

EDUCACIÓN PARA LA LACTANCIA

PROYECTO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

Autora: Itziar Azanza Neri

Directora: Milagros Ros García de Acilu

CURSO 2014

RESUMEN

El presente proyecto desarrolla los principales aspectos de la lactancia materna y artificial. Puesto que este periodo de la vida es de gran importancia para los recién nacidos, ya que sientan las bases para su correcto desarrollo y crecimiento.

Este trabajo propone la creación de un plan de educación sobre la lactancia, con el objetivo de capacitar a las mujeres en la adecuada alimentación de sus hijos durante sus primeros meses de vida. Así como para la toma de una decisión, libremente escogida, sobre el tipo de alimentación que mejor se adapte a sus necesidades y a las del recién nacido.

Así mismo, este documento va dirigido a mujeres que se encuentran en el puerperio inmediato, momento en el que se encuentran ingresadas en la planta de maternidad, por lo que éste será el lugar de implantación de dicho proyecto.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, lactancia artificial, leches de fórmula, puerperio inmediato.

ABSTRACT

This project develops the main aspects of breast and bottle feeding. Since this period of life is very important for newborns, as the basis for its proper development and growth.

This paper proposes the creation of an educational plan on breastfeeding, in order to empower women on proper feeding of their children during the first months of life. So as for making a decision, freely chosen, the type of food that best suits their needs and the newborn.

It is aimed at women in the immediate postpartum period, at which time they are admitted to the maternity ward, so this will be the place of implementation of the project.

KEYWORDS

Breastfeeding, bottle feeding, formula, immediate postpartum.

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO CONCEPTUAL: HISTORIA DE LA LACTANCIA	3
3.	OBJETIVOS	5
4.	SITUACIÓN EN NAVARRA	6
5.	ALIMENTACIÓN CON LECHE ARTIFICIAL	7
5.1.	Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna.	7
5.2.	Tipos de leche artificial.	8
5.3.	Preparación de biberones.	12
6.	ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA	13
6.1.	Beneficios que aporta la lactancia materna.	14
6.2.	Composición de la leche materna.	16
6.3.	Posturas para el amamantamiento.	17
6.4.	Extracción de leche y almacenamiento.	19
7.	ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS MATERNO-FILIALES.	22
8.	PROPUESTA DE MEJORA.	24
8.1.	Matriz DAFO.	25
8.2.	Población diana.	25
8.3.	Cronograma.	26
8.4.	Desarrollo del plan.	27
8.4.1.	Educación en la paciente segura de la instauración de la lactancia materna: Perfil 1.	29
8.4.2.	Educación en la paciente segura de la instauración de la lactancia artificial: Perfil 3.	32
8.5.	Evaluación del plan.	33
8.5.1.	Evaluación a nivel hospitalario.	34
8.5.2.	Evaluación a nivel comunitario.	35
9.	CONCLUSIÓN.	37
10.	ANEXOS.	38
11.	BIBLIOGRAFÍA.	48

1. INTRODUCCIÓN

Escoger el tipo de alimentación que se quiere dar al bebé es una decisión muy personal determinada por multitud de factores. *“La confianza materna en sus posibilidades, su experiencia previa, la información recibida, el apoyo del entorno, grupo social o la región en que vive la madre, personal sanitario, familiares y amigos, son los factores que más influyen en el éxito”* J. Martín Calama. ⁽¹⁾

Tanto la OMS (Organización Mundial de la Salud) *“[...] es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan [...]”* ⁽²⁾, como el Comité Nutricional de la AEP (Asociación Española de Pediatría) *“[...] la superioridad nutricional de la leche materna [...] para la alimentación del recién nacido y el lactante”* ⁽³⁾, coinciden en que la leche materna es la mejor opción para la alimentación de los bebés, ya que aporta los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables.

La lactancia materna además, implica el establecimiento de un vínculo especial de afecto con el recién nacido, muchos manuales sugieren que alimentar a los recién nacidos con leches de fórmula supone renunciar al comportamiento natural del ser humano. A pesar de ello, algunas mujeres no desean, o les resulta imposible, la instauración de la lactancia materna, debido a los factores mencionados anteriormente, a distintos estilos de vida o a consideraciones médicas concretas.

Este hecho, unido al especial interés por parte de organismos e instituciones internacionales en la instauración de la lactancia materna, hace que muchas de estas mujeres se sientan a menudo, culpables por no dar de mamar a sus hijos, ya que piensan que sus requerimientos nutricionales no están cubiertos y no se establecen vínculos afectivos materno-filiales.

Un estudio publicado por Kate Williams y sus colaboradores (Australia, mayo 2012) ⁽⁴⁾, analiza cómo los materiales de divulgación de lactancia materna, publicados entre el 2000 y el 2008, contribuyen al sentimiento de culpa de las madres por no establecer este tipo de alimentación. Durante su estudio encontraron tres principales líneas de argumentación para la instauración de la lactancia materna:

1. Medicalización y riesgo: La leche materna protege contra infecciones, los bebés tienden a ser más sanos, más resistentes a las alergias, diabetes y obesidad.
2. El ideal maternal: Dar el pecho mostrado como un vínculo maternal natural único, que no puede ser sustituido por la alimentación con biberón, y como una experiencia que debería ser inevitablemente fácil y placentera para una madre.
3. Lo natural vs lo artificial: El discurso dominante en los materiales de cuidados parentales asocian dar el pecho con “lo natural” y el biberón con “lo artificial”.

“Se sitúa así a las mujeres ante un dilema en el que la opción de no amamantar tiene lugar en un contexto cultural de condena la práctica de alimentación con leche de fórmula. Cada madre decide cuál es la mejor opción para ella, y debería hacerlo sin recibir juicios ni presiones por parte de su entorno, de la sociedad o del personal sanitario”. (Kate Williams). ⁽⁴⁾

Según mi experiencia personal, vivida durante mi segundo periodo de prácticas de enfermería en la primera planta de maternidad del Complejo Hospitalario de Navarra, la creciente evidencia de los beneficios de la lactancia materna hace que los profesionales sanitarios, apelando al principio de beneficencia, intenten instaurarla a toda costa, llegando a desprestigiar la lactancia artificial, aunque la madre se muestre reticente a la alimentación con leche natural y tenga repercusiones psicológicas sobre ella (ansiedad, depresión,...). Además, aquellas que escogen el amamantamiento como forma de alimentación para su bebé no son debidamente informadas, ya que actualmente no existe ningún criterio unificado o protocolo de información sobre la lactancia. Dependiendo de la persona que proporcione la información, se dan unas pautas u otras.

Todo ello deriva en la necesidad de informar a estas madres en tres aspectos: 1) Los beneficios que aporta el amamantamiento, tanto para la mujer como para el recién nacido, 2) Formación respecto a técnicas de alimentación (amamantamiento/preparación de biberones) y 3) La existencia de leche artificial comercializada que satisface las necesidades nutricionales del recién nacido, pudiendo también establecer vínculos emocionales igual de fuertes que durante el amamantamiento.

En este trabajo se van a desarrollar aspectos relacionados con los diferentes tipos de lactancia, materna y artificial. Es importante remarcar que no trata de decantarse por un tipo u otro, si no que su principal objetivo es la preparación adecuada de las mujeres durante el puerperio inmediato en el tipo de alimentación que vayan a proporcionar a sus hijos.

Lo ideal es escoger el tipo de lactancia antes de dar a luz, pero a menudo las mujeres llegan a la planta de maternidad sin tener clara su decisión, esto se da posiblemente por la falta de información y apoyo prenatal y postnatal a la madre. De aquí la necesidad de apoyo a estas mujeres durante este periodo.

Según la OMS ⁽²⁾ *“Hay en general un vacío en la responsabilidad sanitaria a la hora de promover la lactancia natural [...], en la estructura sanitaria actual el asesoramiento y consejo sobre la lactancia natural queda en muchas ocasiones en manos de nadie. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento.”*

2. MARCO CONCEPTUAL: HISTORIA DE LA LACTANCIA

La lactancia materna es un hábito que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido a la alimentación del niño durante los primeros años de su vida. Hasta principios del siglo pasado, la única posibilidad de alimentar a un niño que no podía recibir leche de su madre, era conseguir una nodriza.

Sin embargo, a finales del siglo XIX el comienzo de la Revolución Industrial permitió la manufactura de muchos productos, entre ellos los alimentos infantiles, inicialmente pensados para la supervivencia de los bebés en los orfanatos.⁽⁵⁾

En sus primeras etapas se buscaba reemplazar la leche humana por leche de animales con aportes calóricos similares a los de la leche materna.⁽⁵⁾

En el siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial, la lactancia materna fue abandonándose de forma global progresivamente, coincidiendo con la aparición de la primera leche de fórmula (1970) y unido al auge del paradigma tecnologista, los inicios del feminismo y la incorporación de la mujer al trabajo (Dr. Guillermo P. Cienfuegos Salinas).

Así, la “fórmula” comenzó a generalizarse como alimento adecuado para todos los bebés, cuya composición cualitativa y cuantitativa se aproximaba significativamente a la leche materna. En este tipo de fórmulas, cuyas características principales todavía siguen vigentes en la actualidad, se procede a modificar los principales constituyentes de la leche de vaca para asemejarlos a los de la leche materna:⁽⁶⁾

- Las proteínas se adaptan mediante la adición de suero láctico desmineralizado que permite obtener la misma relación caseína - proteínas séricas.
- Las grasas se modifican a través de la utilización de aceites vegetales que permiten obtener una composición de ácidos grasos cercana a la de la leche materna.
- Se utiliza la lactosa como fuente mayoritaria de hidratos de carbono.
- Se reduce el contenido total de sales minerales mediante la utilización del suero láctico desmineralizado y a su vez se ajustan los contenidos de cada uno de los elementos minerales y vitaminas.⁽⁶⁾

Dentro de cada país, fueron las clases económicamente más pudientes las que, en primera instancia, adaptaron esta nueva moda alimenticia y posteriormente las clases inferiores las imitaron.⁽⁵⁾

Existe por tanto un doble decalaje: entre países ricos y pobres, y dentro de un mismo país entre clases superiores e inferiores. Y fue precisamente en los países más pobres y en las clases más deprimidas donde las consecuencias del abandono de la lactancia materna no se hicieron esperar. En estos países rápidamente aumentó la morbimortalidad infantil: los bebés enfermaban y fallecían masivamente como consecuencia, fundamentalmente, de procesos infecciosos y de trastornos hidroelectrolíticos. Estos procesos eran atribuibles a la incorrecta preparación de los biberones (preparación sin las medidas higiénicas adecuadas y/o con una concentración incorrecta), así como a la pérdida de la principal defensa natural disponible, la leche materna.⁽⁵⁾

Rápidamente se puso de manifiesto la asociación entre la pérdida de salud y el abandono indiscriminado de la lactancia materna y en los países “más desarrollados”, con EE.UU. y Escandinavia a la cabeza. ⁽⁵⁾

A finales de los años 70 se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la lactancia materna, que consiguieron destacados incrementos de su prevalencia. Sin embargo, estas campañas tuvieron poca fuerza en los países más deprimidos, a pesar de ser los más perjudicados. ⁽⁵⁾

En ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud activó la alarma sanitaria. Como consecuencia de la misma publicó dos informes: “Modalidades de la lactancia natural en la actualidad (1981)” y “Calidad y cantidad de la leche materna” (1985). En estos estudios define la existencia de tres categorías de lactancia materna en los distintos países del mundo: ⁽⁵⁾

Categoría I. Propia de los países desarrollados y clases más favorecidas de los países en vías de desarrollo. Se caracteriza por tener unas aceptables cifras de lactancia materna al inicio, que disminuyen rápidamente durante el primer semestre, de tal modo que a los 6 meses menos del 50% de las madres continúan amamantando a sus hijos.

Categoría II. Propia de los países subdesarrollados. Se caracteriza por altísimas cifras iniciales de lactancia materna que se prolongan a lo largo del primer año de vida. De este modo, a los 6 meses de vida más del 90% de las madres siguen amamantando a sus hijos y a los 12 meses de vida más del 75% siguen haciéndolo.

Categoría III. Representa una situación intermedia entre las dos descritas previamente.

Sin embargo, en pleno siglo XXI, la lactancia materna sigue vigente a pesar de todas sus transformaciones, tanto en su concepción como en su uso. Sigue manteniéndose como la mejor opción para cualquier tipo de lactante, de término o no, y no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y social. ⁽⁷⁾

“Es preciso mantener una actitud claramente de apoyo a la lactancia por parte de todos los organismos de la salud, dando opción a que las madres elijan con libertad, pero preservándolas de informaciones incorrectas o de presiones excesivas en el sentido contrario.” (J. Martín Calama). ⁽¹⁾

3. OBJETIVOS

Objetivo principal

Proporcionar criterios de valor a las mujeres lactantes para ayudarles en la elección y el mantenimiento del tipo de nutrición que se va a instaurar (lactancia materna, lactancia artificial o mixta). Involucrando al personal sanitario, en concreto, al personal de enfermería, en esta labor.

