misma.

Objetivo: Mostrar un material educativo comprensible y adaptable que nos permite abordar temas considerados básicos en la promoción de la lactancia materna.

Material y contenido: Previa revisión bibliográfica, se ha incluido en el programa Nutri BB un apartado específico para la lactancia materna, con los siguientes contenidos:

- Ventajas de la lactancia materna
- Conservación
- Consejos
- Técnica
- Imágenes de soporte
- Mitos y errores
- Otros
- Confección e impresión de pautas alimentarias adaptadas a cada niño y etapa.

En la línea del programa, todas los contenidos se han desarrollado priorizando la imagen sobre el texto y que sean adaptables a las diferentes necesidades de los usuarios y a los criterios de cada profesional.

Conclusiones: Disponer de material educativo sobre lactancia materna en imágenes facilita la labor del profesional permitiendo la transferencia de información a los usuarios independientemente de su país de origen y del nivel sociocultural, siendo especialmente útil cuando existen dificultades idiomáticas.

La utilización de este programa permite individualizar la información, adaptándola tanto a los criterios del profesional como a las necesidades del niño.

P126. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS DE RIESGO. *Navas, Victoria; García, Adelina; García del Río, Manuel; Sanchez Tamayo, Tomas; Ranchal, Pilar; Llamas Marín, Yolanda; Tesone, Mónica. La Liga Internacional de la Leche. Hospital Regional Universitario Carlos Haya*

Introducción: La lactancia materna exclusiva es de vital importancia en la salud infantil, sin embargo es alta la proporción de niños que abandonan este modo de alimentación precozmente. Se han ensayado varias estrategias para impedir el abandono precoz.

Hay estudios que demuestran que la educación puede mejorar la prevalencia de la lactancia materna.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de una intervención educativa en la duración de la lactancia materna en recién nacidos de riesgo.

Material y métodos: Ingresaron al estudio niños prematuros y a término con algún problema de salud al nacimiento nacidos en un Hospital Materno Infantil entre mayo del 2003 hasta mayo del 2005.

En aquellas madres que firmaron el consentimiento informado se realizó una acción educativa cuyos pilares fueron:

- Extracción manual
- Conservación de la leche
- Escucha acerca de los sentimientos de la madre
- Entrega de un folleto "Si tu bebé llega antes de tiempo"
- Refuerzo sobre la importancia de la extracción y no de la cantidad.

Esta intervención se repitió una vez a la semana mientras estaban internadas y dos veces luego del alta.

La duración del seguimiento fue de 3 meses tras el nacimiento.

Resultado: Se ingresaron al estudio 100 bebés prematuros y niños a término cuya edad gestacional fue de 33,7 semanas, con una mediana de 34 y un rango de 25 a 42 semanas.

Las madres tenían entre 31 y 47 años.

La frecuencia de la lactancia materna al 3º mes en el grupo intervenido fue significativo (p 0.05)

Conclusiones: En la muestra estudiada la intervención educativa mostró ser una estrategia útil para prolongar la lactancia materna, pero para alcanzar unos resultados óptimos hubiera sido necesario la formación en lactancia materna del personal y una precisa modificación de las rutinas hospitalarias.

P127. AMAMANTACIÓN: PREVALENCIA, DIFICULTADES Y CAUSAS DE ABANDONO. *Silva Sardo, Dolores Anjos; Prata Amaro de Sousa, Ana Paula; Reis Santos Ferreira, María Margarida. Escola Superior de Enfermagem de São João.*

Introducción: La amamantación (AM) es una práctica, que a pesar de numerosos beneficios, continúa sin alcanzar los valores preconizados por la UNICEF/OMS. Estudios realizados en Portugal muestran "una alta incidencia de la AM al nacimiento pero una baja prevalencia a partir del mes y medio de vida, siendo necesaria la identificación de los factores determinantes del suceso e implementación de intervenciones adecuadas" (D Almeida, 1998:325). Aunque existe una fuerte adhesión inicial a la amamantación, se verifica que al final del primer mes las tasas caen bruscamente, siendo considerada su promoción, por la OMS, como un Derecho Humano, un Derecho del Niño y un Derecho de la Mujer (OMS/ UNICEF 1996).

Objetivos: Identificar la relación entre las dificultades detectadas al inicio de la AM y su prevalencia.

Metodología: Estudio longitudinal, descriptivo y exploratorio. Recogida de datos realizada entre Diciembre de 2004 y Febrero de 2006, en un Hospital Maternidad ubicado en la zona Litoral Norte de Portugal. 1ª Fase – entrevista con formulario y observación directa, con una plantilla de UNICEF, en una muestra de 86 parturientas; 2ª fase – entrevista semi-estructurada realizada telefónicamente, en una muestra de 45 mujeres, que habían sido madres hace más de un año.

Resultados: Se comprobó que 24,4% de las encuestadas amamantó hasta el primer mes de vida, de éstas, 31,8% exclusivamente; a los 6 meses 24,4% amamantó y un 11,4% de forma exclusiva.

Las mayores dificultades se observaron en los ítems posición, respuesta y succión. Se verificó una relación estadísticamente significativa (p=0,021), entre las dificultades detectadas en el ítem posición y la prevalencia de la amamantación exclusiva. No fueron encontradas relaciones estadísticamente significativas en los ítems de la respuesta y la succión.

Conclusiones: La relación entre la prevalencia de amamantación y los resultados encontrados, aunque un poco inferiores a los referenciados en la bibliografía, están en consonancia con ésta (D, Almeida, 1998, OMS/ UNICEF, 1996), que nos indica que apenas 50% de las madres amamantan a sus hijos por un período superior a tres meses.

Dificultades con la posición, tales como, madre con los hombros tensos e inclinada sobre el bebé, cuerpo del bebé alejado del de la madre, cuello del bebé torcido, barbilla del bebé sin contacto con el pecho y/o solo hombro o cabeza apoyados, llevan al abandono precoz de la LM exclusiva. Los comportamientos indicativos de dificultad en el ítem posición pueden provocar problemas a nivel de sujeción al pecho, deglución, traumatismos en el pezón, ingurgitamiento mamario, entre otros, que pueden resultar en una mamada ineficaz y llevar al abandono precoz de la amamantación. Consideramos por eso, que los profesionales de Enfermería en su práctica, deben implicarse en el proceso de promoción, apoyo y manutención de la amamantación, para apoyar a las mujeres, dando respuesta a sus dudas y eliminando eficazmente los problemas detectados, contribuyendo de esta forma para aumentar la prevalencia de la amamantación y asimismo de la amamantación exclusiva.

P128. UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN ESCRITA. *Fernández Cuesta, Ana Isabel; Márquez Vidal, Alicia; Guillen Mesalles, Mónica; Camí Capell, Magda; Porté Llotge, Mercè; Leon Ortega, César. Centro de Atención Primaria de Ponts (Lleida).*

Antecedentes: En la práctica diaria, hemos observado que hay un número importante de usuarios con quien nos cuesta valorar la comprensión de la información que se les ofrece en la consulta.

En un tema tan importante como la lactancia materna (LM), hemos constatado que, en nuestro CAP, disponemos de unas hojas de consejos sobre la LM que han quedado desactualizadas. Esto provocó que nos planteáramos una intervención sobre este tema.

Objetivos: Facilitar información sobre LM, mediante el diseño de un tríptico que sea atractivo y acorde con los últimos avances en el tema.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y discusión entre el grupo de trabajo. Puesta en común sobre el diseño y el contenido de éste.

Resultados: Disponemos de un tríptico que trata clara y expresamente los siguientes apartados:

- Anatomía de la mama, inicio de la lactancia, postura correcta para amamantar, horarios, prevención y tratamiento de complicaciones, alimentación, legislación y permisos, extracción y conservación de la leche.

Conclusiones: Disponer de este tríptico en la consulta facilita la tarea de los profesionales y la educación sanitaria de las madres y gestantes, quienes han acogido con satisfacción esta información escrita. Además, esta información es útil para todo tipo de usuarios, independientemente de su estatus social y educativo, ya que los dibujos facilitan su comprensión. Al tratarse de una información

que pueden llevarse a sus casas, tienen la oportunidad de consultarla en cualquier momento de duda.

Debido a esta buena acogida, nos planteamos la realización de otros trípticos que aborden las diferentes temáticas sobre las que versa la educación sanitaria que damos en nuestra consulta.

P129. LA COMERCIALIZACIÓN DE ALIMENTOS INFANTILES PARA MENORES DE SEIS MESES. *Ventura López, Elisa Isabel; Rodríguez Plasencia, M^a Candelaria; Curbelo Rodríguez, Madai; Rodríguez Aguiar, Camila; Brito Lorenzo, Bruna María; Oliva Díaz, Raquel; Campó Álvarez-Cruz, Milagros; Pérez Gómez, Adela. Galm-Tenerife. Asuntos sociales del Ilustre Ayto. de El Rosario. Hospital Universitario de La Candelaria.*

Introducción: Proteger y promocionar la LM es una medida imprescindible para favorecer el crecimiento sano y el desarrollo de los niños. La responsabilidad abarca todos los sectores: gubernamental, sanitario, social, el del comercio (tanto de la alimentación infantil o el al público en general),...

Es de suma importancia garantizar una información objetiva para que se respeten los derechos de los niños y de las madres a dar la LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida según las directrices de la OMS y la IHAN.