Objetivos secundarios

1. Informar a las madres sobre la realización de una técnica adecuada para la alimentación de sus hijos. Técnica de amamantamiento en caso de lactancia natural y técnica de preparación de biberones en caso de lactancia artificial.
2. Dar a conocer las ventajas y los inconvenientes que conlleva tanto la lactancia artificial como la materna.
3. Ofrecer apoyo y tranquilizar a la mujer, independientemente del tipo de lactancia que escoja.
4. Involucrar al sector de enfermería en la enseñanza de las madres sobre las técnicas de alimentación del recién nacido.

4. SITUACIÓN EN NAVARRA

Según datos recogidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2006 sobre el tipo de lactancia que se da en España, observamos que en Navarra durante las 6 primeras semanas de vida se instaura la lactancia natural en mayor porcentaje que la lactancia artificial, un 76,58% frente a un 21,39%. Por ello, se puede decir que en Navarra existe una mayoría de mujeres que optan por la lactancia natural.

Sin embargo se puede observar como este porcentaje de lactancia natural va disminuyendo a medida que aumenta la edad del lactante, con un 57,03% a los 3 meses y un 25,69% a los 6 meses. Este hecho lleva como consecuencia el efecto contrario en la lactancia artificial, su porcentaje va en aumento conforme aumenta la edad del lactante, 28,71% a los 3 meses y un 53,20% a los 6 meses.

Unidades: porcentajes

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
AMBOS SEXOS									
Total	68,40	2,27	29,34	52,48	10,83	36,70	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,20	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,90	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,20
Asturias (Principado de)	45,80	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Baleares (Illes)	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,50
Canarias	60,04	0,00	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,90	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,10
Comunitat Valenciana	69,65	4,00	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,40	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid (Comunidad de)	71,17	2,63	26,20	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia (Región de)	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra (Comunidad Foral de)	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,20
País Vasco	81,37	0,00	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja (La)	84,11	0,00	15,89	74,37	0,00	25,63	35,02	19,89	45,10
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,30

Tabla 1 Tipo de lactancia según edad y CC.AA. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE.

4.1. Hipótesis sobre el abandono de la lactancia materna

- La reciente incorporación de la mujer al mundo laboral hace que se presenten dificultades en el mantenimiento de la lactancia. Según el Real Decreto Legislativo 1/1995, del 24 de marzo, en su artículo 48.4: *“En el supuesto de parto, la suspensión laboral tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo”*.⁽⁸⁾
Aunque esta ley también contempla la posibilidad de ausentarse durante una hora, pudiendo fraccionarse en dos pausas para amamantar, continúa siendo difícil compatibilizar la vida familiar con la vida laboral.
- Los cambios en la estructura familiar de las sociedades modernas: tendentes a la disminución del número de hijos y a la reducción de las relaciones familiares, conducen a la falta de imágenes que imitar y repetir. *“No alimentación al pecho en la familia de origen; pareja disgustada o celosa por la lactancia materna; inestabilidad marital; falta de soporte familiar amplio para valerse.”* (Kearney MH, 1988)⁽⁹⁾
- La falta de apoyo postnatal por parte del personal sanitario a la madre hace que se abandone precozmente la lactancia materna natural, ya que no existe formación adecuada sobre la correcta realización de las técnicas de amamantamiento.

5. ALIMENTACIÓN CON LECHE ARTIFICIAL

5.1. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna.

Afecciones infantiles⁽¹⁰⁾

Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:

- Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado además de leche materna:

- Lactantes nacidos con peso menor a 1.500 g.
- Lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación.

- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia (debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa), en particular aquellos que son:
 - Prematuros.
 - Pequeños para la edad gestacional.
 - Aquellos que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia
 - Aquellos cuyas madres son diabéticas.

Afecciones maternas ⁽¹⁰⁾

Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente:

- Infección por VIH: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente:

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé.
- Herpes simplex Tipo I (HSV-1).
- Medicación materna:
 - Medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones: pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.
 - Iodo radioactivo-131: la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
 - Quimioterapia citotóxica.

Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes.

- Absceso mamario.
- Hepatitis B.
- Hepatitis C.
- Mastitis.
- Tuberculosis.

5.2. Tipos de leche artificial.

Las leches artificiales se clasifican según las normas emitidas por la OMS en: ⁽²⁾

- Fórmulas de inicio: Infantes de 0 a 6 meses.
- Fórmulas de continuación o de seguimiento: Bebés de 6 a 12 meses.

5.2.1. Leches de inicio

Las leches de inicio (identificadas con el número 1 en su forma comercial) se elaboran a partir de leche de vaca, cuya formulación se modifica para adaptarla a las necesidades del lactante desde el nacimiento hasta los **5-6 meses** de vida. La relación suero/caseína se iguala a la de la leche materna 60/40, además están enriquecidas con hierro.⁽¹¹⁾

Su composición está estrictamente controlada y debe cumplir unos requisitos muy exigentes reflejados en directrices de la Comunidad Europea y normas del Ministerio de Sanidad.⁽¹¹⁾

Existe una gran variedad de marcas y variedades de leches para lactantes, disponibles en la farmacia o en los establecimientos de alimentación, que se presentan en polvo (normalmente en latas o en paquetes) o líquidas en Tetra Brik. Antes de decidirse por alguna, es necesario consultar siempre con el pediatra, quien recomendará la fórmula más adecuada.⁽¹¹⁾

Las reglamentaciones europeas y los continuos avances científicos en el área de la nutrición han permitido que se puedan elaborar leches de inicio que imitan la composición de la leche materna. Así, todas las leches de inicio tienen cualidades incuestionables:⁽¹¹⁾

- Calidad rigurosamente comprobada.
- Composición constante.
- Perfecta digestibilidad.

Los fabricantes de leches de inicio ponen a disposición de los pediatras una amplia gama de marcas y variedades para satisfacer las necesidades particulares de cada bebé.

Leches de inicio.

Son las leches indicadas para los lactantes sanos e imitan la composición de la leche materna, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos. Son alimentos completos y equilibrados que responden a las necesidades nutritivas del recién nacido durante los primeros meses de vida.⁽¹²⁾

Tabla nº2: Composición según la AEP de las leches de inicio. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
412	12,3 Aminoácidos= 12,3 g Taurina Glutamina	12,1 Vegetal= 3,8 g MCT= 8,2 g L/LN= 7,9	64,9 Sin lactosa DTM= 46,9 g Almidón maíz= 18 g	Hierro= 5,1 mg Ca/P= 1,2 Osm= 360 mOsm/kg H ₂ O Selenio Cromo L-carnitina= 12,8 mg Molibdeno

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

Leches de inicio hipoalergénicas (HA).

Son preparados cuyas proteínas han sido sometidas a un tratamiento especial para reducir su alergenicidad, están indicadas en los casos en que se ha observado algún tipo de intolerancia o reacción alérgica. ⁽¹²⁾

Tabla nº3: Composición según la AEP de las leches de inicio hipoalergénicas. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
515	Hidrolizado parcial de C/S=11,5 g Relación C/S= 50/50 Taurina	27,7 Vegetal Animal Lecitina huevo L/LN= 3,3	55 Lactosa= 55 g	Hierro= 5,8 mg Ca/P= 1,9 Osm= 324 mOsm/L L-carnitina= 9 mg *LC-PUFA

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

Leches de Inicio antiregurgitación (AR).

Se trata de preparados indicados para los bebés con regurgitaciones. En su composición se ha añadido un ingrediente (normalmente almidón o harina de garrofín) para que espesen y sea más difícil la regurgitación. ⁽¹²⁾

Tabla nº4: Composición según la AEP de las leches de inicio antiregurgitación. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
467	12,2 Relación C/S= 80/20 Taurina	21 Vegetal= 18,9 g Láctea= 2,1 g L/LN= 8,6	57,2 Lactosa= 43 g DTM= 14,2 g	Hierro= 4 mg Ca/P= 1,4 Osm= 266 mOsm/L Espesante (semilla algarrobo)= 3 g

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

Leches con proteínas de soja.

Indicadas en casos de intolerancia o alergia a las proteínas de la leche de vaca. ⁽¹²⁾

Tabla nº5: Composición según la AEP de las leches de inicio con proteínas de soja. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
503	14 L-metionina= 0,3 g Taurina	25 Aceite de coco Oleo de palma L/LN= 10.2	55,4 DTM= 55,4 g	Hierro= 6 mg Zinc= 4,5 mg Ca/P= 1,4 Osm= 170 mOsm/L

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

Leches sin lactosa.

Indicadas en casos de intolerancia o alergia a la lactosa. ⁽¹²⁾

Tabla nº6: Composición según la AEP de las leches de inicio sin lactosa. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
502	14 Caseína= 14 g Taurina	25 Láctea= 19 g Aceite maíz= 5 g Lecitina soja= 1 g L/LN= 22	55,3 DTM= 55,3 g Lactosa= trazas	Hierro= 6 mg Ca/P= 1,5 Osm= 153 mOsm/L L-carnitina= 15 mg

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

Leches para prematuros o bebés de bajo peso.

Con una composición adaptada a estos problemas. ⁽¹²⁾

Tabla nº7: Composición según la AEP de las leches de inicio para prematuros o con bajo peso. Nota: Los siguientes valores pueden variar de forma no significativa según las marcas comerciales.

<i>Energía (Kcal/100 g)</i>	<i>Proteínas (g/100 g)</i>	<i>Lípidos (g/100 g)</i>	<i>Carbohidratos (g/100 g)</i>	<i>Otros</i>
506	Hidrolizado parcial de C/S=14,5 g Relación C/S= 22/78 Taurina L-histidina	26 Aceite pescado, soja y cacahuete Lecitina huevo MCT= 9,4 g L/LN= 14,5	53,6 Lactosa= 34,9 g DTM= 18,7 g	Hierro= 7,5 mg Ca/P= 1,8 Osm= 290 mOsm/L L-carnitina= 10,3 mg *LC-PUFA

C/S= Caseína/Seroproteína; DTM= Dextrinomaltoza; Ca/P= Calcio/Fósforo; L/LN= Acido linoleico/Acido linolénico; Osm= Osmolaridad

5.2.2. Leches de continuación.

Se utilizan desde los 5-6 meses hasta los **12-15 meses**. Durante este período de tiempo la leche sigue siendo el alimento principal de la dieta del bebé, ya que cubre al menos el 50% de las calorías diarias que necesita.

Forman parte de una alimentación mixta en la que los nutrientes también son aportados por otros alimentos que se introducen en la dieta paulatinamente (frutas, cereales sin gluten, verduras, etc.). Aunque la alimentación sea mixta, se recomienda mantener la ingesta de 500 ml. de leche al día. ⁽¹¹⁾

La leche de vaca que se utiliza para su elaboración pasa por una serie de modificaciones para adecuarla al bebé. Los principales cambios se basan en disminuir la concentración de proteínas, sustituir parte de la grasa láctea por grasa vegetal y añadir lactosa y vitaminas. ⁽¹¹⁾

Queda en la mano de los fabricantes enriquecerlas con otros nutrientes como nucleótidos, taurina, carnitina, etc. Las principales propiedades de estos nutrientes añadidos son: ⁽¹¹⁾

- Nucleótidos: mejoran la respuesta inmune y el desarrollo intestinal.
- Carnitina: colabora en el correcto desarrollo cerebral, en la maduración del sistema nervioso central y en la composición de las membranas celulares.
- Taurina: colabora en el desarrollo de la función visual y en la maduración del sistema nervioso central.

5.3. Preparación de biberones.

Dado que las preparaciones en polvo para lactantes (PPL) pueden contener organismos patógenos, la Organización Mundial de la Salud, junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, elaboraron de manera conjunta en 2005, unas directrices sobre la preparación, la manipulación y el almacenamiento de PPL en condiciones higiénicas, con el fin de reducir al mínimo el riesgo para los lactantes. ⁽¹³⁾

Estas recomendaciones se aplican a las personas que preparan y manejan PPL en entornos institucionales y en el hogar. Se formulan en el supuesto de que la persona que prepara la PPL tiene acceso a agua potable, jabón, un entorno limpio, agua hirviendo y un frigorífico. ⁽¹³⁾

Preparación de las tomas a partir de PPL. ⁽¹³⁾

1. Se lavará y desinfectará la superficie sobre la que vaya a prepararse el alimento.
2. Se lavarán las manos con agua y jabón y se secarán con un paño limpio o un paño desechable.
3. Se hervirá un volumen suficiente de agua limpia. Si se utiliza un hervidor automático, se esperará hasta que éste se desconecte. En otro caso, se esperará hasta que el agua hierva con fuerza. Nota: el agua embotellada no es estéril y debe hervirse antes de usarla.
Nunca se utilizarán hornos microondas para la preparación de PPL, pues el calentamiento no es uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” capaces de quemar la boca del bebé.
4. Teniendo cuidado de evitar quemaduras, se verterá la cantidad apropiada de agua hervida, que se habrá enfriado hasta no menos de 70 °C, en una taza o un biberón limpios y esterilizados. Para llegar a esa temperatura, se dejará enfriar el agua un máximo de 30 minutos después de la ebullición.
5. Se medirá la cantidad exacta de polvo de acuerdo a las instrucciones del envase y se añadirá al agua.
Nota: Usar más o menos cantidad de polvo de la indicada puede hacer enfermar al lactante.

- a. Si se utilizan biberones: se ensamblarán las piezas limpias y esterilizadas del biberón según las instrucciones del fabricante. Se agitará o moverá suavemente hasta que los ingredientes se hayan mezclado debidamente.
 - b. Si se utilizan tazas: mezclar los ingredientes por completo, removiendo con una cuchara limpia y esterilizada.
6. Inmediatamente después de la preparación, se enfriarán rápidamente las tomas hasta la temperatura apropiada para la administración sumergiendo la taza o el biberón bajo el chorro del grifo o en un recipiente con agua fría o con hielo. Habrá que asegurarse de que el nivel del agua queda por debajo de la parte superior de la taza o de la tapadera del biberón.
 7. Se secará el exterior del biberón o la taza con un paño limpio o un paño desechable.
 8. Como se habrá utilizado agua muy caliente para preparar la toma, es indispensable comprobar la temperatura de administración para no quemar la boca del bebé. En caso necesario, se seguirá enfriando siguiendo las instrucciones del paso 6.
 9. Se desechará todo preparado que no se haya utilizado en un plazo de dos horas.

Preparación de las tomas con antelación ⁽¹³⁾

Lo ideal es preparar el alimento a partir de PPL inmediatamente antes de su utilización, dado que ofrecen las condiciones idóneas para la proliferación de bacterias nocivas. Por motivos prácticos, no obstante, hay ocasiones en que es preciso preparar tomas con antelación. A continuación se indica la forma más segura de preparar y conservar las tomas para su utilización posterior.

Si no se dispone de refrigeración, las tomas se prepararán de nuevo cada vez y se administrarán inmediatamente, en lugar de prepararlas por adelantado.

1. Se seguirán los pasos 1 a 7 de la sección anterior "Preparación de las tomas a partir de PPL".
2. Las tomas enfriadas se introducirán en el frigorífico. La temperatura de éste no superará los 5 °C.
3. Las tomas pueden almacenarse en el frigorífico durante un máximo de 24 horas.

6. ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA

Según la OMS *"La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables". "Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud"*. ⁽²⁾

Además, este organismo también recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Aconseja también la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

6.1. Beneficios que aporta la lactancia materna.

A pesar de todos los esfuerzos por imitar la leche materna, ésta es inigualable por ser un elemento vivo que cambia según la edad del bebé, la hora del día e incluso a lo largo de una misma toma. ⁽¹⁴⁾

En la actualidad hay muchos estudios que demuestran que los niños alimentados con leches artificiales tienen un mayor número de enfermedades, no sólo en la época de la lactancia, sino a lo largo de toda su vida. ⁽¹⁴⁾

6.1.1. Beneficios en la salud del bebé. ⁽¹⁴⁾

- **INFECCIONES.** La leche materna estimula el sistema inmune, ya que posee anticuerpos que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Por lo tanto, los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir con mayor facilidad todo tipo de infecciones:

- Gastrointestinales.
- Infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis).
- Infecciones de orina, otitis y diarrea.

Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y éstas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé.

- **ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA INFANCIA.** Presentan índices más bajos de: celiacía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica.

- **DIABETES.** La leche materna protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados.

En los casos de predisposición genética a la diabetes, está mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar los productos que contengan proteína de vaca hasta el primer año de vida del bebé.

- **MENINGITIS.** La capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a las bacterias del neumococo y meningococo, no se alcanza hasta el segundo año de vida. Por lo tanto, la lactancia materna supone un aporte defensivo para luchar contra esta enfermedad.

- **MUERTE SÚBITA.** Reduce el riesgo de muerte súbita.

- **LEUCEMIA.** Los niños cuyo período de lactancia materna supera los 6 meses, tienen menos posibilidades de presentar leucemia aguda infantil y linfomas. Los estudios lo han relacionado con la presencia de la proteína alfa-lac en la leche materna. Esta

proteína induce a la reducción de células cancerígenas y células inmaduras y favorece el crecimiento de las células ya maduras y estables.

- EL DESARROLLO DE LOS DIENTES. El agarre del bebé al pecho, distinto al del biberón, favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y las demás estructuras de la boca.
- SISTEMA DIGESTIVO. La leche materna es rica en probióticos por lo que la flora intestinal de los bebés presenta menos elementos patógenos. Así mismo, los alimentos ingeridos por la madre modifican ligeramente su sabor, se cree que esto es la causa de que a los bebés amamantados les cueste menos aceptar la alimentación complementaria.
- OBESIDAD. Reduce el riesgo de obesidad infantil porque contiene leptina, hormona que controla la obesidad en adultos.
- DESARROLLO CEREBRAL. Se asocia también a los niños amamantados un mayor coeficiente intelectual debido a un mayor crecimiento y desarrollo cerebral.
- SALUD DEL ADULTO. Los adultos que fueron amamantados presentan niveles de colesterol más bajos. Por el contrario, los que tomaron leche artificial presentan en la edad adulta la tensión arterial, el peso y el índice de masa corporal más elevado.
- PREMATUROS. Aunque la madre dé a luz antes de tiempo, su leche estará especialmente adaptada a las necesidades de un bebé prematuro. Durante varias semanas, contendrá más proteínas, calcio, sodio y otros nutrientes que la leche materna normal.
Además, los prematuros alimentados con leche materna están más protegidos frente a los gérmenes hospitalarios, causantes de la Enterocolitis Necrotizante, enfermedad que produce mucha mortalidad entre los prematuros.

6.1.2. Beneficios en la salud de la madre. ⁽¹⁴⁾

- RECUPERACIÓN DEL ÚTERO. Cuando el bebé succiona el pezón de la madre, estimula la liberación de oxitocina en ella. Esta hormona favorece la contracción uterina y la disminución de la hemorragia posparto.
Del mismo modo la disminución del sangrado, mejora la anemia.
Además la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses, y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro.

- CÁNCER DE MAMA Y OVARIO. Existen varios estudios que constatan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario.
- PÉRDIDA DE PESO. La producción de leche supone un gasto energético, mientras se mantiene la lactancia se irán consumiendo las reservas que la madre ha ido acumulando durante la gestación.
- OSTEOPOROSIS. El metabolismo cálcico se acelera durante la lactancia y se movilizan los depósitos óseos, y este aumento de calcio en sangre se utiliza para la producción de leche. Pero para contrarrestar la pérdida de calcio, se produce un aumento de la absorción de este mineral y a largo plazo, las mujeres que dan pecho ven disminuidas las probabilidades de sufrir fracturas de cadera y columna en la menopausia.

6.2. Composición de la leche materna. ⁽¹⁵⁾

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes, sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante.

La LH es un sistema que se estructura en tres fases y las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan a una u otra de estas fracciones o fases:

1. Emulsión
2. Suspensión
3. Solución.

1. Composición de la fracción emulsión.

Constituye la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles.

- Colesterol: La exposición precoz al colesterol desempeña un papel importante en el correcto desarrollo de los mecanismos del metabolismo de este lípido en la edad adulta.
- Antioxidantes: La LH es rica en ácidos grasos insaturados, fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y de la retina.
- Factores de protección: En la fracción emulsión se encuentran dos importantes agentes de defensa: los ácidos grasos de cadena corta y los ésteres, ambos con una importante actividad bactericida, destacando el factor antiestafilocócico de los ésteres.

2. Composición de la fracción suspensión.

Sus principales componentes son las proteínas, el calcio y el fósforo. Su primordial y exclusiva función parece ser nutricional, cubriendo las necesidades del crecimiento estructural celular del lactante.

3. Composición de la fracción solución.

Está constituida por las sustancias hidrosolubles como carbohidratos, proteínas, enzimas, hormonas y algunas vitaminas y minerales. Es lo que se considera el suero de la leche. Sus principales componentes son:

- Agua: Es el principal componente de esta fracción y cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda.
- Proteínas del suero: Son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios.
- Factores protectores: La fracción solución contiene la mayoría de los factores de protección presentes en la leche. Los principales son las inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD e IgE).
- Carbohidratos: La lactosa constituye el carbohidrato predominante. Proporciona el 40% de la energía, aporta glucosa como fuente de energía y galactosa necesaria (fundamental para el desarrollo del sistema nervioso central).
- Minerales: Su concentración es suficiente para cubrir las necesidades del lactante.

Al final de la toma el contenido energético de la leche aumenta, atribuido al incremento de la concentración de lípidos. Ya que en la fase del vaciamiento de la mama existe un predominio de la fracción emulsión. Sin embargo, al inicio de la toma, el lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles, que van siendo progresivamente sustituidos por los constituyentes hidrosolubles. De esta forma, a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra.

6.3. Posturas para el amamantamiento. ⁽¹⁶⁾

Lo primero que hemos de saber es que no hay una única postura para dar de mamar. Cada mujer utiliza la que mejor se adapta a sus preferencias o circunstancias, pero para evitar problemas tanto en ella (dolor, grietas) como en el niño (gases, vómitos,...) y conseguir que éste mame mejor y la madre se sienta más relajada y cómoda se debe poner al pecho en una posición correcta.

Para que el bebé se coja bien, se deben acercar sus labios al pecho ayudándole a encontrar el pezón. Cuando abra completamente la boca debe acercarse el niño al

pecho y no el pecho al niño. La boca del bebé debe abarcar el pezón y la mayor parte de la areola y su lengua debe estar debajo del pezón. En este momento, los labios del bebé sobresalen hacia fuera, la barbilla está contra el pecho y la nariz se apoya en él, pudiendo respirar sin dificultad.

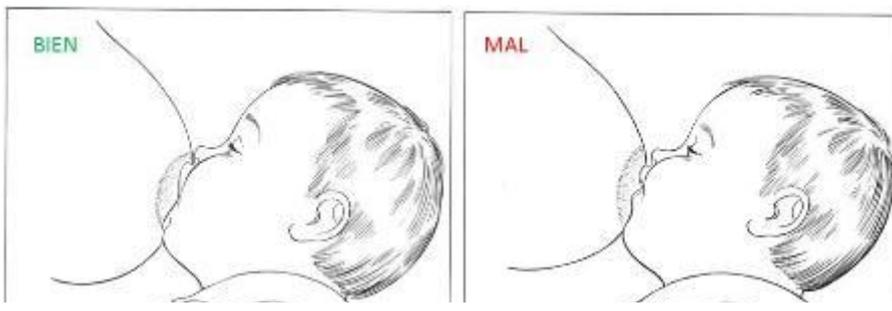


Ilustración 1. Agarre del pezón. Fuente: Google imágenes.

6.3.1. Posición de cuna.

Sentada con la espalda recta y las rodillas un poco más altas que la cintura. Consiste en apoyar al bebé sobre el antebrazo, teniendo en cuenta que el bebé debe estar cerca del pecho y su ombligo frente al de la madre de modo que se encuentre completamente girado hacia ella. Para que la madre esté más cómoda puede ponerse un almohadón debajo del niño o un cojín de lactancia, sobre todo si el bebé es pequeño.

Una variante de esta posición es la POSICIÓN DE CUNA CRUZADA, en la que en lugar de apoyar al bebé en el antebrazo, se apoya directamente sobre el cojín y la madre sujeta la cabeza del bebé con la mano del lado contrario al que amamanta. Es muy útil cuando el bebé tiene dificultades para cogerse al pecho.



Ilustración 2. Posición de cuna cruzada . Fuente: Google imágenes.

6.3.2. Posición acostada.

Consiste en amamantar tumbada. Va muy bien después de una cesárea o en las tomas nocturnas, ya que es muy cómodo meter al bebé en la cama y dar de mamar durmiendo. La madre debe tumbarse de lado y colocar al bebé de manera que, de nuevo, esté barriga con barriga para que pueda coger el pecho sin problemas.



Ilustración 3. Posición acostada. Fuente: Google imágenes.

6.3.3. Posición de balón de rugby.

Hay que sentarse y colocar una almohada a un lado en posición transversal para apoyar en ella la espalda del bebé, que ha de sujetarse con el brazo correspondiente al pecho que succiona, sosteniendo su cabeza con el hueco de la mano.

Esta postura es adecuada para ver si el bebé mama correctamente, si no se engancha bien al pecho, si tiene la nariz taponada por un catarro o si la madre ha tenido una cesárea (así no se apoya el niño contra los puntos). También va bien cuando el niño es inquieto o en caso de bebés prematuros.



Ilustración 4. Posición de balón de rugby.
Fuente: Google imágenes.

6.3.4. Posición de caballito.

El niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas sobre los muslos de su madre. La madre debe sujetar al bebé por su espalda acercándolo a su cuerpo.

Esta postura es adecuada para madres con pechos muy grandes o en caso de grietas. También facilita la lactancia de niños con problemas en el paladar y en niños con Síndrome de Down.



Ilustración 5. Posición de caballito.
Fuente: Google imágenes.

6.4. Extracción de leche y almacenamiento. ⁽¹⁷⁾

La leche materna puede extraerse para su uso posterior y ser utilizada cuando las circunstancias impidan que la madre esté con su bebé.

Extraerse la leche, ya sea manualmente o con la ayuda de un sacaleches, requiere práctica y su efectividad tiende a aumentar con el tiempo. La clave para lograr extraer la leche es conseguir duplicar el reflejo de eyección, es decir, la salida de la leche. Esto se consigue visualizando al bebé y propiciando un entorno íntimo y relajado.