Objetivos: 1º Conocer la información engañosa que figura en la amplia variedad de productos alimenticios infantiles de los niños menores de 6 meses en Santa Cruz y La Laguna.

2º Informar de los riesgos que entraña para la lactancia materna exclusiva, la simultaneidad o sustitución por la oferta de productos "recomendados" para menores de 6 meses.

3º Divulgar a los profesionales y a las familias la ambigüedad que se observa con la introducción de alimentación complementaria en los niños con edades comprendida entre los 4 y 6 meses.

4º Transmitir a las personas responsables, medios de comunicación y organismos competentes la situación en que se encuentra la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en algunos lugares de Tenerife.

Método: En Junio se visita ocho hipermercados de Tenerife con el fin de recoger información respecto a: Leches iniciales y de continuación para menores de 6 meses, la publicidad e imágenes, papillas, carnes, papillas y cereales, frutas y zumos, ubicación y precio medio de los productos.

Resultados: 1º Leches Iniciales: La Nidina1 esta en todas las superficies. La Millac1 se observa un 75%, dice ir enriquecida con aceite de oliva. La Nativita1 y la Hero babyL1 se observa un 75%, esta incorpora ácidos grasos, lactobacillus, alegando "todos los nutrientes se encuentran en proporciones similares a la leche materna", no indica consulta al pediatra. 2º Leches de Continuación: Un 87% es HeroL2, habla del factor bifidus. Nativita2 y Millac2 aparece un 75%... 3º Publicidad e imágenes: En una gran superficie se exponen imágenes de niños robustos en la zona de alimentación infantil. Milupa galletas tiene la imagen de un niño "un montón de regalos gratis con crecer disfrutando". Nestlé frutas "gana 300? para educar a tu hijo hasta los 18 años". Carrefour frutas aparece ecológico con una cara de bebé. Baby Hero ofertas en los cabezales con publicidad "presume de tu bebé" y personalizar bolsos. Millac2 madre con un bebé en brazos dando un biberón. Aptamil2 "protege a su bebé desde el interior" refiriéndose a heces semejantes a la de la leche materna" La Nidina2 publicidad de verduras. Beech-Nut y Hipp, con publicidad de frutas 4º Las frutas, papillas, cereales, galletas, zumos, carnes: Variedad, pero carentes de recomendación de la LM y en su mayoría recomendada desde el 4º mes. Precio medio por dosis/p: Fruta 1.67€, zumo 1.8€, papilla 3.40€, carne 1.24€, leche inicial 12.68€, leche de continuación 10.33€.

Conclusión: La gama ofertada influye negativamente en la LM confundiendo a la demanda; por ello se precisan: revisión del Código de la Alimentación Infantil, participando todas las organizaciones para hacerlo respetar, realización de campañas de sensibilización en la población para dar a conocer importancia de la LM exclusiva en los primeros 6 meses de vida y su prolongación, informar sobre las repercusiones económicas y los riesgos de la introducción precoz tal y como recomienda la OMS.

P130. EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN AL SOL AL INICIO DE LA LACTANCIA. *Verd Vallespir, Sergio; Barriuso Lapresa, Laura. Consulta de Pediatría.*

Antecedentes yObjetivos. Está documentada la influencia de un amplio abanico de factores socioculturales, incluyendo diferencias regionales, sobre el éxito de la lactancia materna. Pero apenas se han publicado estudios sobre diferencias estacionales en la lactancia. Esto es inesperado porque es suficientemente conocido que cuanto más cortos son los días, mayor es la inhibición reproductiva de los mamíferos y más disminuye la prolactinemia. Así, en las mujeres sanas las tasas de prolactina más altas se dan de Marzo a Mayo en el hemisferio Norte.

Material y método. Debido a esta falta de información, hemos emprendido un trabajo retrospectivo buscando una asociación entre cese prematuro de la lactancia y los momentos del año de máximo y mínimo número de horas acumuladas de exposición al sol, que en el área de trabajo (Latitud 39º N) son 1701 de Abril a Septiembre y 1060 de Octubre a Marzo. Se ha recogido información sobre abandono de la lactancia materna en la primera semana de la vida de un registro electrónico de historias clínicas pediátricas: han sido reclutados todos los lactantes asistidos en la misma consulta, nacidos en Septiembre de 1999 a 2004 o en Marzo de 2000 a 2005 que cumplieran los siguientes requisitos: primera visita dentro del primer mes de vida, intento de amamantar, neonato a término y de peso adecuado para la edad gestacional, no patología perinatal, y seguimiento en la consulta mayor de dos meses.

Resultados. En total se han recogido 181 parejas madre-niño, pero ha habido que descartar 63 por alguno de los criterios anteriores. De los 118

casos, 59 nacieron en Marzo y otros 59 en Septiembre. Ha habido diez ceses de la lactancia en la primera semana de vida entre los nacidos en Marzo y uno entre los nacidos en Septiembre. El análisis estadístico muestra que el nacimiento en Marzo se asocia a una mayor proporción de fallo al inicio de la lactancia [odds ratio [OR] 11.83; 95% intervalo de confianza [CI] 1.46 a 259.49; p=0.012]. Este estudio muestra que hay más fracaso de la lactancia después de los meses de baja luminosidad.

Conclusión. La información disponible sobre este asunto es escasa y divergente. El estudio de la lactancia en el Norte de España ha mostrado resultados similares a los nuestros porque el cese de la lactancia al mes de vida es menos prevalente en los puntos con más de 2000 horas de sol acumuladas por año (Aragón, La Rioja, Soria, Navarra, Latitud 41° N) que en las zonas con menos de 2000 horas de sol por año (Santander y País Vasco, Latitud 43° N). En cambio el estudio Beduino de la alimentación del lactante muestra que los niños que nacen en los meses más fríos son amamantados por más tiempo que los que nacen en verano, atribuimos esta discrepancia a la severa tradición de evitación del sol entre los beduinos y no entre nosotros. Posibles explicaciones para estos hallazgos son los cambios estacionales de prolactina, arriba mencionados, o de vitamina D, que protege contra diferentes alteraciones de la salud infantil.

P131. LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS PUNTO DE PARTIDA EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL. De la Cruz Pérez, M^a Amparo; Grau Gandía, Salvador; Herrero Holgado, M^a Teresa; Lozano Cerón, M^a Angeles; Marín Guirao, Cristina; Martínez Val, Laura; Moya Redondo, M^a Asunción. Hospital Virgen del Castillo. Yecla. Murcia.

Antecedentes: En la Unidad de Parto comenzamos a trabajar siguiendo las recomendaciones de la IHAN poniendo en práctica el CPP (Contacto Piel con Piel) fomentando y ayudando a las madres en la primera toma durante la primera hora de vida, etc. Es el punto de inflexión que hace cuestionarnos rutinas hospitalarias sin evidencia científica, y siguiendo las recomendaciones de la OMS en los cuidados del parto normal nos encontramos inmersos en un proceso de cambio encaminado hacia una línea de trabajo menos intervencionista y más cercana a la mujer y RN.

Objetivos: Describir los cuidados de la mujer y del recién nacido durante las tres fases del parto y el puerperio, antes del 2000 y en la actualidad. Analizar el proceso de cambio.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se describirán y analizarán las actuaciones y cuidados antes y después del cambio, teniendo como indicadores los diez pasos de la IHAN y las Recomendaciones al parto normal (OMS, Ginebra 1996).

Fuente de datos: Protocolos de actuación, libros de registros, entrevistas al personal sanitario.

Resultados:

1) IHAN (4º Paso) Partos vaginales

	CPP	LM Partorio (del total de contactos)
Antes 2000	0	< 10%
2006 (1º semestr)	97,7%	96,6%

2) Grado de cumplimiento Recomendaciones OMS

	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Año 2000	40%	50%	50%	21%
Año 2006	80%	71,4%	50%	50%

Categoría A: Prácticas claramente útiles que debieran ser promovidas

Categoría B: Prácticas claramente ineficaces que debieran ser eliminadas

Categoría C: Prácticas que no existe evidencia para fomentarlas y debieran usarse con cautela...

Categoría D: Prácticas a menudo usadas inadecuadamente

3) Proceso de Cambio: Resistencia en los inicios: rechazo desconocido; proceso selectivo información; inercia grupo y método de trabajo; zona de comodidad.

Ritmo propio: equilibrio entre resistencias al cambio y la implicación paulatina de los profesionales

Conclusiones: Necesidad de: trabajar con evidencia científica; en equipo; actualización, información y formación.

La motivación de los profesionales como motor de cambio. El equipo se va implicando poco a poco, habiendo una retroalimentación positiva debida a los resultados, a la satisfacción de padres-RN y la difusión entre la población.

Necesario mantener dinámico el Proceso de Cambio en un clima de innovación y mejora continua.

P132. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LACTANCIA MATERNA. UN RETO DE FUTURO. García de León Chocano, Ricardo; García de León González, Ricardo; Muñoz Soto, Andres; Pirla, Enrique; Hernandez Martinez, Monica; Peñas Valiente, Ana; Mercader Rodríguez, Beatriz; Gomez Ortigosa, María Angeles; Monreal Tomas, Ana Belen; Igual Poveda, María Jose. Hospital Virgen del Castillo. Gerencia de Atención Primaria del Area V de Murcia.

Antecedentes y Objetivos: Uno de los elementos clave para la promoción y desarrollo de la LM en una comunidad es sin duda el desarrollo de un plan integral de cuidados que nos permita compartir información, coordinar acciones y conseguir una continuidad asistencial. Un Sistema de Información (S.I.) de LM es un requisito para este tipo de atención coordinada e integrada.

Para abarcar el proyecto partimos del S.I. que desarrollamos durante el 2004, con el que comenzamos a trabajar en el registro poblacional de lactancia en nuestro hospital.

Nuestro objetivo actual es completar la implementación del S.I. en base a:

- Mejorar la estandarización e incorporar nuevas variables e indicadores estándares en la línea de los recomendados por la OMS.
- Desarrollo de un nuevo módulo para el seguimiento de la lactancia.
- Puesta en red para ampliar su implantación en la consulta de lactancia.
- Cruce de información con los sistemas de atención primaria.

Material y métodos: Utilización de tecnología cliente-servidor para desplegar el S.I. en la red del hospital y hacerlo accesible desde la consulta de lactancia.

Licenciamiento del programa bajo software libre mediante copyleft.

Implementación del sistema empleando metodología iterativa, más cercana al profesional sanitario.

El cruce de nuestro registro con el de atención primaria ha sido fruto de un ciclo de mejora de calidad asistencial, en el contexto de la continuidad asistencial.

Resultados: Registro poblacional hospitalario desde 2003 en el que se han incorporado los estándares recomendados por la OMS.

Sistema de monitorización que nos ha permitido identificar oportunidades de mejora y descubrir tendencias sobre algunos indicadores de proceso.

La implantación del sistema en la consulta de LM nos ha permitido un seguimiento más estrecho de la alimentación y los problemas de lactancia.

Mediante la captura y cruce con los registros de atención primaria se están obteniendo resultados poblacionales en la duración de LM a nivel de área.

Conclusiones: Un S.I. es clave para poder registrar y tratar todos los datos que genera la atención de la LM y su seguimiento, con lo que podremos determinar el impacto de nuestras acciones de mejora y establecer los determinantes principales de LM en nuestra área.

La implantación de esta herramienta permite abordar uno de los objetivos principales de nuestro proyecto de promoción y apoyo a la LM en nuestra área: un registro prospectivo de lactancia durante todo el proceso, desde el embarazo hasta los dos años.

Por último, al registrar el S.I. como software libre, invitamos a otros hospitales, que trabajan en la línea de la IHAN, a compartir nuestro programa como punto de partida para futuros desarrollos conjuntos en este importante aspecto para promoción e investigación en LM.

P133. PRECAUCIONES CONTRACEPTIVAS EN LA LACTANCIA. *Correa, Marta; Rancel, M^a Nélica; Bernaldo de Quirós, Iván; Méndez, Domingo; Correa, Barancio; Doval, José Luis.* Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Complejo Hospitalario de Orense.

Objetivos: Repasar los métodos anticonceptivos que no deben usarse en la lactancia, resaltando los más recomendables.

Material y métodos: Deducciones sobre los datos publicados últimamente sobre el tema.

Discusión: En el puerperio existe tendencia a la anovulación e hipercoagulabilidad y una necesidad de mantener la secreción de leche en cuantía adecuada para alimentar al neonato. En base a lo dicho y contando con las preferencias de las pacientes se recomienda lo siguiente:

- Métodos de barrera: preservativo. Pueden usarse desde el puerperio inicial igual que los espermicidas, en cambio, con el diafragma se debe esperar seis semanas postparto por la atrofia de la pared vaginal, y los cambios en su consistencia.

- DIU y DIU con progesterona. Pueden insertarse desde el postparto inmediato, pero el mayor índice de expulsiones, hace que se recomienda esperar uno o dos meses después del parto.

- Métodos hormonales: la minipíldora de gestágenos no interfiere con la lactancia ni aumenta tromboembolismo y se recomienda prescribirlos a partir de la 6^a semana; igualmente sucede con los gestágenos inyectables y los implantes. Los anticonceptivos combinados están contraindicados porque interfieren en la producción láctea (incluso a dosis bajas), y en el desarrollo ponderal del neonato.

- La Lactancia Natural como método anticonceptivo (método MELA) tiene una eficacia del 98% si la madre se mantiene en amenorrea, si el niño tiene menos de 6 meses y si la lactancia materna es exclusiva.

Conclusiones: Hay métodos anticonceptivos muy indicados en la lactancia, como preservativo y gestágenos; otros recomendables sólo después de 1 o 2 meses; y métodos contraindicados, anticonceptivos combinados.

P134. CIRCUNSTANCIAS PERSONALES QUE REPERCUTEN SOBRE LA LACTANCIA NATURAL. *Correa, Marta; Rancel, M^a Nélica; Correa, Elena; Montes de Oca, Francisco; Rodríguez, Candelaria; Ceballos, Barancio C.* Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Hospital USP La Colina.

Objetivos: Valorar algunas circunstancias personales de las madres que, sin intervenir en la fisiología de la secreción láctea, afectaron negativamente a la lactancia.

Material y métodos: Análisis de un grupo de 300 mujeres que dieron a luz entre 1995 y 2005, reconsiderando los factores que pudieron influir en "no lactancia".

Resultados:

1. La edad: Edad media total, 26,1. Sí lactancia, 26,2 años. No lactancia, 26,03 años. Las más jóvenes, menos de 20 años sí lactancia en un 79%, y no lactancia en un 21%. Así que lactaron un 4% más que la media. Las mayores, más de 35 años, sí lactancia 65% y no 35%, resultando que lactaron un 10% menos que la media y un 14% menos que las jóvenes. La juventud fue un factor favorable para sí lactancia.
2. La cesárea: El número de cesáreas practicadas en este grupo fue de 18%. Lactancia sí 63%, lactancia no, 38%. Practicar cesárea fue negativo para lactancia materna, reduciéndose un 12% respecto de la media.
3. Trabajo: Trabajaban fuera de casa 80%, sí lactancia 74%, tiempo medio 3,5 meses; no lactancia 26%. No trabajaban fuera de casa 20%, sí lactancia 83%, promedio 3,5 meses; no lactancia 17%. Trabajar fuera redujo la lactancia en un 9%. También fue motivo para suspender la lactancia iniciada en un 9%.

Conclusiones: La implicación en la reducción de lactancia materna de la edad, la cesárea y el trabajo fuera del hogar no es una cuestión insoslayable, puede ser modificado, y ello es labor de los profesionales más próximos a la madre y al niño.

P135. EN QUÉ HEMOS GANADO Y PERDIDO EN LACTANCIA MATERNA. *Correa, Marta; Rancel, M^a Nélica; Correa, Elena; Gimeno, Antonio; Martín, Felipe; Ceballos, Barancio C.* Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Objetivos: Aproximación al conocimiento de los cambios en los hábitos de la lactancia materna que han sobrevenido en los últimos años al abrigo de los avances tecnológicos y de la liberación económica – social de la mujer.

Material y métodos: un grupo actual, 300 casos en 10 años, 1995- 2005; un grupo antiguo, 100 casos 1935-1945, etapa importante en nuestro país por los incidentes belicosos.

Resultados:

- a) Hemos perdido: menos mujeres deciden lactar 5%. Disminución tiempo lactancia, 4 meses. Mujer en casa: menos contacto madre- hijo. Trabajo fuera: menos madres lactando, durante menos tiempo. Partos naturales: el parto quirúrgico disminuyó la lactancia, 12%. Cirugía plástica de mama, menos lactancia. Juventud materna: a más edad, menos lactancia, 10%. El concepto de que no lactar es más grave.
- b) Hemos ganado: tecnología alimentaria: leches maternizadas de buena calidad. Leches especiales, para niños con intolerancias. Congelación láctea para uso diferido, flexibilidad. Bancos de leche, en expansión. Antibioterapia selectiva, uso preciso. Aceptación: mastitis no es sinónimo de destete. Sociedades especializadas en protección- difusión de la lactancia. Grupos de apoyo para enseñanza práctica. Desechar el concepto, su leche no sirve. Inhibidores eficaces de prolactina. Contracepción adecuada. Liberación económico- social de la mujer. Excepción laboral, temporal de la lactante.

Conclusiones: Es más lo ganado que lo perdido. Nuestra meta: consolar lo ganado, recuperar lo perdido. Ello supondría más peso sobre la mujer, por lo que necesitaría apoyo gubernamental. Así conseguiríamos que la lactancia natural alcanzara la cúspide de sus posibilidades.

P136. REALIDAD DE LA CONTRACEPCIÓN ACTUAL Y ANTAÑO DURANTE LA LACTANCIA. *Correa, Marta; Rancel, M^a Nélica; Pérez, Adela; Sánchez, Salvador; Martín, Felipe; Correa, Barancio.* Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Objetivos: Valorar las preferencias anticonceptivas de las mujeres durante la lactancia en un grupo actual y otro de hace 60 años.

Material y métodos: 300 casos entre 1995 y 2005 y 100 de 1935-1945, todos procedentes de las consultas externas. Se comparan ambos grupos de 10 años, época de la abundancia y de las privaciones de las guerras, respectivamente.

Resultados: El más usado hoy fue el preservativo, 51%, seguido del coitus interruptus, 18% y de la abstinencia, 12%. La esterilización quirúrgica es importante, 8% asociado a la alta incidencia de la cesárea, 18%. MELA es infrutilizado 5%, a pesar de su eficacia. Destacamos los nuevos métodos, minipíldora de gestágenos 3%, vasectomía 1%, píldora postcoital 0,8%, DIU 0,4%.