La elección del método de extracción dependerá de las circunstancias de la separación y de la edad del bebé. A pesar de que entre las propiedades de la leche humana está la de retrasar el crecimiento de bacterias, es importante mantener unas mínimas normas de higiene como el lavado de manos y de los utensilios que se usen para la extracción, la recolección y el almacenamiento de la leche.

Pautas para el almacenamiento de leche humana:

1. Calostro: A temperatura ambiente 27 - 32 °C, de 12 a 24 horas.
2. Leche madura:
 - A 15 °C: 24 horas.
 - A 19 - 22 °C: 10 horas.
 - A 25 °C: de 4 a 8 horas.
 - Refrigerada entre 0 y 4 °C: de 5 a 8 días.

Si se va a congelar la leche se recomienda el uso de envases de plástico duro o vidrio aptos para alimentos. También pueden utilizarse bolsas específicamente diseñadas para el almacenamiento de leche materna.

Si la leche ha sido congelada y descongelada, se puede refrigerar hasta 24 horas para usarse después. No debe volver a congelarse.

Extracción manual de la leche materna; Técnica Marmet.

Esta técnica consiste en la combinación de la extracción manual y el masaje de las mamas. Está indicado en aquellas madres que se extraen leche cuando no pueden dar de mamar en todas las tomas y las que necesitan establecer, incrementar o mantener el suministro de leche cuando el bebé no puede mamar.

Todo el proceso debería de llevar aproximadamente 20-30 minutos cuando la extracción manual reemplaza una toma.

- Exprimir cada pecho 5-7 minutos.
- Dar masaje, acariciar, agitar.
- Exprimir cada pecho 3-5 minutos.
- Dar masaje, acariciar, agitar.
- Exprimir cada pecho 2-3 minutos.
- Dar masaje, acariciar, agitar.

- EXTRACCIÓN

1º Colocar el pulgar y los dos primeros dedos entre 2,5 y casi 4 centímetros por detrás del pezón.

- Utilizar esta medida, que no es necesariamente el borde exterior de la areola, como guía. La areola varía de tamaño de una mujer a otra.
- Situar la yema del pulgar por encima del pezón a las doce en punto y las yemas de los otros dedos bajo el pezón a las seis, formando la letra "C" con la mano.
- No sostener el pecho formando una copa con la mano.

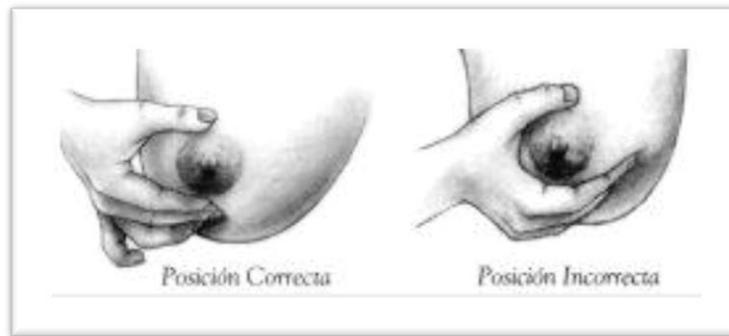


Ilustración 6. Agarre de la mama para la extracción de leche. Fuente: La Liga de la Leche.

2º Presionar el pecho hacia la pared torácica sin separar los dedos. Si los pechos son grandes, primero deben levantarse y luego presionar.

3º Rodar el pulgar hacia delante con movimiento de rodillo (como al tomar huellas dactilares). Al mismo tiempo, trasladar la presión del dedo corazón al índice.

El movimiento de rodillo del pulgar simula el movimiento ondulatorio de la lengua del bebé, mientras que la presión opuesta de los otros dedos simula la ejercida por el paladar. Este movimiento de extracción imita la succión del bebé al comprimir y drenar los depósitos de leche sin dañar el tejido mamario.

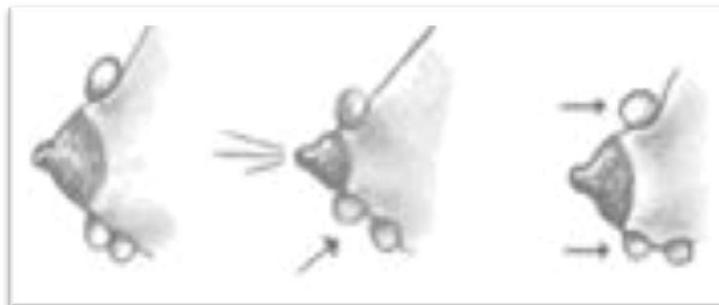


Ilustración 7. Técnica para extracción de leche. Fuente: La Liga de la Leche.

4º Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos: Colocar, presionar, rodar, colocar, presionar, rodar.

Evitar estos movimientos:

- Exprimir el pecho: Puede causar hematoma.
- Tirar del pezón y la mama: Puede dañar el tejido.
- Frotar el pecho: Puede irritar la piel.



Ilustración 8. Agarres incorrectos. Fuente: La Liga de la Leche.

- MASAJE

1º Empezar en la parte superior del pecho. Presionar firmemente el pecho hacia la pared torácica. Realizar un movimiento circular con los dedos sobre un punto de la piel



Ilustración 9. Masaje de la mama 1. Fuente: La Liga de la Leche.

Después de unos segundos desplazar los dedos a la siguiente área del pecho.

Trazar una espiral por todo el pecho en dirección a la areola utilizando este masaje.

La presión y el movimiento son similares a los usados en el examen de mama.

2º Pasar la mano por el pecho, de arriba a abajo en dirección al pezón, con una ligera caricia.

Continuar este movimiento desde la pared torácica hasta el pezón por todo el pecho.

Esto ayuda a relajarse y a estimular el reflejo de eyección de la leche.



Ilustración 10. Masaje de la mama 2. Fuente: La Liga de la Leche.

3º Agitar suavemente el pecho mientras se inclina hacia adelante para que la fuerza de la gravedad favorezca la expulsión de la leche.



Ilustración 11. Masaje de la mama 3. Fuente: La Liga de la Leche.

7. ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS MATERNO-FILIALES.

El vínculo es una relación cálida e íntima que se establece entre el bebé y su madre y cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y, en última instancia, la replicación. Los cambios cerebrales que conlleva la maternidad son neuroquímicos, morfológicos y funcionales. ⁽¹⁸⁾

Las hormonas que dirigen la lactancia natural se producen en el sistema nervioso central y además de actuar sobre la glándula mamaria, actúan sobre el cerebro de la madre facilitando la conducta maternal. La oxitocina tiene un papel especialmente relevante en este aspecto, ya que su liberación produce en la madre sentimientos de amor hacia su hijo, así como de bienestar, confianza o autoestima; y en el lactante produce relajación, serenidad y un mayor interés por las relaciones sociales. ⁽¹⁸⁾

En madres que optan por una lactancia artificial sería necesario recomendar prácticas de alimentación y crianza que mimeticen la lactancia materna y la crianza fisiológica: ⁽¹⁸⁾

- Alimentando a demanda.
- Favoreciendo el contacto piel con piel.
- Cambiando de lado en cada toma.
- Usando el chupete cuando esté en brazos.
- Promoviendo todas aquellas prácticas maternas que favorecen la liberación de las neurohormonas implicadas en el vínculo (colecho o porteo).

Formas de interacción en que los bebés se vinculan: ⁽¹⁹⁾

- El tacto se vuelve un lenguaje precoz, ya que los bebés responden al contacto de piel con piel. Es tranquilizador, tanto para la madre como para el bebé, al mismo tiempo que promueve el crecimiento y desarrollo del bebé.
- El contacto directo con los ojos proporciona comunicación significativa a corta distancia.
- Los bebés son capaces de seguir objetos en movimiento con los ojos.
- Intentan, desde muy pronto, imitar las expresiones y gestos faciales de sus padres.
- Prefieren las voces humanas y disfrutan vocalizando en sus primeros esfuerzos para comunicarse, a menudo disfrutan simplemente escuchando conversaciones.

El momento de amamantar o de alimentar al bebé con biberón son momentos naturales para la vinculación. Los bebés responden al olor y al tacto de sus madres, así como a la receptividad de sus padres a sus necesidades. ⁽¹⁹⁾

En un parto sin complicaciones, las personas que lo atienden intentan aprovechar el periodo de alerta del bebé inmediatamente después del nacimiento y animan a los padres a que alimenten y abracen al bebé. Sin embargo, esto no siempre es posible y, aunque es lo ideal, el contacto inmediato no es necesario para la vinculación futura del niño y sus padres. ⁽¹⁹⁾

Los científicos consideran que el factor más importante en la creación del apego, es el contacto físico positivo (ej: abrazar, besar, mecer, cantar, mimar, etc.), ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego. ⁽¹⁹⁾

7.1. El masaje infantil. ⁽¹⁹⁾

Las palabras “masaje infantil” engloban una serie de técnicas de tacto, voz y mirada, que se han ido entrelazando creando una estructura que aporta grandes beneficios tanto a los padres como a los niños. Con ellas se pretende:

1. Estimular el sistema nervioso, respiratorio, gastrointestinal, circulatorio, endocrino, inmunológico, linfático y muscular.
2. Crear un entorno de relajación complementario a la estimulación, formando entre ellos un equilibrio.
3. Fomentar la creación de lazos entre padre/madre y bebé, y favorecer la comunicación entre ellos.

Son múltiples los beneficios que aporta el masaje al bebé ⁽²⁰⁾:

Estimulación

- Del sistema nervioso: Acelera la mielinización del sistema nervioso cerebral. Favorece la capacidad de recibir estímulos y la psicomotricidad del niño.
- Del sistema respiratorio: Regula el sistema respiratorio y ayuda en casos de congestión por mucosidad.
- Del sistema gastrointestinal: Alivio de las molestias e incomodidades de las situaciones de cólicos y gases. Ayuda a madurar el sistema gastrointestinal.
- Del sistema circulatorio: Favorece el retorno de la sangre al corazón produciendo un efecto tonificante. Con la salida de la sangre del corazón se produce un efecto relajante y favorece la oxigenación de las extremidades.
- Del sistema endocrino: Estimulación e inhibición de las hormonas.
- Del sistema inmunológico: Una situación de tranquilidad mantiene el equilibrio de este sistema mejorando su funcionamiento.
- Del sistema linfático: Drenaje del mismo.
- Del sistema muscular: Ayuda a disolver nudos de tensión física y emocional.

Relajación

- Con el masaje, los bebés aprenden a responder a la tensión con relajación.

Liberación

- Física: Heces, eructos, orina.
- Emocional: A veces puede haber llanto para aliviar tensiones.

Interacción/vínculo

El masaje infantil facilita los vínculos afectivos, manteniéndolos e intensificándolos.

Además, mejora la autoestima de los padres, haciéndoles sentir más seguros y confiados en su labor como padres. Favorece el reconocimiento del lenguaje corporal del bebé y permite detectar y responder eficazmente a sus mensajes no verbales.

8. PROPUESTA DE MEJORA.

Para llevar a cabo este proyecto se ha contemplado la elaboración de un **plan de educación para la salud**. Es importante que toda madre conozca antes, del alta médica, la técnica adecuada para alimentar a su hijo, ya sea lactancia artificial o natural. Por ello, la intervención principal se realizará durante el ingreso de la madre en la planta de maternidad, tras dar a luz.

8.1. Matriz DAFO.

ANÁLISIS EXTERNO	ANÁLISIS INTERNO
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales. - La publicidad de fórmulas de leche artificial influye de manera negativa en la sociedad, ya que hacen creer que son mejores que la leche natural. 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - La presión que, en muchas ocasiones, ejerce el personal sanitario de las plantas de maternidad en el establecimiento de lactancia materna. - Personal muy volcado en la lactancia natural que deja a un lado sentimientos y problemas de la madre.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una creciente variedad de productos de nutrición artificial que cada vez se equiparan más a los productos naturales (leche materna) brindan a las mujeres actuales una oportunidad de lactancia distinta a la natural. 	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Navarra contamos con numerosos recursos estructurales en los que se puede realizar una educación sanitaria eficaz. - No existe dificultad a la hora de acceder al objeto de estudio.

8.2. Población diana.

Este proyecto va dirigido a todas las puérperas que pasan su convalecencia postparto (72 horas) en el Complejo Hospitalario de Navarra B, primera planta maternal correspondiente a puerperio normal (sin complicaciones en madre o neonato). Según datos ofrecidos por el Servicio Navarro de Salud (SNS) ⁽²¹⁾ en su memoria del 2013, la media de partos vaginales sin complicaciones atendidos en el Hospital de Navarra, es de 7,3 al día.

Criterios de inclusión: Madre primípara o multípara que dé a luz en el Hospital de Navarra uno o más hijos vivos.

Para las mujeres con diferencia idiomática se recurrirá a ANAFE-CITE, una fundación vinculada a la Unión Sindical de CC.OO. de Navarra que tiene como fines propios la incorporación social y laboral de la población inmigrante residente en Navarra.

Dentro de sus múltiples objetivos y actividades se encuentra la colaboración y coordinación con entidades relacionadas con la salud y con asociaciones de inmigrantes. ⁽²²⁾

Gracias a esta asociación se podrá eliminar una importante barrera para la comunicación con la población inmigrante, ya que contaremos con la ayuda de traductores y mediadores en la comunicación para llevar a cabo este proyecto.