En el grupo antiguo, el más usado, coitus interruptus, 52%, seguido del MELA 19%, preservativo 15% y abstinencia 11%. Un 3% usaron otros métodos como esponjas y ducha vaginal.

Conclusiones: Aumenta el uso del preservativo. Observar como coitus interruptus más preservativo suman lo mismo antes y ahora. Así mismo, abstinencia están representados de modo semejante antes y ahora. Algunos métodos del grupo moderno, esterilización quirúrgica, DIU, minipíldora de gestágenos, píldora postcoital no están representados en el grupo antiguo. Observar como la suma de estos últimos métodos citados y MELA, dan un valor semejante a sólo MELA del grupo antiguo.

P137. GOTAS DE LECHE HUMANA EN LA OBSTRUCCIÓN LAGRIMAL. *Verd Vallespir, Sergio; Villalonga Beltrán, Bárbara.* ABAM, Asociación Balear de Lactancia materna.

Antecedentes y Objetivos. El lagrimeo inadecuado del recién nacido a término por obstrucción del conducto lagrimal es una alteración frecuente de la que no se conoce la historia natural y para la que no se ha probado la

eficacia algún tratamiento médico. Hace más de 20 años se estableció que la instilación de leche materna sobre la conjuntiva es un procedimiento sin efectos irritantes o perjudiciales (Singh M, 1982). Por otra parte, recientemente se ha insistido en las propiedades curativas de la aplicación tópica de derivados de la leche materna en caso de patología infecciosa (Bownes Bavinck JN, 2004)

Material y método. Se ha realizado un estudio retrospectivo, por medio de un registro electrónico de historias clínicas, en una consulta de Pediatría General, de todos los pacientes que han presentado, desde el primer trimestre de la vida, secreción ocular unilateral y persistente, en ausencia de eritema conjuntival. Además se han debido cumplir los siguientes requisitos, para obtener una muestra homogénea: recién nacido a término, no ingresado en una Unidad Neonatal y alimentado inicialmente con lactancia materna. El número de casos reclutados es 147.

Inicialmente se ha indicado el masaje sobre el conducto lagrimal. Cuando este tratamiento ha fracasado, se ha indicado tratamiento tópico con leche materna o con colirio antibiótico. Se han comparado los resultados de estos dos últimos tratamientos.

Resultados. Se ha probado la hipótesis nula mediante las pruebas de Fisher y del Chi cuadrado para diferencias entre proporciones. No hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos. No se ha descrito ninguna reacción adversa a algún tratamiento. Ha habido que realizar sondaje lagrimal en dos pacientes de un total de 4180.

Conclusión. No se sabe cuándo un bebé con epífora se va a beneficiar de un tratamiento con antibióticos tópicos por varios motivos: el cultivo de la secreción no suele orientar al antibiótico de elección, mientras algunas autoridades defienden que no se debe emplear antibióticos tópicos la práctica empírica muestra que a veces parecen resolver el problema y clínicamente la dacriostenosis es indistinguible de un conducto lagrimal de calibre adecuado.

En estos casos dudosos, la instilación de gotas de leche materna es una opción tan eficaz como la anterior. En este estudio se ha empleado leche fresca y cruda, es decir no pasteurizada, para que se preservaran los elementos antiinfecciosos celulares y moleculares.

La sabiduría popular recomienda este tratamiento desde tiempo inmemorial en algunas regiones de España. Y la Medicina derivada del folklore ocupa bastante espacio en revistas médicas con alto factor de impacto (Arch Pediatrics & Adolescent Medicine).

P138. BAJO PESO Y LACTANCIA MATERNA: DOS VIDAS UNIDAS. *Montejano Lozoya, Raimunda; Monreal Tomás, Ana Belén; Armero Villar, Mª José; Castillo Garijo, Mª Isabel; Bermúdez Bermúdez, Mª José; García de León González, Ricardo; Gil Villaescusa, Marta; Marín Guirao, Cristina; Requena Huesca, Magdalena.* Hospital Virgen del Castillo. Yecla. Murcia.

Antecedentes: La LM (Lactancia Materna) es una prioridad en nuestros cuidados a los RN con bajo peso. Es la mejor fuente de alimentación, así como un camino indispensable para recuperar o favorecer el vínculo madre-hijo en las Unidades Neonatales. Para ello, se continúa humanizando estas unidades: abriendo cada día las puertas a los padres y haciéndoles sentir que son el mejor elemento terapéutico para sus hijos.

Objetivos:

- Comprobar el impacto de la IHAN sobre una serie de indicadores que resumen el antes y el después de la implantación de los 10 pasos, en nuestra unidad neonatal.
- Identificar oportunidades de mejora como base para el desarrollo de un plan estandarizado de cuidados en niños de bajo peso al nacimiento.

Material y método: Fuente de estudio: historia e informe clínico
Periodo de estudio: Antes: año 2000. Después: desde Junio 2004 a Junio 2006.

Población: se analizan todos los RN de peso < 2300gr. nacidos en nuestro hospital durante este periodo. Criterios de exclusión: RN muertos en las primeras semanas de vida. Número de casos: 73 (universo).

Estudio comparativo antes y después de la implantación de la IHAN en nuestro hospital.

Resultados: Resultados preliminares del antes y el después. (Tabla V)

- % de rescate: proporción de casos que pasan de LA (lactancia artificial) a LM.
- Tasa APS(adecuación pre-succión): (NTCIL – NTBB) / NTCIL
 - NTCIL: Número total de tomas, en un periodo de tiempo, en niños en los que la madre continua con intención de lactancia.
 - NTBB: Número total de tomas con biberón, en un periodo de tiempo, de niños en los que la madre continua con intención de lactancia.
- Creación de un grupo de trabajo para el desarrollo de dicho plan.

Conclusiones: La LM en niños de bajos pesos es una prioridad y un reto para todos los profesionales que trabajamos en las Unidades Neonatales. La sensibilidad de los indicadores que presentamos es una forma de objetivar y monitorizar la calidad de nuestros cuidados. Tenemos, no obstante, que desarrollar nuevos indicadores, tanto de proceso como de resultados, que nos ayuden a mejorar nuestros cuidados, lo que conlleva mejorar la calidad de nuestros registros.

P139. IMPORTANCIA DEL APOYO A LA MADRE LACTANTE TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. *Monreal Tomás, Ana Belén; García Beltrán, Rosario; Igual Poveda, Mª José; Maestre Martínez, Mª Isabel; García de León González, Ricardo; Castillo Garijo, Mª Isabel; Bermúdez Bermúdez, Mª José; Mercader Rodríguez, Beatriz; Armero Villar, Mª José; Más Cerdá, Milagros.* Hospital Virgen del Castillo. Yecla. Murcia.

Antecedentes yObjetivos: Tras la implantación de los 10 pasos de la IHAN en nuestro hospital se ha hecho evidente la necesidad de una progresiva profesionalización para atender con calidad los frecuentes problemas planteados por las madres, especialmente durante las primeras semanas tras el alta hospitalaria. Nuestro objetivo es comunicar nuestra experiencia y resultados obtenidos tras la implantación de un recurso enfermero especializado en la atención a la madre lactante en maternidad y tras su alta a través del control telefónico y de una consulta de lactancia materna.

Material y método: Estudio descriptivo de la actividad en la consulta de lactancia materna.

Comparación de los datos sobre las tasas de abandono de lactancia materna y LM completa de una serie de muestras aleatorias de recién nacidos atendidos en un hospital desde los años 2003 a 2006, de 191, 63, 233 y 44 respectivamente. La media de nacimientos es de 800 nacimientos año. Los datos se han obtenido a través de una entrevista telefónica sobre la duración de la LM completa y la LM. Para el análisis de resultados se han utilizado diferentes pruebas de significación con chi-cuadrado.

Resultados: Tasas de abandono para LM completa y la LM. (Fig. 12)

Conclusiones: Se observan diferencias en las tasas de abandonos para ambos tipos de lactancia y aunque no son significativas pensamos que al ampliar el tamaño de la muestra evidenciaran el impacto de esta intervención.

Por otra parte, este servicio responde a las expectativas de las madres lactantes ofreciéndoles un apoyo continuado favoreciendo un nexo de unión entre atención hospitalaria y atención primaria.

TABLA V

	Intención de lactancia	Alimentación durante el ingreso			Canguro	Tasa abandono hospitalaria		Informe alta	
		Alimentación 1 ^{as} 48 horas	% Rescate	Tasa APS		LM al alta	Ingreso	Alta	
2000	No registrada	96% LA	33.3%	0	0	¿?	20%	10%	0%
2004-2006	96.9%	18.6% LA	100%	T1— 0,54 T2 — 0,62	5% + no Registros	28.2	81.3%	79.9%	5.45

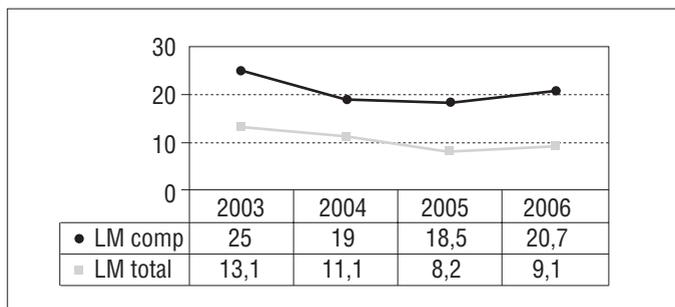


Figura 12.