Criterios de exclusión: Quedan eliminadas de este proyecto las mujeres que decidan negarse al mismo.

8.3. Cronograma.

Para llevar a cabo este programa he planificado el siguiente cronograma (anexo 1):

Contacto con Supervisora de unidad y Jefa de servicio.

Día 1 de septiembre: Se presentará este programa a ambos de manera breve y se propondrán las fechas previstas de implantación y presentación al personal sanitario. Estas fechas son modificables según la disponibilidad del personal o la consideración de la Supervisora de la planta.

Sesión de presentación del programa a personal.

1ª sesión: Día 8 septiembre a las 13:00 horas. Se dará una charla informativa sobre cómo llevar a cabo este programa.

Lugar: Sala/despacho cedido en el Complejo Hospitalario de Navarra, Unidad B.

Se calcula una duración de una hora, los primeros 40 minutos estarán dedicados a informar sobre:

- Situación de la lactancia en Navarra.
- Necesidad y justificación de este programa.
- Puesta en marcha.
- Registro de actividades.
- Fechas de instauración previstas.

Los siguientes 20 minutos estarán reservados para dudas y preguntas.

En esta sesión será importante que esté presente la supervisora de la planta y el mayor número de enfermeras que trabaje en la misma. Para aquellas que no puedan acudir a esta sesión, se propone, en caso de necesidad, una segunda charla de las mismas características.

2ª sesión: Día 15 de septiembre a las 17:00 horas. Se presentará el mismo contenido y con la misma estructura que la 1ª sesión.

Comunicación con los centros de atención primaria de Áreas I y II de Navarra.

Días 17 y 18 de septiembre: Para solicitar la participación de los centros de salud en este programa, nos pondremos en contacto con la Dirección de Enfermería de cada uno de ellos a través de correo electrónico. En él adjuntaremos la propuesta y las

indicaciones de su colaboración (evaluación mediante entrevista clínica y exploración física al bebé).

Implantación.

Se comenzará a realizar la educación para la lactancia el 1 de octubre y se llevará a cabo durante 8 meses, es decir, hasta el 1 de junio (incluido).

Se estima que la evaluación del plan comience a primeros de abril y se extienda hasta diciembre.

8.4. Desarrollo del plan.

Este plan consistirá en la formación y educación de las madres en la lactancia, ya sea materna o artificial. Será llevado a cabo por personal de enfermería cualificado.

La planta está compuesta por 37 camas distribuidas en habitaciones triples, dobles e individuales. A cada cama le corresponde un nido o cuna para el recién nacido, éstos comunican con la habitación de la madre y con un box. Cada box lo comparten dos habitaciones, por lo tanto en unos boxes hay 6 nidos (habitación triple) y en otros 4 (habitación doble).

Los recursos humanos con los que contamos son los siguientes:

- Turno de mañana: 3 enfermeras y 5 auxiliares.
- Turno de tarde: 2 enfermeras y 2 auxiliares.
- Turno de noche: 2 enfermeras y 2 auxiliares.

En el programa se utilizará en primer lugar el método bidireccional o directo en el que se propone un contacto directo entre ambas partes, educador y educando, utilizando la palabra hablada como medio de comunicación. Como complemento a esta interacción se ofrecerá un soporte en papel (tríptico), consistente en un documento informativo sobre diferentes aspectos, expuestos más adelante.

Esta educación estará adecuada a las necesidades específicas de cada mujer. Así, si la mujer decide dar lactancia materna se informará en este tema, de igual manera si se decide lactancia artificial.

Para conocer la elección de cada mujer se recurrirá a la entrevista. En la planta de maternidad del Hospital de Navarra, a su llegada tras el alumbramiento, se le realiza a la madre y al recién nacido una exploración física. Será tras ella cuando realizaremos la primera entrevista.

Ésta supondrá el primer contacto con la mujer por lo que será necesaria la creación de un clima de confianza y tranquilidad, más aun teniendo en cuenta de labilidad emocional y el cansancio en el que se encuentran estas mujeres.

En esta entrevista se realizarán preguntas para recabar información sobre:

- ¿Qué tipo de lactancia desea instaurar? Nota: en los casos en los que aún no esté tomada esta decisión ofreceremos apoyo individualizando, estudiando la mejor opción, siempre de manera objetiva.
- ¿En qué se basa su decisión?
- ¿Es madre primípara o múltipara?
- ¿Tiene experiencias previas en la lactancia? Ya sean propias o de terceras personas.
- ¿Conoce las técnicas adecuadas para dar el pecho/preparar biberones?
- ¿Cree que necesita apoyo para llevar a cabo la lactancia escogida?

Es importante que estos datos se recojan en el evolutivo de la historia clínica de la paciente para asegurar la continuidad de cuidados por parte del personal sanitario, ya sea para el turno consecutivo o para el posterior seguimiento por parte de atención a la mujer/enfermera/matrona/pediatra/médico de familia.

Tras haber recogido esta información se procederá a realizar la educación en la lactancia.

Para facilitar el desarrollo de dicho plan he decidido clasificar a las mujeres en tres perfiles de paciente, dependiendo de la elección tomada. Para cada perfil realizaremos un tipo de intervención distinto, cuya diferencia residirá en el tipo de información facilitada. Aunque siempre estará disponible toda la variedad de la misma.

A continuación expongo los tres perfiles de paciente con los objetivos de la intervención:

- **Perfil 1.** Paciente segura de la instauración de lactancia materna; Objetivos:
 - Educación en la técnica de la lactancia materna: agarre adecuado, extracción de leche adecuada.
 - Proporción de apoyo para su mantenimiento.
- **Perfil 2.** Paciente que a su llegada a planta no ha escogido el tipo de lactancia que desea instaurar, o no está satisfecha con la elegida; Objetivos:
 - Proporción de información de distintos tipos de lactancia.
 - Asesoramiento profesional de la mejor opción, siempre de manera objetiva, evitando expresar preferencias personales.
 - Apoyo para la prevención de problemas psicológicos en la madre.
- **Perfil 3:** Paciente segura de la instauración de lactancia artificial; Objetivos:
 - Información de productos lácteos artificiales: tipos, preparación de biberones.
 - Para este grupo resulta especialmente relevante el apoyo psicológico y emocional para la prevención de problemas psicológicos de culpabilidad que pudieran surgir. Se enseñarán técnicas de vinculación con el recién nacido.

Una vez identificado el perfil al que corresponde la mujer se realizará la educación sanitaria. La enfermera deberá estar presente en la primera toma del recién nacido.

Estos perfiles representan pacientes-tipo, pero pueden existir mujeres que no se ajusten a ninguno de ellos. Para ello se recomienda al profesional sanitario la valoración individualizada de la información que la paciente desea obtener, pudiendo escoger partes de información seleccionadas para los distintos perfiles.

8.4.1. Educación en la paciente segura de la instauración de la lactancia materna: Perfil 1.

En el primer contacto con la madre y el recién nacido se deberá crear un clima de confianza, proporcionando un ambiente tranquilo, no debe haber excesivo ruido y deberá respetarse la intimidad de la madre. Ofreceremos la posibilidad de involucrar al padre y hacerle partícipe de la alimentación de su hijo, aconsejando su presencia.

Deberemos presentarnos (Ej: “Soy Itziar, la enfermera que le va a llevar durante esta mañana”) así mostraremos cercanía y confianza.

Primero se observará la primera toma del recién nacido y su puesta al pecho. Se darán pautas sencillas sobre la técnica y se corregirán aquellas que sean incorrectas. No consiste únicamente en corregir sino que también es necesario justificar cada actitud para afianzar la capacidad de amamantar de la madre. ⁽²⁴⁾

Es posible que los primeros días el bebé esté más adormilado. Es necesario informar a la madre de ello para que no se alarme. A menudo se preocupan porque el recién nacido no es capaz de agarrarse al pecho por este motivo, o porque no se despierta para mamar. Por ello, se darán pautas para que la madres sean capaces de responder a este “problema”: El bebé debe mamar a demanda, uno de los signos de hambre en el recién nacido es el llanto. Si éste no se da en cuatro horas la madre debe ponerlo al pecho y estimular su amamantamiento.

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: se evitará el dolor durante la succión y la aparición de grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: “ombligo con ombligo”). ⁽²⁴⁾

Independientemente de la postura adoptada, debe ser el bebé quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta y está tragando aire. ⁽²⁴⁾

Cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, como cada madre tiene su propio ritmo de salida de leche: la madre y su bebé se regulan entre sí. Sabrán si el bebé ha terminado cuando rechace el pecho.

Se deben ofrecer siempre los dos pechos, empezando por el último en la toma anterior; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero.

Si con la succión traga aire, es aconsejable facilitar el eructo, para lo cual basta con mantener al niño o la niña apoyada sobre el hombro de la madre o sobre el del padre o

pareja. No es necesario dar golpecitos, con un suave masaje en la espalda es suficiente. Tampoco es necesario estar mucho rato, si no eructa en 2 minutos se recomendará acostarle. Para finalizar, debemos preguntar a la madre cómo se siente durante la toma. ⁽²⁴⁾

Tras haber observado y ayudado a la madre durante la primera toma, deberemos respetar el descanso de ambos, madre y recién nacido.

La Asociación Española de Pediatría propone una tabla con diferentes ítems a valorar tras observar la puesta al pecho. Ésta se clasifica en signos de alerta, en los que será necesaria una intervención posterior de reeducación a ayuda a la madre, y en signos de normalidad que demuestran que la técnica se está llevando a cabo correctamente. También nos proporciona pautas sobre aspectos a fijarnos durante la observación de la toma.

Tabla orientativa a la hora de observar y valorar una toma de lactancia	
Nombre:	
Hora inicio de la mamada:	
Signos de normalidad:	Signos de alerta:
Posición	
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinada sobre el bebé
Bebé muy junto y bien encarado	Bebé separado de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	El bebé ha de torcer o doblar el cuello
El mentón toca el pecho	El mentón no toca el pecho.
Bebé bien sujeto por detrás	Sólo sujeta el hombro o la cabeza
Respuestas	
Busca el pecho si tiene hambre	El bebé no responde al pecho
Movimientos de búsqueda	No hay reflejo de búsqueda
Explora el pecho con la lengua	No muestra interés por el pecho
Mama tranquilo y despierto	Bebé inquieto y lloroso
Se mantiene en el pecho	Se le escapa el pecho
Signos de eyección de leche	No se observan signos de eyección (goteo...)
Vínculo afectivo	
Abrazo seguro y confiado	Abrazo nervioso o flojo
La madre le mira a la cara	No hay contacto visual entre ambos
La madre le acaricia	Apenas le toca, o le sacude y atosiga
Anatomía	
Pechos blandos después de la toma	Pechos ingurgitados
Pezones salientes, protáctiles	Pezones planos o invertidos
Piel de aspecto sano	Piel irritada o agrietada
Pecho redondeado durante la toma	Pecho estirado
Succión	
Boca muy abierta	Boca poco abierta, "morrito"
Labio inferior doblado hacia afuera	Labio inferior doblado hacia adentro
La lengua rodea el pecho	No se ve la lengua
Mejillas redondeadas	Mejillas tensas o hundidas
Más areola por encima de la boca	Más areola por debajo de la boca
Succión lenta y profunda, con pausas	Chupadas rápidas
Se ve u oye cómo traga	Se oyen chasquidos
Duración	
Suelta el pecho espontáneamente	La madre lo saca del pecho
Hora en que acaba la mamada:	Tiempo de succión en minutos:

Tabla 8. Evaluación de la primera toma. Fuente: Manual Práctico de Lactancia Materna. González C.

Tras la evaluación de la primera toma, se hará un seguimiento menos detallado de las siguientes. Se comprobará como mínimo una vez por turno la correcta realización de la técnica y el estado de las mamas: existencia de grietas, moratones, enrojecimiento, congestión mamaria, secreción láctea,... con el fin de prevenir y detectar precozmente las patologías benignas de mama.

Durante los primeros días de amamantamiento es posible que se den una serie patologías benignas de mama que provoquen el deseo en la mujer de abandonar la lactancia materna precozmente. Por ello, es importante la actitud de la enfermera a la hora de informar sobre ellas de forma adecuada.

a. Dolor al inicio de la succión

Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera.

Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grietas,... En estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

Si aparece dolor se deberá cambiar de postura al bebé ya que probablemente la técnica de lactancia no es la correcta. Para retirarlo del pecho es importante enseñar a la madre a introducir un dedo por la comisura de la boca del recién nacido para así deshacer el vacío y que la retirada no sea dolorosa o provoque la aparición de hematomas en el pezón. ⁽²⁴⁾

b. Grietas en el pezón

Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir: ⁽²⁴⁾

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre.
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera.
- No se debe limitar el tiempo de succión.
- La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.
- Actualmente existen las llamadas “conchas de lactancia” o “conchas protectoras de pezones”. Creadas originalmente en Inglaterra, están indicadas para la protección de pezones agrietados y/o doloridos, durante la lactancia. Se trata de unos cojines de silicona que protegen los pezones, creando un espacio libre entre el pezón y la ropa, haciendo

que las grietas puedan curarse con mayor rapidez. La suave presión que ejerce en el pecho ayuda a aliviar la congestión y los orificios permiten la circulación de aire. Además contienen un depósito que recoge las fugas de leche.