P140. APROXIMACIÓN AL INICIO DE LA LACTANCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. *Honrubia Sotos, Amelia; Miravalls Benet, Amparo; Gendrau Genevart, Mar; Chulia Blanco, Pilar; Renovell Giner, Carolina; Albiñana Valles, Emma; Rodríguez García, Amparo; Pérez Montero, Isabel; López Maside, Aurora; García López, Mercedes.* Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento Sanitario 5 de la Ciudad de Valencia (Comisión de Lactancia).

Antecedentes y Objetivo. Las rutinas en el parto y en el período neonatal en las maternidades, tienen gran influencia en el éxito de la lactancia natural.

Tras la creación de la Comisión de lactancia en nuestro Departamento de Salud, nos planteamos una monitorización inicial para conocer algunos aspectos relevantes en el inicio de la lactancia en nuestro hospital de referencia.

Material y método. Durante el mes de octubre de 2005, se realiza una encuesta a las madres durante su ingreso en el paritorio y en la sala de maternidad.

Paritorios. Durante el ingreso en la sala de dilatación, la matrona responsable pasa un breve cuestionario a la madre sobre intención de lactar, experiencia previa en lactancia, nº de hijos, motivos de no intención de lactancia, también se valora la realización de contacto precoz tras el parto.

Maternidad. Se registra la alimentación del bebe durante el ingreso y la indicada al alta hospitalaria, así como la influencia de factores tales como nº de hijos, experiencia previa en lactancia, suministro de algún biberón en la sala.

Resultados. Se realiza un estudio descriptivo de los datos, con el paquete estadístico spss

En paritorio. Se evalúa a 158 gestantes, de ellas 6 con partos gemelares, Nº de hijos (no tenían 37,2%, tenían 1 hijo, 43,9%, y tenían 2 o más el 17,6%). En las mujeres con hijos tenían experiencia previa de lactancia (el 75,7%). La intención de lactancia de las madres era alta (86,0%), y en las mujeres con hijos previos la intención aumentaba si habían tenido experiencia de lactancia con ellos (92,2 frente 73,7%). Se realizó contacto piel con piel únicamente en 25,5% de los partos.

En la sala de Maternidad. Se evalúa a 120 madres y sus bebes. Entre las madres con hijos, tenían experiencia de lactancia previa el 71,0%. Refieren puesta al pecho en algún momento del ingreso, el 85,8% de las madres, si tenían experiencia previa, lo intentan el 92,3%, si el hijo anterior no había sido amamantado lo intenta en el actual el 70,2%. De entre las que intentan el pecho, al alta hospitalaria se indica lactancia materna exclusiva en el 82,5%, en el 15,5% lactancia mixta y fracasan en la lactancia el 1,9% de las que lo habían probado. Reciben, durante el ingreso en la sala, algún biberón el 35% de las madres; si habían recibido suplementos al alta hospitalaria, se van con lactancia materna exclusiva sólo el 16,7%, con lactancia mixta el 38,1% y con lactancia artificial el 45,2%

Conclusiones: El deseo de las madres de amamantar a sus hijos en nuestro hospital es alto, hemos de seguir trabajando por mejorar las barreras que lo dificultan y conseguir la implantación plena de los diez pasos de la iniciativa IHAN.

Aumentar el contacto piel con piel en los paritorios, acortar el tiempo antes de la primera toma, apoyar en la sala de maternidad a las madres inexpertas o con lactancias de riesgo. Utilizar sólo los suplementos médicamente indicados, son aspectos a mejorar y reevaluar en futuras monitorizaciones

P141. MONITORIZACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN DEPARTAMENTO SANITARIO, FOTOGRAFÍA DE PUNTO DE PARTIDA. *García López, Mercedes; Ballester Sanz, Alfredo; Motilla López, Feliciano; López Maside, Aurora; Chulia Blanco, Pilar; Honrubia Sotos, Amelia; Miravalls Benet, Amparo; Gendrau Genevart, Mar; Gamon Gurrea, Francisca; Baeza Ramos, Amelia.* Hospital Clínico Universitario de la ciudad de Valencia. Centros de salud del Departamento Sanitario 5 de Valencia.

Antecedentes y Objetivos. Diversos organismos internacionales como la OMS y UNICEF, recomiendan la recogida periódica de datos de lactancia, ello permite conocer la evolución de la lactancia en una comunidad y la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo que se puedan realizar en el ámbito del estudio. La comisión de lactancia creada en nuestro departamento sanitario, se planteó como objetivo inicial conocer la situación de partida, para en el futuro medir el alcance de las intervenciones que se llevaran a cabo.

Material y métodos Se realiza un estudio transversal durante el mes de octubre de 2005, se efectúa un registro simultáneo de datos de lactancia en el hospital de referencia del departamento y en los centros de salud del mismo. Se encuesta a las madres en el paritorio y en la sala de maternidad del hospital, así como, en la consulta de supervisión del embarazo y en la de supervisión de la salud infantil, en los centros de salud.

Para el diseño de las encuestas y elaboración de resultados se siguen las indicaciones de la OMS para estudios epidemiológicos similares (definiciones de lactancia OMS: lactancia materna completa (LMC), lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna predominante (LMP), lactancia materna con alimentación complementaria (LMAC) y lactancia mixta Lmix, utilización Encuesta Lacmat para conocer alimentación de los bebés etc).

Resultados Durante el período estudiado, se realizan 2331 encuestas (158 durante el ingreso en paritorio, 120 en la estancia en la sala de maternidad, 1025 en las consultas de la matrona de supervisión del embarazo en AP, y 1026 al acudir con los bebés al programa de supervisión de la salud infantil). Tienen intención de amamantar el 85,8% de las gestantes entrevistadas en los centros de salud; entre las gestantes entrevistadas en el paritorio la intención de dar pecho, es aún mayor. 87,3%. Al alta de la sala de maternidad, 84,1% de las madres refieren seguir con lactancia materna, (70,8%, mantienen (LME) y 13,3% siguen lactancia mixta (L Mix). Entre los neonatos (menos de un mes) mantienen tomas de pecho 80,5% (refiere seguir lactancia materna completa (LME+LMP) 63,6% y lactancia mixta 16,9%). La frecuencia del amantamiento disminuye en el grupo de edad de 1 a 3 meses, mantienen alguna toma de pecho 62,1% (48% LMC y 13,1% Lmix). A los 4 meses (finalizada la baja maternal) la frecuencia de lactantes amamantados baja poco, 60,8% continúan con al menos alguna toma de pecho (43,2% siguen LME, 16,0% Lmix, y 1,6% combinan pecho con alimentación complementaria LMAC). En el grupo de 5 a 7 meses solo toma pecho el 43,7% de los niños (mantienen LMC el 16,9%, y pecho junto con alimentación complementaria 26,6%). En el grupo de 8 a 12 meses, ya solo recibe alguna tetada junto con la alimentación complementaria el 15% de los bebés, y más allá del año únicamente mantienen alguna toma de pecho el 11,8% de los lactantes evaluados.

Conclusiones Los profesionales sanitarios podemos contribuir en gran medida para mejorar barreras que dificultan que las madres deseadas de amamantar a sus bebés consigan una lactancia exitosa y prolongada. Es importante implementar estrategias para favorecer el contacto piel con piel e inicio precoz de la lactancia, evitar el uso indebido suplementos, resaltar en las familias los beneficios de la lactancia exclusiva hasta 6 meses y junto con otros alimentos al menos hasta el primer año de vida.

P142. S.O.S: ¡LACTANCIA MATERNA EN PELIGRO! *Carmona Palma, Eva; Bonachera Ribas, Ana; Molero Martínez, Mayte; Tocados García, Mari-bel.* Área Básica De Salud Del Vendrell (Tarragona).

Introducción: A pesar de la promoción que se realiza para lograr una lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, diversos factores conspiran contra el logro de este objetivo. La gran mayoría de madres son dadas de alta del hospital con lactancia materna exclusiva, pero muchas de ellas la abandonan antes del mes de vida.

Objetivos: Identificar las causas del abandono de la lactancia materna en un grupo de 40 madres que acuden al centro de atención primaria, en una primera revisión de enfermería dentro del Programa del Niño Sano, durante el primer mes de vida del recién nacido.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La recogida de datos se realizó a través de una entrevista mediante un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en el servicio de pediatría de nuestra área básica de salud, desde el 1 de Octubre del 2005 hasta el de 31 de Marzo del 2006.

Resultados: Un 85% de las madres ofrecieron pecho al nacer a su hijo, sin encontrar ningún impedimento o inconveniente para amamantarlo. Sólo un 15% de estas, decidieron dar lactancia artificial desde el momento del nacimiento, ya que rechazaron dar lactancia materna exclusiva principalmente por decisión propia y por la falta de tiempo debido a que tenían más hijos. un elevado porcentaje un 90% decidieron administrar leche artificial y sólo un 10% optaron por la lactancia mixta.

Las causas que refieren las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida son: la falta de control sobre la cantidad que toma el bebe, el producirse grietas, dolor y mastitis, la falta de seguridad en ella mismas, la falta de apoyo por parte de familiares y profesionales de la salud y finalmente por comodidad.

Conclusiones: Por lo tanto, es importante recuperar, potenciar y aumentar la lactancia materna, creando toda una serie de estrategias hábiles que permitan revertir esta situación. A través de los resultados de este estudio, se ha planteado en nuestra área de atención primaria una estrategia fundamental como es el seguimiento semanal de las madres desde el alta hospitalaria durante el primer mes de vida, dando la iniciativa de crear en atención primaria la figura de la asesora en lactancia materna.

P143. EXPERIENCIAS ASOCIACIÓN AMAMANTAR (ASTURIAS) CON INFECCIONES DE PEZONES Y MASTITIS 2002-2006. *Herrero Martínez, M^a Helena; Espino González, Ana M^a; López Hernández, Lidia. Asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna Amamantar. Departamento Nutrición Facultad de Veterinaria de la UCM.*

Experiencias amamantar infección pezones-mastitis 2002-05: Resumen del análisis etiológico de muestras microbiológicas de leche-pezones lactantes y/o boca-genitales de niños que consiguieron les tomaran o tomamos con dolor de pezones, sugerente a origen infeccioso; y su repercusión en la lactancia, valorando los procesos de destete precoces. Las muestras fueron tratadas en su recogida y análisis con la especificidad sugerida en el trabajo "Abordaje del dolor y lesiones de los pezones de origen infeccioso" y resultaron:

A.-Muestras mayoritariamente tratadas por el equipo de J.M.R.-F.Veterinaria UCM (algunas de control o previas son de Servicios de Microbiología de otros Hosp. de Asturias):

Muestras sembradas en placas de agar CNA (Columbia blood agar), BP (Baird Parker), KAA (Kanamycine Aesculin Azide), VRBA (Violet Red Bile Agar), BHI, Saboreaud y Saboreaud-Cloranfenicol. Placas se incuban a 37°C durante 24-48 h. Las placas de Saboreaud y Saboreaud-Cloranfenicol se incubaron, paralelamente (es decir, además de lo anterior) a 24°C durante 7 días.

Resumen casos A:

-Participantes:52 mujeres y 88 muestras(algunas 2-3 control)

-Etiología procesos: 25 I.B (infec. bacteriana), 14 I.M (infec. mixta)9 I.F (infec. micótica), 3 Mastitis infec. y 3 procesos no infec. (1 carcinoma, 1 molestias derivadas de postura, 1 molestias glándula Montgomery).

-Destetes: (5 conocidos),1 por tumor, 1 por i.Mixta mala evolución, 1 por mastitis repetición no tratada, 1 bacteriana y 1 Mixta+S.Raynaud

B.- Muestras tratadas en servicios de microbiología de Hosp. de la región.

Resumen casos B:

-Participantes: 12 mujeres y 17 muestras(algunas 2 control)

-Origen procesos: 8 I.B, 1 I.M, 2 I.F, 1 Mastitis infecciosas.

-Destetes:2 conocidos, 2 por I.B, 1 de ellos antes hizo L. Diferida.

-2 hicieron lactancia diferida durante el proceso, 1 de forma definitiva y otro provisional.

TOTAL 1A+1B: 64 mujeres y 105 muestras.

33 IB / 15 IM / 11 IF / 4 mastitis infecciosas. / 3 otros (no ttos anti-infecciosos). / 6 destetes precoces deriv procesos infecciosos y 1 por tumor.

Experiencias amamantar infección pezones-mastitis 2005-06 Pendientes de recuento

A.-Muestras mayoritariamente tratadas por el equipo de J.M.R.-F.Veterinaria UCM

Este año, la novedad está en que la identificación llevada por este equipo de las colonias es por secuenciación de una fracción del gen que codifica la fracción 16S del RNA ribosómico a parte de pruebas bioquímicas clásicas (Gram, morfología, catalasa, coagulasa...). Tb. hay que resaltar que, lo más significativo en infecciones estafilocócicas es que desaparece el resto de microorganismos que se suelen encontrar en la leche de mujeres sanas (enterococos, lactococos, lactobacillos, propionibacterias...). Dato útil para saber si, p. ej. un St. epidermidis es saprófito/comensal o realmente es el agente etiológico de una infección.

P144. CÓMO HEMOS LLEGADO A UN PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EN NUESTRA ÁREA SANITARIA. *Gamundi Fernández, Concepción; Fernández Barrio, Matilde; Girón Zambonino, Rosa; Gutierrez Moro, Carmen; Ruiz Fernández, Josefa; Fernández Morales, Indalecio; González Macías, Carmen; Melendez, Enrique. Hospital Universitario de Puerto Real.*

Antecedentes y objetivos: Sabedores de la importancia que los primeros días de estancia hospitalaria tienen en el éxito de la LM. Nuestro objetivo es animar y mostrar al personal sanitario y responsables de dirección la importancia de su trabajo en este campo, y la promoción de salud a través de ella.

Material y Método: Creación de un grupo de promoción de la LM en nuestro hospital, propuesta por profesionales preocupados por el tema. El grupo se integró, en sus inicios por enfermeras, auxiliares y matronas de primaria y hospitalaria. Con reuniones mensuales y su contenido era formación, búsqueda bibliográfica, intercambio de experiencias. Se crea una línea de trabajo en donde se busca unificación de criterios y un taller para las madres al alta.

El grupo evolucionó en el tiempo sin conseguir sus objetivos debido a barreras de todo tipo. Se mantiene vivo a través de las reuniones y la constancia de sus integrantes. Cambiamos de estrategia y presentamos un documento con un proyecto de promoción de la LM a la dirección de formación de nuestro hospital, en donde, justificábamos la importancia de la LM, objetivos, metodología y la estrategia de intervención, desde la evidencia científica y los 10 pasos de la IHAN. Este proyecto fue aprobado y fuimos invitados desde la dirección de formación a hacer un trabajo de investigación para medir el impacto de las intervenciones, dado la importancia de medir y valorar la efectividad de las actuaciones. El proyecto tuvo muchos borradores y meses de trabajo, fue pasando la aprobación de los jefes de servicio de pediatría y ginecología, así como la comisión de investigación del hospital, y es presentado a la Secretaria General de Calidad y Modernización de la Junta de Andalucía y fue aceptado y financiado por esta.

Actualmente en el grupo de LM participan, además del personal de enfermería y matronas, pediatras y ginecólogos de primaria y hospitalaria, dado la importancia de la implicación de todas las disciplinas que intervienen en la asistencia de la madre-hijo y las distintas unidades donde es atendido.

Esto se acompaña con el acondicionamiento de los paritorios con salas de dilatación individuales, en las cuales, las madres y los RN, no se separarán, pudiendo tener contacto piel con piel y lactancia precoz en las primeras dos horas.

Resultados: Actualmente estamos desarrollando este proyecto de investigación, que consta de las siguientes partes:

- Intervenciones para profesionales: Sesiones clínicas, Cursos de formación, Creación de un protocolo consensuado...

- Intervenciones para usuarias: Sesiones de vídeo, talleres al alta hospitalaria, entrega de material informativo

- Intervención en prácticas hospitalarias: Reparto de biberones sólo con indicaciones médicas, prohibición de regalos de muestras, prohibición de reparto de suero glucosado y chupetes.

Conclusiones: Para la implantación de un proyecto se necesitan grandes dosis de ilusión y ganas de trabajar. La búsqueda de distintas estrategias, flexibilidad, asertividad. Es importante el diseño de un programa adap-

tado al entorno, bajo la mejor evidencia científica. Una apuesta real y activa de los responsables de los distintos servicios implicados, así como de la dirección del hospital por la importancia de la cesión de los recursos necesarios, materiales y humanos.

P145. CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA. *Girón Zambonino, Rosa; Gamundi Fernández, Concepción; Rus Ruiz, Magdalena; García Ceballos, Carmen; Rodríguez López, M^a Angeles; Gutierrez, Carmen; Fernández Tapia, José María; Aguado Gamasa, Alvaro; Matínez del Fresno, Pilar.* Hospital Universitario de Puerto Real.

Antecedentes y objetivos: En la actualidad sabemos que la capacidad de dar de lactar de las madres va a depender de muchas circunstancias personales, sociales, laborales, culturales, familiares y un largo etc.

Muchos profesionales están trabajando en la promoción de la lactancia materna encontrando serias dificultades, desbordados por los fracasos, y sorprendidos de que se esté enseñando una técnica tan antigua como la propia humanidad. Nuestro objetivo es reflexionar con un grupo de profesionales cuales son las causas del abandono, y sus posibles soluciones.

Material y Método: Cursos de formación de lactancia materna (2 unidades).

50 Profesionales de todas las disciplinas mayoritariamente de hospital Dentro de un curso de formación de lactancia materna, se realiza un taller sobre las causas de abandono de la lactancia materna en grupos reducidos para analizar y debatir sobre el tema.

Puesta en común de las conclusiones y búsqueda de soluciones.

Resultados: Análisis de las causas del abandono de la lactancia materna.

- Diferentes y contradictorios criterios entre profesionales
- Falta de profesionales con dedicación al apoyo a la LM
- Miedos y mitos, desconocimiento
- Niños irritantes y llorones
- Cansancio, agotamiento de la madre.
- Separación madre-hijo
- Incorporación al trabajo de la madre
- Sensación de hipogalactia
- Depresión postparto
- Decisión materna
- Dar chupetes y biberones
- Influencia de la publicidad, regalos
- Hospitalización RN, prematuros.
- Problemas del pezón, mamas
- Presión familiar
- Deterioro de la imagen corporal

Soluciones a las causas del abandono: Se relacionó las distintas causas del abandono con los 10 pasos de la Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños.