Ilustración 12.
Concha de
lactancia. Fuente:
Google imágenes.

c. Congestión mamaria

Consiste en la inflamación de las mamas y puede impedir el flujo de leche. Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda.

El calor local húmedo (ducha de agua caliente) o seco (manta eléctrica), antes de las tomas, facilita la salida de la leche. También se puede vaciar un poco el pecho manualmente. Tras la toma puede aplicarse frío.

Si es posible, se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos. ⁽²⁴⁾

8.4.2. Educación en la paciente segura de la instauración de la lactancia artificial: Perfil 3.

La principal información para este tipo de lactancia consiste en la adecuada preparación de biberones. Durante el ingreso hospitalario se proporcionan biberones preparados a demanda. Su marca comercial es Enfalac®, de 20 a 30 mL. pero es necesario instruir a los padres en esta labor para la alimentación del bebé tras el alta.

Preparación de biberones ⁽¹³⁾:

1º Hervir un volumen suficiente de agua limpia. Si se utiliza un hervidor automático, se esperará hasta que éste se desconecte; en otro caso, se esperará hasta que el agua hierva con fuerza.

Nota: Nunca se utilizarán hornos microondas para la preparación de PPL pues el calentamiento no es uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” capaces de quemar la boca del bebé.

2º Dejar enfriar el agua un máximo de 30 minutos después de la ebullición.

3º Se medirá la cantidad exacta de polvo con arreglo a las instrucciones del envase y se añadirá al agua.

a. Si se utilizan biberones; se agitará o moverá suavemente hasta que los ingredientes se hayan mezclado debidamente.

b. Si se utilizan tazas; se mezclarán los ingredientes por completo, removiendo con una cuchara limpia.

- 4º Inmediatamente después de la preparación, se enfriarán rápidamente las tomas hasta la temperatura apropiada para la administración, sumergiendo la taza o el biberón bajo el chorro del grifo o en un recipiente con agua fría o con hielo.
- 5º Comprobar la temperatura antes de la toma y alimentar a tu bebé.

Es muy importante en este tipo de pacientes no hacer juicios de valor y respetar las decisiones tomadas. Se le proporcionará el mismo apoyo que a cualquier otra madre. En estas mujeres se harán recomendaciones para establecer vínculos afectivos con el bebé y para ello se instruirá en cómo realizar el masaje infantil.

Como se ha mencionado anteriormente, esta educación se complementará con la información en soporte papel, formato tríptico (anexo 3). Incluirá los siguientes datos para cada uno de los perfiles:

Información para perfil tipo 1: Paciente segura de la instauración de lactancia materna.

- Beneficios.
 - Para el bebé.
 - Para la madre.
- Técnica del amamantamiento.
 - El agarre.
 - Duración de la toma.
 - Posturas.
- Establecimiento de vínculos afectivos con el bebé.

Información para perfil tipo 3: Paciente segura de la instauración de lactancia artificial, por causas ajenas a las contraindicadas.

- Introducción.
- Leches artificiales.
 - Leches de inicio.
 - Leches de continuación.
- Técnica de preparación de biberones.
- Establecimiento de vínculos afectivos con el bebé.

8.5. Evaluación del plan.

Tras la realización de este proyecto sobre la formación de mujeres en la alimentación de sus hijos recién nacidos, se realizará un proceso de autoevaluación del mismo. Éste se llevará a cabo en dos niveles; el primero de ellos se realizará a nivel hospitalario, al alta materna y el segundo a nivel comunitario en el centro de salud, pasado un mes tras el nacimiento.

8.5.1. Evaluación a nivel hospitalario.

Habitualmente, en el Hospital de Navarra las mujeres ingresadas en la primera planta de maternidad reciben el alta materna a los tres días de dar a luz, al igual que el recién nacido. Cabe la posibilidad de solicitar el alta voluntaria, por lo que hay mujeres que abandonan el hospital antes de los tres días.

Este plan contempla la evaluación únicamente de aquellas madres que reciben el alta médica tras 72 horas postparto, ya que considero que una intervención con duración menor a ésta no es del todo eficaz.

Para llevar a cabo esta evaluación se pasará un cuestionario con preguntas abiertas a las madres sobre la satisfacción de la información y la atención recibida en el centro. La encuesta (anexo 2) estará formada por 8 preguntas cerradas y 1 abierta en la que también se ofrece la posibilidad de exponer ideas y opiniones. Irán dirigidas al trato recibido, la utilidad de la información, la percepción de ayuda y resolución de conflictos en las decisiones.

De esta manera podrá evaluarse la utilidad del proyecto y el logro de los objetivos propuestos.

Con el resultado de esta encuesta podemos detectar problemas a lo largo del desarrollo del plan. Con las preguntas 1 y 2 podremos conocer el tipo de alimentación que ha escogido la mujer y el momento en el que la ha escogido, para así estimar cuántas acuden al ingreso sin una decisión tomada y la dimensión de la necesidad de asesoramiento.

Con la pregunta 3 veremos si la información que se les ha proporcionado les ha sido útil y el plan cumple su objetivo de eficacia.

Con la pregunta 4 podremos saber si la información ha sido suficiente o si por el contrario sería necesaria su ampliación.

Respecto a la pregunta 5 averiguaremos si la información y ayuda proporcionada ha sido la adecuada.

Las preguntas 6, 7 y 9 nos darán información acerca de la actitud y actuación del personal sanitario.

Finalmente, con la pregunta 8 se podrá ver reflejada una posibilidad de abandono precoz de la lactancia materna o de sentimiento de culpabilidad en caso de lactancia artificial.

Por otro lado, al alta del recién nacido también tendremos en cuenta las variaciones de peso de éste durante su estancia hospitalaria. Aunque 72 horas no se consideran suficientes para darse por asentada la lactancia, debemos considerar estos datos para determinar la eficacia de la lactancia establecida durante este período. Será función del pediatra valorar el tipo de fórmula indicada en caso de lactancia artificial, o la instauración de lactancia mixta en caso de alimentación con leche materna, si la pérdida de peso del recién nacido es superior al 10% respecto al peso al nacer.

8.5.2. Evaluación a nivel comunitario.

El seguimiento normal del recién nacido tras el nacimiento se realiza a través del pediatra y la enfermera de pediatría en el centro de salud correspondiente, por lo que será necesaria la colaboración de los mismos.

El Complejo Hospitalario atiende partos de mujeres procedentes de las Áreas I (Navarra-norte) y II (Navarra-este), compuesta a su vez por 39 zonas básicas de salud (anexo 4), por lo que será necesario informar a los centros de salud correspondientes de la elaboración de este plan, para que se sea posible llevar a cabo la evaluación a este nivel.

Ésta será realizada a los 4 meses tras el nacimiento del bebé. En la consulta de enfermería se recogerán los siguientes datos:

- Datos antropométricos: Peso, talla, perímetro cefálico.
- Desarrollo psicomotriz.

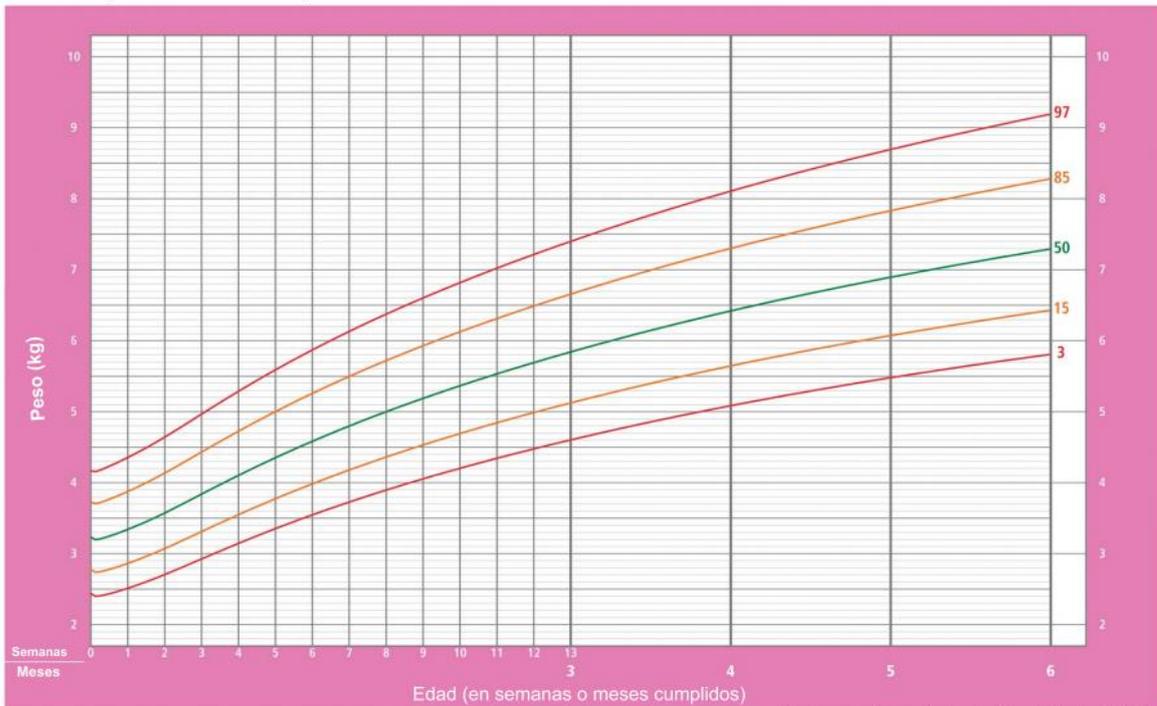
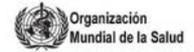
Los resultados antropométricos nos proporcionan información sobre el desarrollo del niño y por tanto, podremos determinar si la alimentación con leche materna o artificial está cubriendo las necesidades del bebé.

Además de todo lo mencionado anteriormente, incluiremos una entrevista con la madre para recoger aspectos relacionados con la lactancia. Se realizarán las siguientes cuestiones:

1. ¿Continúa con la lactancia escogida tras el parto?
2. En caso de que la respuesta sea “no”, ¿por qué decidió cambiarla?
3. Tras el alta, ¿presentó alguna dificultad a la hora de alimentar a su hijo? ¿Cuál fue? ¿Dónde acudió a pedir ayuda? ¿Fue resuelto dicho problema o dificultad?
4. ¿Cree que la información recibida en el hospital durante su ingreso postparto tuvo que ver con el tipo de lactancia escogida?
5. ¿Fue de utilidad esta información?
6. ¿Cómo describiría la experiencia vivida con la lactancia (materna/artificial)?

Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 6 meses)

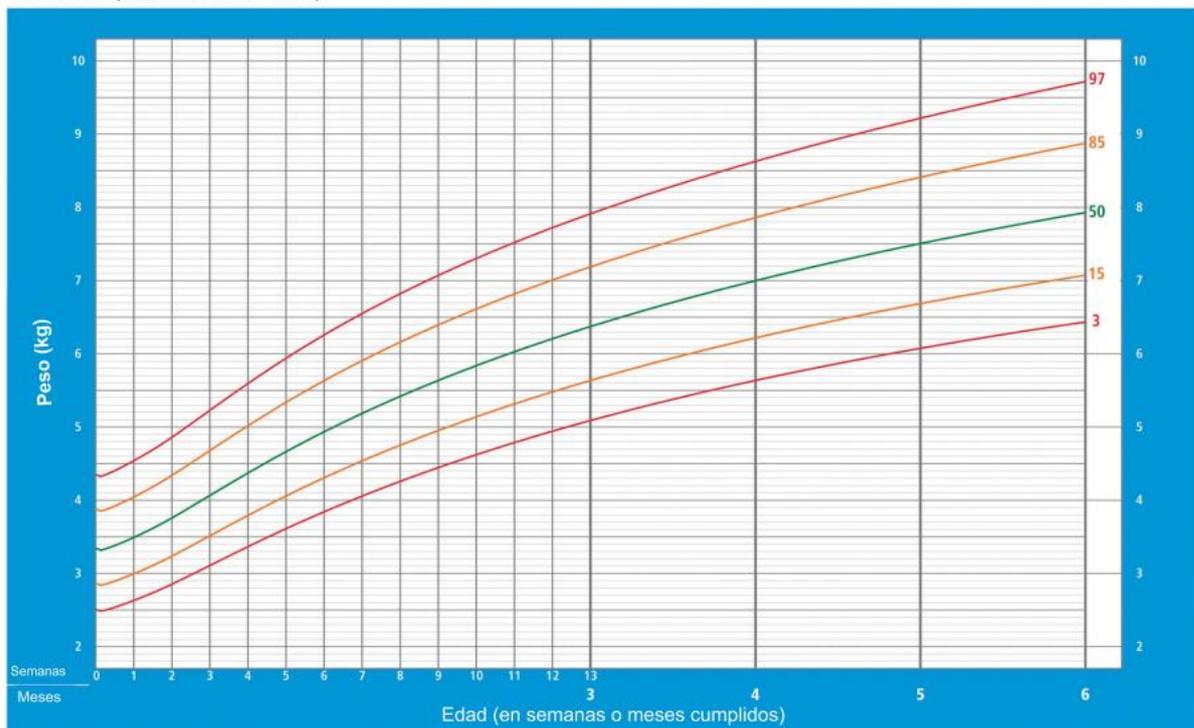
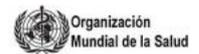


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Tabla 9. Patrones de crecimiento infantil niñas (0-6 meses). Fuente OMS

Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 6 meses)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Tabla 10. Patrones de crecimiento infantil niños (0-6 meses). Fuente OMS

9. CONCLUSIÓN.

- Actualmente, la educación para la lactancia en Navarra a nivel postnatal no se desarrolla según las recomendaciones propuestas por organismos internacionales (OMS, AEP,...). Además presenta muchas debilidades a nivel interno, es decir, en los hospitales de maternidad, ya que no es una actividad que prevalezca sobre las demás, quedando ésta en segundo plano.
- Queda demostrado que la educación temprana en las prácticas de lactancia influyen de manera considerable en el mantenimiento de la misma.
- La forma de alimentación ideal para el recién nacido es la leche materna, el calostro durante los primeros días y la leche madura durante los seis primeros meses de vida.
- La correcta técnica de preparación de biberones previene la aparición de ciertas enfermedades en el recién nacido. Ya sea por falta de higiene o por concentraciones inadecuadas.
- A pesar de que existen leyes que regulan y protegen a las madres lactantes en el ámbito laboral, este hecho continúa siendo una de las principales razones por las que se abandona la lactancia.
- La responsabilidad de la enseñanza en la lactancia debería recaer sobre los profesionales sanitarios cualificados para esta labor.
- Es importante tener en cuenta que la lactancia materna no debe imponerse, sino recomendarse, informando objetivamente sobre los beneficios que aporta, tanto a la madre como al recién nacido.
- No debe juzgarse a las mujeres que optan por la alimentación de sus hijos con leches de fórmula, ya que existen razones (médicas, sociales, laborales, psicológicas...) que justifican esta decisión.
- Actualmente, la leche artificial para lactantes está preparada para satisfacer completamente sus necesidades nutricionales.
- Según la OMS, las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado.