Conclusiones: Habiendo trabajado con distintos profesionales y en distintos días todos coinciden en las causas de abandono y se podrían evitar o disminuir en su mayoría, si se siguieran los 10 pasos del IHAN

Necesidad de trabajar los 10 puntos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, que conllevaría cambios en las rutinas hospitalarias, unificación de criterios, formación de profesionales, apoyo de los organismos oficiales, entre otros, para disminuir en nuestra maternidad las causas del abandono, así como extenderlo a los centros de salud.

P146. APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL TALLER DE MASAJE INFANTIL DEL PROGRAMA DE POST-PARTO DE UN CENTRO DE SALUD. *Gil Casado, Begoña; Patiño Saco, Carmen; Varona Gómez, M^a José.* Centro De Salud Santa Clara Burgos. Asociación Castellano Leonesa de Matronas. Asociación Madres de La Leche de Burgos.

Presentación en formato de DVD el desarrollo de los talleres de Masaje Infantil y Apoyo a la Lactancia Materna realizados en las sesiones de Post-Parto, organizado en la sala de usos múltiples donde se realiza la Preparación Maternal del Centro de Salud Santa Clara.

Introducción. Habiendo realizado varios talleres de Masaje Infantil y Apoyo a la Lactancia Materna en la ciudad de Burgos desde el año 2002, hemos podido comprobar la aceptación de estos en la población, por la gran demanda de los mismos. De Junio a Diciembre del 2005, se han organizado 5 talleres de Masaje Infantil y Apoyo a la Lactancia Materna en el programa de Pos-Parto en el Centro de Salud de Santa Clara de Burgos.

Objetivos: Mostrar con imágenes la organización de la sala para recibir a las madres o parejas con sus bebés y material necesario. Apoyar la lactancia materna con el estímulo "madre a madre", dejar explicarse a las madres; los profesionales mandamos mensajes con mucha autosuficiencia.

Material y Métodos. Fotografías tomadas en las sesiones (con previo consentimiento) para poder mostrar todo el desarrollo del taller. Música con explicaciones del proceso del taller

Fotocopias entregadas en las sesiones y posterior comentario. Beneficios de la Lactancia Materna y del Masaje Infantil. Estudio piloto descriptivo.

Resultados. Datos relevantes de la encuesta piloto: Nivel cultural madre: Segundo grado segundo ciclo (BUP, COU, Bachiller superior Preu.) **38,46%**. Tercer grado (Diplomaturas, Licenciaturas y doctorados...) **57,69%**. Valoración de esta iniciativa de "Masaje Infantil" (escala de 0 negativa al 10 muy positiva): **Número 10: 53,85%** **Números 9 y 9,5: 30,76%** Consideran el material utilizado y los apuntes: Adecuado: **69,23%** Normal: 23,08%. Escaso: 7,69%. Mejoras que han destacado en el bebé: Se tranquiliza: **45,83%**. Duerme mejor: 22,92%.

Lactancia materna exclusiva **81%**, mixta: **13,5%**. Lactancia artificial: **5,5%**

Entre los comentarios: La mayoría demanda más días y cursos en distintas edades del lactante. Experiencia muy positiva con el grupo.

Conclusiones. Buena dinámica de grupo al conocerse previamente en las clases de preparación al parto. Nivel cultural alto. Apoyo a la lactancia materna, consejos, y ayuda "madre a madre".

Manifiestan mejor recuperación puerperal en grupo y apoyo psicológico.

Consideran necesario la aportación de apuntes sobre el contenido teórico.

Se sienten apoyadas en los momentos críticos del puerperio, como son la recuperación física, el estado anímico y el apoyo a la lactancia materna. Muchas madres acuden a los grupos de apoyo como "Las madres de la leche de Burgos" para continuar en grupo y ayudar a otras madres

P147. APRENDIZAJE SOBRE LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS EN UNA UNIDAD NEONATAL. *Martínez Hidalgo, María Victoria; Aguilar Ortega, Juana María; Alba Romero, Concepción de; Alamo Bastidas, Gemma; Magaz Pilar, Patricia; Durán Arroyo, María Luisa; Olmos Díaz, Ana Isabel; Morante Santana, María Angeles; Montero Martín, María Angeles; Ruiz Villa, Laura.* Hospital 12 de Octubre.

Antecedentes y objetivos: El cambiar rutinas hospitalarias respecto a la lactancia es difícil. Valorar si la realización de trabajos sobre lactancia materna repercute y ayuda a realizar mejorías y cambios de rutinas arraigadas.

Metodología: Valorar mediante recogida de opiniones por parte del personal el grado de aceptación entre los trabajadores de la Unidad Neonatal la realización de trabajos, aprendizaje de extracción manual y realización de protocolo de extracción y manejo de la leche materna, que se llevan a cabo desde la Comisión de Lactancia Materna de la Unidad Neonatal.

Resultados: Aceptación y conocimiento por parte de la mayoría del personal de nuevas normas y recomendaciones sobre extracción de leche. Satisfacción personal al saber cómo enseñar a las madres la extracción manual. Un mayor número de personas están interesadas en formar parte de la Comisión de Lactancia. Entre el personal médico la disponibilidad precoz de LM y el conocimiento del apoyo y seguimiento que se estaba realizando a las madres ha permitido el no utilizar sucedáneos de la LM como inicio de la alimentación en los grandes prematuros.

Conclusión: El aprendizaje práctico de técnicas de lactancia, mejora el estímulo del personal, la promoción, ayuda y el apoyo que podemos ofrecer a la lactancia materna.

P148. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE UN ADECUADO PROGRAMA EDUCATIVO. *Macias Bedoya, José M^o; Pozo Pérez, Francisca; Calvo García, M^o Carmen; Toledano Delgado, Francisco Javier; Prado Amián, María; Alcaide Gil, Gloria M^o; Garzón Moreno, Rafael.* EPHAG. Hospital de Montilla.

P149. LACTANCIA MATERNA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. *Freixes Fernández, Miriam; Granja, Gemma; Guerrero Perera, Esther; Hernández Montero, Laura.* CAP Mútua Rubí. CAP Rambla Terrassa.

P150. INICIACIÓN EN LA APLICACIÓN DE METODOLOGÍA DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. *Santo-Rosa Lora, A. Angeles.* Hospital Universitario de Valme.

P151. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. *Campuzano Delgado, Olga; Filbà Rosàs, M^o Rosa; Hernández Fuentes, Montse; Jiménez Gómez, Esther.* Fundación Hospital Asilo de Grannollers.

P152. ELIMINANDO BARRERAS; CAMBIANDO ACTITUDES. *De la Peña Palomo, Gloria; Del Dujo Pérez, Sara; Baz Paniagua, M^o Mar.* Toledo.

P153. DESARROLLO SOSTENIBLE: LACTANCIA MATERNA O ARTIFICIAL. *Cruz Barrera, Nancy Coromoto; Rodríguez Santos, María Candelaria.* Servicio Canario de Salud.

P154. LA BUENA ONDA. RADIODIFUSIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. *Ramos Sáinz, María Luisa; Martín Vicente, María Jesús.* Santander.

P155. GRUPO DE TRABAJO DE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA. *March Vilà, Gemma; Pilar, Pilar; Juncadella, Natalia; Iglesias, Susana; Gorina, Nuria; Castells, Laura; Puig, Judith; Balaguer, Marta.* Hospital General de Cataluña.

P156. UNA EXPERIENCIA PARA COMPARTIR. CELEBRACIÓN DE LA I SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA EN TOLEDO. *García Rodríguez, M^o Isabel; Acevedo Gomez, Monica; Almada Marcos, Dolores; Aguirre de la Peña, Esther; Carrasco Rodríguez, Javier; Espinosa Rodrigo, Yolanda; Monroy Ramos, Teresa; Rodríguez Rojas, M^o José; Sanchez Escalonilla, Rosario; Santacruz Salas, Esmeralda.* Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SES-CAM). Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud de la Puebla de Montalban, Torrijos, Illescas, Fuensalida y Palomarejos en Toledo.

P157. ¿COMO TRABAJAMOS EL DIAGNOSTICO DE LACTANCIA MATERNA? *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén freire, M^o Jesús; Díaz Ortiz, M^o Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna.* ABS San Rafael.

P158. EXTRACCIÓN DE LECHE Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA. *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^o Jesús; Díaz Ortiz, M^o Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llaurado Serra, Anna.* ABS San Rafael.

P159. ¿COMO INFLUYE LA COLABORACIÓN PATERNA EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA? *Campo Vázquez, Felicitas; Chorén Freire, M^o Jesús; Díaz Ortiz, M^o Angeles; Ubierna Gómez, Isabel; Llauradó Serra, Anna.* ABS San Rafael.

P160. PLAN DE SOPORTE DE ENFERMERÍA A LA LACTANCIA MATERNA EN UNA POBLACIÓN MULTICULTURAL. *Martín Ramos, María Elena; Barrios Sánchez, Ana María; Bautista Cano, Ana Belén.* Hospital Son Llätzer.

P161. PLAN DE CUIDADOS: CESÁREA RELACIONADA CON LACTANCIA MATERNA. *Rodríguez Pérez, Sandra; Mengual Vercher, Rosa.* Hospital Universitario de Canarias..