10. ANEXOS.

Anexo 1. Cronograma. Fuente: Elaboración propia.

ETAPA DEL PROYECTO	FECHA INICIO	FECHA FIN
Contacto con supervisora de planta y jefe de unidad	01/09/2014	
Presentación del programa al personal sanitario implicado : Hospitalario	08/09/2014 → 1ª sesión	15/09/2014 → 2ª sesión
Presentación del programa al personal sanitario implicado: At. Primaria	17/09/2014	18/09/2014
Desarrollo completo estimado	01/09/2014	30/12/2015
- 1º Implantación	01/10/2014	01/06/2015
- 2º Evaluación	01/03/2015	01/12/2015

Anexo 2. Encuesta de satisfacción. Fuente: Elaboración propia.

1) **¿Qué tipo de lactancia ha decidido instaurar?**

Lactancia materna Lactancia artificial Todavía no lo sé

2) **¿En qué momento tomó esa decisión?**

Durante el embarazo Durante el ingreso posparto Otro: _____

3) **¿La información proporcionada durante el ingreso le ha ayudado en la lactancia?**

Mucho
 Bastante
 Regular
 Poco
 Nada

4) **¿Le hubiera gustado recibir información acerca de algún otro tema? ¿Cuál?**

Sí No

5) **¿Ha tenido alguna dificultad en la instauración de la lactancia (materna o artificial)?**

Sí No

6) **En caso de respuesta afirmativa en la pregunta anterior: ¿Ha sido resuelta?**

Sí No

7) **¿Se ha sentido apoyada por el personal sanitario que le atendió en la planta?**

Mucho
 Bastante
 Regular
 Poco
 Nada

8) **¿Se siente satisfecha con la decisión tomada?**

Sí No

9) **¿Está conforme con la atención recibida durante su ingreso? Si tiene alguna observación o sugerencia, puede exponerla aquí.**

Sí No

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 3. Trípticos. Fuente: Elaboración propia.

Páginas web recomendadas

Asociación Española de Pediatría. Comité de lactancia materna:
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>.

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. UNICEF. Grupos de apoyo a la lactancia en Navarra:
<http://www.ihan.es/index3.asp?IdProvincia=31>

La liga de la leche:
http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/index.htm





Universidad Pública de Navarra
Unibertsitate Publikoa



COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA



LACTANCIA MATERNA

¿QUÉ BENEFICIOS APORTA?

LACTANCIA NATURAL



La leche materna es el alimento más adecuado y natural para su bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades, ya que proporciona los

nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo.

La OMS recomienda el calostro: la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo, como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.



BENEFICIOS PARA EL BEBÉ

- ◊ Favorece un crecimiento y desarrollo óptimos.
- ◊ Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, catarros, neumonías, otitis.
- ◊ Disminuye el riesgo de muerte súbita, sobrepeso, obesidad y de enfermedad celíaca.
- ◊ Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
- ◊ Disminuye la aparición de problemas inmunológicos: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.

- ◊ Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- ◊ Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- ◊ Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- ◊ Disminuye el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas por osteoporosis.

BENEFICIOS PARA LA MADRE

- ◊ Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente (entuerzos), disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia.

ALIMENTACIÓN DURANTE LA LACTANCIA

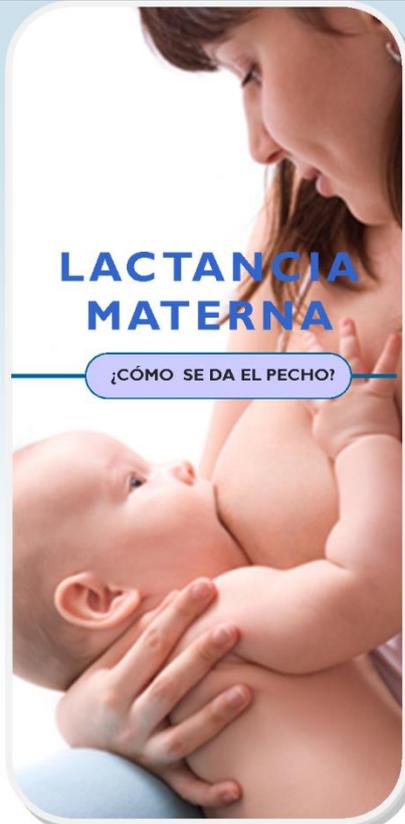
Se recomienda comer granos y cereales integrales, frutas y vegetales frescos, y alimentos que suministren suficientes dosis de proteínas, calcio y hierro. Mientras que unas mamás pierden mucho de peso mientras amamantan, otras no pierden casi nada. Todo depende de tu cuerpo, tu alimentación, tu grado de actividad así como de tu metabolismo. Es recomendable incrementar el consumo de calorías de 200 a 500 al día.

Páginas web recomendadas

Asociación Española de Pediatría. Comité de lactancia materna
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>.

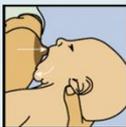
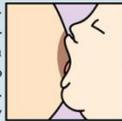
Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. UNICEF. Grupos de apoyo a la lactancia en Navarra:
<http://www.ihan.es/index3.asp?IdProvincia=31>

La liga de la leche:
<http://www.laligadelaleche.es/>



TÉCNICA

Para que el bebé se agarre frente al pezón contra su labio inferior hasta que abra bien la boca y entonces acérquelo al pecho con un movimiento decidido. Acérquese el bebé al pecho y no el pecho al bebé. Tripa con tripa.



La boca del bebé debe estar muy abierta con los labios evertidos. El labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola. Su barbilla pegada al pecho y la nariz rozándolo.

Cuando la succión produce dolor es un signo de agarre incorrecto. Para corregirlo tire de su barbilla hacia abajo: abrirá más la boca y colocará bien su labio inferior. Si por cualquier circunstancia necesita retirarlo del pecho, introduzca un dedo en la comisura de su boca para que se deshaga el vacío y evitar molestias.



El bebé tiene que soltar el pecho espontáneamente, ofrézcale otra vez el mismo pecho hasta que lo rechace (señal de que lo ha vaciado) y después puede ofrecerle el otro pecho si lo quiere.

TÉCNICA



Dado que en la mayoría de los casos el bebé mama de los dos pechos, es recomendable que en la siguiente toma se comience por el pecho por el que se finalizó la vez anterior, ya que de esta forma podrá tener la seguridad de que, al menos en tomas alternas, ambos pechos se vacían de forma completa.

Es aconsejable facilitarle el eructo tras la toma, para lo cual basta con mantenerlo erguido y apoyado sobre su hombro dándole un suave masaje sobre la espalda (no es necesario darle golpecitos). Si la toma ha sido tranquila, sin tragar aire, es probable que no necesite eructar por lo que tras dos minutos, no insista más.



POSTURAS



POSICIÓN DE CUNA



POSICIÓN ACOSTADA



POSICIÓN DE BALÓN DE RUGBY



POSICIÓN DE CUNA CRUZADA

Páginas web recomendadas

<http://www.vivirlamaternidad.com/>

<http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/parto-recien-nacido>

<http://www.aepap.org/familia/extralacmate.htm>



LACTANCIA ARTIFICIAL

¿CÓMO PREPARAR UN BIBERÓN?



TÉCNICA DE PREPARACIÓN DE BIBERONES



1. Lavar las manos y desinfectar la superficie sobre la que se vaya a preparar el biberón.

2. Hervir un volumen suficiente de agua limpia, esperar hasta que hierva con fuerza. Nota: el agua embotellada no es estéril y debe hervirse igualmente.



Se recomienda no utilizar microondas, pues el calentamiento no es uniforme y pueden producirse "bolsas calientes" que pueden quemar la boca del bebé.

3. Dejar enfriar el agua un máximo de 30 minutos después de la ebullición y verter la cantidad apropiada en una taza o un biberón limpios y esterilizados.



4. Medir la cantidad exacta de polvo según a la instrucciones del envase y



5. Agitar o mover suavemente hasta que los ingredientes se hayan mezclado debidamente, cuidando de evitar las quemaduras.

Inmediatamente después de la preparación, dejar enfriar la toma hasta la temperatura apropiada para la administración. Puede hacerlo sumergiendo la taza o el biberón bajo el chorro del grifo o en un recipiente con agua fría.

Secar el exterior del biberón o la taza con un paño limpio o desechable.



6. Es importante comprobar la temperatura de la toma antes de ofrecerla al bebé para no quemar su boca. En caso necesario, se se-

guirá enfriando.

7. Desechar la leche que no se haya utilizado en un plazo de dos horas tras su preparación.

Lo ideal es preparar el biberón inmediatamente antes de su utilización, hay ocasiones en que es preciso preparar tomas con antelación. A continuación se indica la forma más segura de preparar y conservar las tomas para su utilización posterior.

1. Seguir los pasos 1 a 5 de la sección anterior.

2. Las tomas enfriadas se introducirán en el frigorífico. La temperatura de éste no superará los 5 °C.



EL APEGO

¿ CÓMO ESTABLECER VÍNCULOS AFECTIVOS CON SU BEBÉ A TRAVÉS DEL MASAJE INFANTIL?

Páginas web recomendadas

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/bonding_esp.html

<http://www.guiainfantil.com/blog/960/la-comunicacion-y-el-vinculo-del-papa-con-su-bebe.html>



upna
Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

+N COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

EL MASAJE INFANTIL

Las palabras masaje infantil engloban una serie de técnicas de tacto, voz y mirada, que se han ido entrelazando creando una estructura que aporta grandes beneficios tanto a los padres como a los niños. Con él se pretende:

- ◊ Estimular el sistema nervioso, respiratorio, gastrointestinal, circulatorio, endocrino, inmunológico, linfático y muscular.
- ◊ Crear un entorno de relajación complementario a la estimulación, formando entre ellos un equilibrio.
- ◊ Fomentar la creación de lazos entre padre/madre y bebé, y favorecer la comunicación entre ellos.
- ◊ El masaje infantil se puede practicar desde la tercera semana de vida.

Puede practicarse desde la tercera semana de vida. El masaje lo dará una sola persona, con las manos limpias y sin joyas. Colocar al bebé sobre una superficie blanda y desnudarlo. Pueden usarse aceites infantiles. Y escuchar música tranquila. La duración del masaje será la que tolere el bebé.

PIERNAS

Es buena idea empezar con sus piernas, porque son menos sensibles que otras partes de su cuerpo. Agárrele un muslo con ambas manos y empuje hacia abajo primero con una mano y luego con la otra, apretando suavemente, como si estuviera "ordeñando" su pierna. Repita lo mismo en la otra pierna.



PIES

Tómele un pie y gírelo suavemente en círculos unas cuantas veces en cada dirección. Después acarícelo con una suave presión la parte de arriba de su pie desde el tobillo hasta los dedos. Repita lo mismo en el otro pie.



Use los pulgares para trazar círculos en toda la planta de cada pie.



BRAZOS / MANOS

Tome uno de sus brazos y repita el movimiento de "ordeñar" desde su axila hasta su muñeca. Después tome su mano y gire su muñeca suavemente en círculos unas cuantas veces en cada dirección.

Trace diminutos círculos en toda la palma de cada mano con sus pulgares.

PECHO

Junte sus manos como el gesto de rezar sobre su pecho. Después abra las manos y muévalas hacia los lados apretando muy suavemente con las palmas planas. Repítalo varias veces.