P162. LA BELLEZA DE LA LACTANCIA MATERNA. *Rodríguez Pérez, Verónica; Hernandez Álvarez, Carmen Nieves; Abreu Goya, Carmen Natalia; Hernandez Torres, Flora.* Hospital Universitario de Canarias..

P163. PASOS PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA. *Pérez Alaez, Francisca; Hervás López, Ana M^o; López De Dios, Antonia; Bertrán, Antoni; Mallo Torrico, Juan Carlos; Soterias Guash, Pilar; Bembibre Asenjo, Pastora; Sala, Carmen; Lerma, Eva; González Repiso, Joana.* Clínica Nuestra Señora del Remedio.

P164. IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA EN LACTANCIA MATERNA. *Gómez González, Rosa Mara; Hernández Páez, Soledad; Ascanio Leon, María Belen; Gomez Fernandez, M^o Fe; Matos Castro, Sebastian; Ramos Herández, Andres; Guillermo García, Eusebio Manuel.* Centro de Salud Tacoronte (Tenerife).

P165. INTERCULTURALIDAD EN LA LACTANCIA MATERNA. *Pino Salaet, Laura; Mas Reñé, Sonia; Gil Mateu, Elsa; Valls Montesó, Esther; Ariño Cedó, Francesca; Homedes Vilàs, Carmen; Gasparín Pedraza, Montse; Solé, Elvira.* Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa (Tarragona).

P166. ALIMENTACIÓN CON USO DE JERINGA. *González Camacho, Isabel; Fajardo Fernández, Elena; Hernández Rodríguez, Pilar; Lorenzo Rodríguez, Gara; Fernández Jiménez, María del Carmen; Hernandez Sanchez, Ana María; Rodríguez Duque, Natalia.* Hospital General de La Palma. Satse-Fuden. Galam-Tenerife.

P167. LACTANCIA MATERNA Y VÍNCULO AFECTIVO. *De Miguel Maiza, Margarita; Fernandez Azcona, M^o Angeles; García Ibero, Carmen; Urrizburu Toni, M^o Luisa; Ibañez Espinal, Rocío; Barriuso Lapresa, Laura; Sanchez Echenique, Manuela.* Centro de Salud de Burlada (Navarra). Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.

P168. FACTORES QUE CONDICIONAN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN. *Suárez Hernández, M^o Isis; Bernal Sola, Juana María; Cocín Pastor, Jessica; González Padilla, Lorena; Lozano Martínez, M^o Dolores; Palacio Bru, Elena; Ramón Frau, M^o Antonia; Rodríguez López, Dacil; Suárez Rodríguez, Yolanda.* Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Unidad Docente De Matronas.

P169. INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. *Bartolí Moix, Anna; Bertran Gumà, Xènia; Martínez García, Eva; Molina Vañó, Inès; Muxí Soler, Carme.* ASSIR Anoia. Àmbit Costa de Ponent. Barcelona. Cataluña.

P170. PROCESO DE CAMBIO EN LAS PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL DE MARBELLA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. *Mesa Somé, M^o Victoria; Azuaga Salido, Sandra; Moya Camuña, Carmen; Orozco Rodríguez, M^o Gema; Doncel Molinero, Diego; Medina Bueno, Rosana; Álvarez Aldean, Javier; González López, María; Cuevas Lozano, Andres; Higuero Macias, Juan Carlos.* Hospital Costa del Sol Marbella.

P171. LACTANCIA MATERNA EN DIFERENTES CULTURAS. *Pérez López, Pilar; Bartrons Casas, Rosa; Guillén Quilez, Benigna; Mur Millán, Dolores; Rodríguez Fernandez, Sonia.* Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

P172. NEURODESARROLLO Y LACTANCIA MATERNA. ¿EL DESARROLLO NEUROLÓGICO ES IGUAL QUE CON LA LECHE ARTIFICIAL? *Gutiérrez Abad, Carmelo; Soga García, María José; Marín Uruña, Sara Isabel; Sánchez Gutiérrez, Raquel; Pérez Gutiérrez, Elena; Izquierdo Caballero, Raquel.* Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

P173. FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. *Moragón Abad, Marta; Llano Ruiz, Coral; Hoz Antúnez, Amparo.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

- P174. TALLER DE LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD.** *Romeo Rubia, Gloria; Ávila Navarro, José Luis; López García, Antonio Camilo.* Centro De Salud San Antonio De Motril.
- P175. VIVENCIAS DE LACTANCIA MATERNA EN UN GRUPO DE MADRES A TRAVÉS DE IMÁGENES Y VÍDEO. MIRADAS DE LACTANCIA.** *García Calvo, Inmaculada; Pineda Lloréns, Alicia; Asociación Mamilactancia.* Grupo de madres lactantes de Granada.
- P176. CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PUERPERIO.** *López Jorquera, Rosa; Lejarazu Ugarte, Vega; Valdunciel Moreno, Reyes.* Hospital G.U. Gregorio Marañón. Hospital U. Santa Cristina.
- P177. PLANEANDO UN NACIMIENTO.** *Leon Ortega, César; Fernández Cuesta, Ana Isabel; Porté Llotge, Mercè; Camí Capell, Magda; Márquez Vidal, Alicia; Guillen Mesalles, Mònica.* CAP de Ponts (Lleida).
- P178. TERAPIAS ALTERNATIVAS QUE FACILITAN LA LACTANCIA MATERNA.** *Ortega Melendo, Carmen; Fernández Tena, Elisa; Almaraz Alonso, María; Hernández Muñoz, M^a José; Lapuente Villar, Begoña; Iriarte Gutiérrez, Oihana.* Complejo Hospitalario Donostia.
- P179. ABORDAJE DEL DOLOR Y LAS LESIONES EN LOS PEZONES DE ORIGEN INFECCIOSO.** *Herrero Martínez, M^a Helena; Espino González, Ana M^a; López Hernández, Lidia.* Asociación de Mujeres de Apoyo a la Lactancia Amamantar. Asturias. Departamento de Nutrición. Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid.
- P180. TALLERES DE LACTANCIA Y EMPODERAMIENTO PERSONAL Y EN SALUD DE LAS MUJERES.** *Rozada Montemurro, Rosario; Laredo Ortiz, Salomé.* C.S. Vilamarxant. Amamanta.Grupo De Apoyo A La Lactancia Materna.
- P181. DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. LACTANCIA MATERNA.** *Aguilar Cordero, María José; Pérez Ballesteros, Carmen; González Jiménez, Emilio; González Mendoza, Jorge; Moraleda Hurtado, María Dolores; Escobar Hernández, Carmen; Vargas Gámez, Paula.* Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital Clínico Universitario. Granada. Hospital Materno Infantil. Granada. Hospital Pediátrico. Cienfuegos (Cuba).
- P182. MADRES ADOLESCENTES. ESTRÉS Y LACTANCIA.** *Aguilar Cordero, María José; Mur Villar, Norma; Zerquera Álvarez, Carlos; Quintero Cabañero, Carmen; Vieite Ravelo, Mayelin; Liali-Guillén Alemán, Teresita.* Departamento de enfermería. Universidad de Granada (España). Hospital General. Cienfuegos (Cuba).
- P183. LACTANCIA MATERNA: UNIVERSAL Y MULTICULTURAL.** *Ribas Ros, Susagna; Cervera Esteve, Meritxell; Vilardell Banal, M^a Lluïsa; Jurado Pérez, Rocío; Marcos de León Bolarin, Irene; Sánchez Vidal, Elena; Ferrer Comalat, Alicia; Casas Turro, Natalia; Repullo Puigmitja, Imma; Valenti Trulls, Laura.* Hospital Sta. Caterina de Salt. Ias (Institut d'Assistència Sanitària).
- P184. DIFICULTADES EMOCIONALES EN EL PROCESO DE DAR VIDA Y AMAMANTAMIENTO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN GRUPOS DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO DE ESTOS PROCESOS NATURALES.** *Aznar Plana, Cristina.* Ambulatorio de Gros San sebastian, Centro de Prevencion Hazi -Hezi (Crecer -Madurar).
- P185. MI HIJO ES TAN PEQUEÑO... ¿PODRÁ MAMAR?** *García Franco, María; Martínez Hidalgo, M^a Victoria.* Hospital de Cruces (Cruces - Baracaldo). Hospital 12 de Octubre (Madrid).
- P186. LA LACTANCIA (MATERNA) DESDE LA DISTANCIA.** *Perez Gil, Mario; Díaz Aguiar, Daniel; Rosado Guerrero, M^a Carmen; Sosa Cabrera, Loreto; Gil Marrero, Teresa; García Muñoz, M^a Luisa.* Hospital Universitario Materno Infantil de Las Palmas de GC.
- P187. ELABORACIÓN DE UN VIDEO DIVULGATIVO Y DOCENTE SOBRE "CÓMO HA DE SER UNA TOMA DE LACTANCIA MATERNA" POR EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA.** *Barriuso Lapresa, Laura María; Ferrández Gonzalo, Ana; Aguerre Irigoyen, María Aranzazu; Alemán Irunegaray, Ixabel; Zubizarreta Guerendiain, Izaskun; De Miguel Maiza, Margarita; Sánchez Echenique, Manuela.* Centro de salud y centro de atención a la mujer de Elizondo (Navarra). Centro de salud de Burlada (Navarra). Docencia e investigación. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