ESPALDA

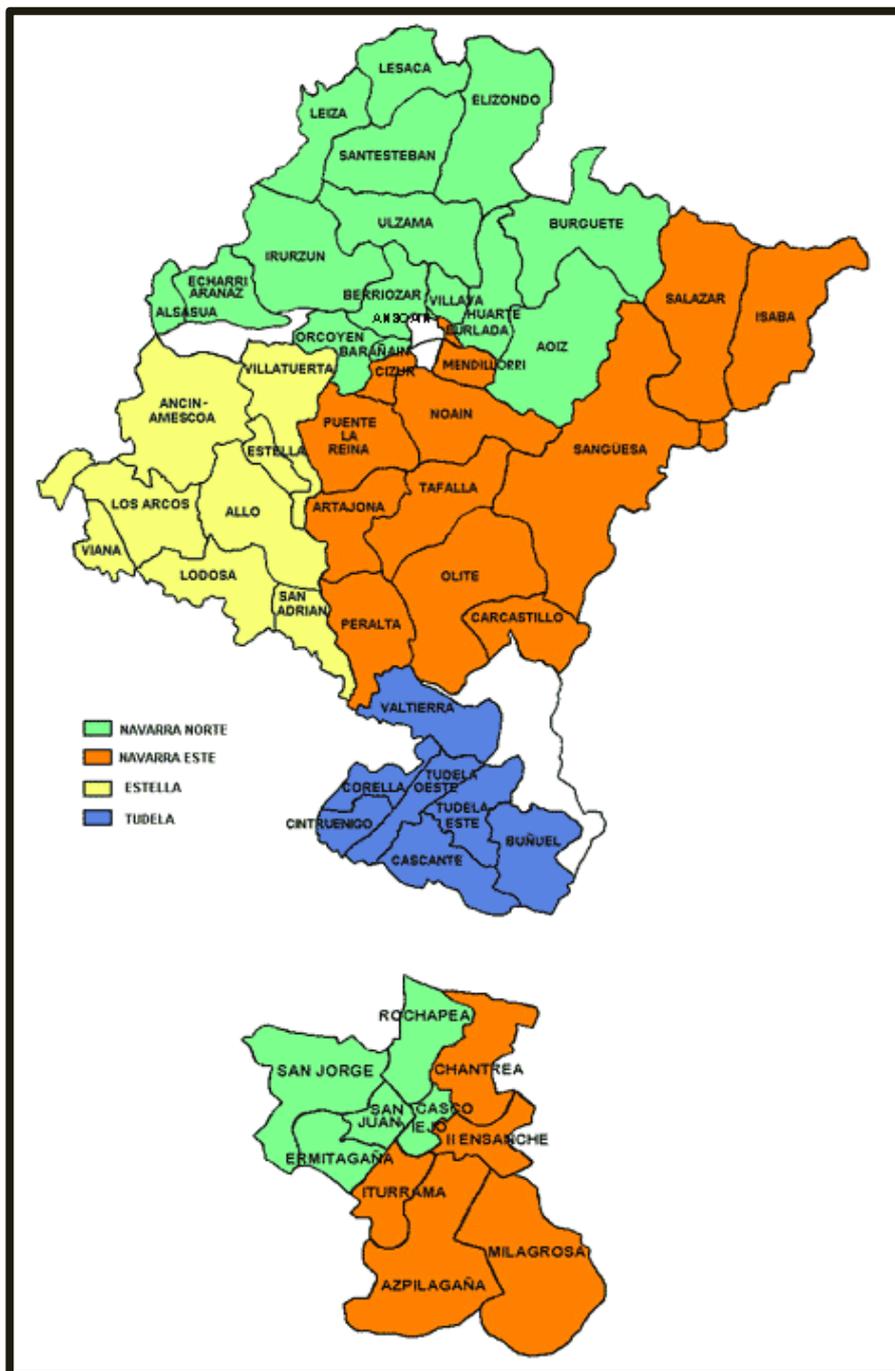


Coloque al bebé boca abajo. Trace círculos diminutos con las puntas de los dedos, a cada lado de su espina dorsal, desde el cuello hasta las nalgas.

Acabe con unas caricias largas y firmes desde sus hombros hasta sus pies. Cuando termine, póngale el pañal y abrácelo o dele el pecho. Probablemente el bebé se quede adormilado de inmediato.



Anexo 4. Zonificación sanitaria en Navarra. Fuente: Gobierno de Navarra. ⁽²⁶⁾



La Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Foral se estructura en las siguientes zonas básicas de salud:

1. Lesaca. Comprende los municipios de: Lesaca, Yanci, Vera de Bidasoa, Aranaz y Echalar.

2. Santesteban. Comprende los municipios de: Santesteban, Sumbilla, Labayen, Bertizarana, Ituren, Saldías, Donamaría, Elgorriaga. Urroz de Santesteban, Oiz, Zubieta, Ezcurra y Erasun.
3. Elizondo. Comprende los municipios de: Valle de Baztán, Urdaz y Zugarramurdi.
4. Ulzama. Comprende los municipios de: Basaburua Mayor, Lanz, Ulzama, Valle de Anué, Valle de Odieta y la localidad de Anoz (Ayuntamiento de Ezcabarte).
5. Burlada. Comprende el municipio de Burlada.
6. Villava. Comprende los municipios de: Villava, Valle de Ezcabarte (excepto Anoz) y Valle de Olaibar.
7. Huarte. Comprende los municipios de: Valle de Esteribar, Huarte y Valle de Egués (excluidos: Badostáin. Sarriguren, Ardanaz y Mendillorri).
8. Aoiz. Comprende los municipios de: Aoiz, Valle de Arce, Valle de Lizoáin, Urroz, Valle de Lónguida, Izagaondo (excepto el Concejo de Induráin), Oroz-Betelu y Valle de Unciti.
9. Burguete. Comprende los municipios de: Burguete, Orbaiceta, Arive, Villanueva de Aézcoa, Valle de Erro, Orbara, Garayoa, Roncesvalles, Aria, Abaurrea Baja, Valcarlos, Garralda y Aburrea Alta.
10. Alsasua. Comprende los municipios de: Alsasua, Olazagutía y Ciordia.
11. Echarri-Aranaz. Comprende los municipios de: Urdiáin, Iturmendi, Bacaicoa, Echarri-Aranaz, Arbizu, Valle de Ergoyena y Lacunza.
12. Irurzun. Comprende los municipios de: Valle de Araquil, Valle de Araiz, Irañeta, Valle de Imoz, Betelu, Arruazu, Valle de Larráun, Huarte Araquil, y las localidades de Aguinaga, Cía y Gulina (de la Cendea de Iza).
13. Leiza. Comprende los municipios de: Leiza, Areso, Arano y Goizueta.
14. Berriozar. Comprende la Cendea de Ansoáin (excluido el Concejo de Ansoáin), Cendea de Iza (excluidos Gulina, Aguinaga, Cía e Iza), municipio de Juslapeña y Valle de Atez.
15. Orcoyen. Comprende los municipios de: Valle de Olza, Echaui, Vidaurreta, Valle de Goñi, Ciriza, Zabalza, Valle de Olo, Echarri, Belascoáin, y el Concejo de Iza (de la Cendea de Iza).
16. Sanguesa. Comprende los municipios de: Sanguesa, Lerda, Sada de Sanguesa, Yesa, Peña, Eslava, Aibar, Javier, Cáseda, Ezprogui, Lumbier, Valle de Romanzado, Gallipienzo, Leache, Liédena, Petilla de Aragón, Urraúl Alto, Urraúl Bajo y el Concejo de Induráin (del municipio de Izagaoando).
17. Valle de Salazar. Comprende los municipios de: Navascués, Sarriés, Ezcároz, Izalzu, Gallués, Esparza, Jaurrieta, Guesa, Oronz y Ochagavía.
18. Isaba. Comprende los municipios de: Isaba, Garde, Uztárroz, Castillonuevo, Roncal, Vidángoz, Burgui y Urzainqui.
19. Noáin. Comprende los municipios de: Valle de Elorz, Valle de Ibargoiti, Galar, Unzué, Biurrun, Olóriz (excepto los concejos de Mendivil y Solchaga), Tiebas y Monreal.
20. Puente la Reina. Comprende los municipios de: Puente la Reina, Uterga, Guirguillano, Obanos, Legarda, Cirauqui, Muruzábal, Artazu, Mañeru, Mendicorría, Adiós, Tirapu, Ucar, Olcoz, Añorbe y Enériz.
21. Cizur-Echavacoiz. Comprende la Cendea de Cizur (excluido Barañáin) y las secciones 12, 13 y 14 del municipio de Pamplona (barrio de Echavacoiz).

22. Estella. Comprende los municipios de: Estella, Aberin, Ayegui, Morentin y Bearin (del Valle de Yerri).
23. Villatuerta. Comprende los municipios de: Villatuerta, Abárzuza, Lezáun, Oteiza, Guesálaz, Valle de Yerri (excluido Bearin) y Salinas de Oro.
24. Allo. Comprende los municipios de: Allo, Arellano, Luquin, Lerín, Arróniz, Igúzquiza, Dicastillo, Barbarin y Villamayor de Monjardín.
25. Ancín-Améscoa. Comprende los municipios de: Eulate, Valle de Allín, Názar, Olejua, Valle de Lana, Metauten, Mirafuentes, Oco, Larraona, Murieta, Piedramillera, Legaria, Aranarache, Ancín, Sorlada, Abáigar, Améscoa Baja, Mendaza, Etayo y Zúñiga.
26. Los Arcos. Comprende los municipios de: Los Arcos, Aguilar de Codés, Mues, El Busto, Armañanzas, Espronceda, Torres del Río, Sansol, Azuelo, Bargaota, Desojo y Torralba del Río.
27. Viana. Comprende los municipios de: Viana, Cabredo, Aras, Genevilla, Lapoblación y Marañón.
28. Lodosa. Comprende los municipios de: Lodosa, Mendavia, Sesma, Lazagurría y Sartaguda.
29. San Adrián. Comprende los municipios de Cárcar, Azagra, Andosilla y San Adrián.
30. Tafalla. Comprende los municipios de: Tafalla, Garinoain, Puello, Arisoain, Barásoain, Valle de Leoz y los Concejos de Mendivil y Solchaga (del municipio de Oloriz).
31. Artajona. Comprende los municipios de: Artajona, Berbinzana, Miranda de Arga y Larraga.
32. Carcastillo. Comprende los municipios de: Carcastillo, Mélida, Santacara y Murillo el Fruto.
33. Olite. Comprende los municipios de: Olite, Murillo el Cuende, Beire, Caparroso, Pitillas, San Martín de Unx y Ujué.
34. Peralta. Comprende los municipios de: Falces, Peralta, Funes y Marcilla.
35. Tudela este. Comprende los distritos III y IV del municipio de Tudela y el municipio de Fontellas.
36. Tudela oeste. Comprende los distritos I y II del municipio de Tudela.
37. Valtierra. Comprende los municipios de: Villafranca, Valtierra, Milagro, Arguedas y Cadreita.
38. Corella. Comprende los municipios de Corella y Castejón.
39. Cintruénigo. Comprende los municipios de Cintruénigo y Fitero.
40. Cascante. Comprende los municipios de: Murchante, Monteagudo, Cascante, Barillas, Tulebras y Ablitas.
41. Buñuel. Comprende los municipios de: Cabanillas, Buñuel, Fustiñana, Cortes y Ribaforada.
42. Casco Viejo-I, ensanche. Comprende el distrito I y las secciones 3, 4 y 5 del distrito II, del municipio de Pamplona.
43. Ensanche II. Comprende el distrito II (excepto secciones 3, 4 y 5) y las secciones 8 y 11 del distrito V, del municipio de Pamplona.
44. Milagrosa. Comprende las secciones 2 y 11 del distrito IV y el distrito V (excepto secciones 8 y 11) del municipio de Pamplona.

45. Iturrama. Comprende el distrito IV (excepto secciones 2, 11, 12, 13 y 14) del municipio de Pamplona.
46. Barañáin. Comprende el municipio de Barañáin.
47. Ermitagaña. Comprende las secciones 14, 20, 21, 22 y 23 del distrito III del municipio de Pamplona.
48. San Juan. Comprende el distrito III (excepto secciones 14, 20, 21, 22 y 23) del municipio de Pamplona.
49. San Jorge. Comprende el distrito VII (excepto secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 18 y 19) del municipio de Pamplona.
50. Rochapea-Ansoáin. Comprende las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 18 y 19 del distrito VII, del municipio de Pamplona. Comprende el Concejo de Ansoáin.
51. Chantrea. Comprende el distrito VI del municipio de Pamplona.

Las zonas básicas se agrupan en las áreas de salud siguientes:

- **Área I (Navarra-norte).** Comprende las zonas básicas de: Lesaca, Santesteban, Elizondo, Ulzama, Huarte, Aoiz, Burguete, Burlada, Villava, Chantrea, Alsasua, Echarri-Aranaz, Irurzun, Leiza, Berriozar, Orcoyen, Rochapea-Ansoáin, San Jorge y Casco Viejo.
- **Área II (Navarra-este).** Comprende las zonas básicas de: Sanguesa, valle de Salazar, Isaba, Noáin, Milagrosa, Il Ensanche, Puente la Reina, Cizur, Echavacoiz, Barañáin, Iturrama, San Juan y Ermitagaña.
- **Área III (Estella).** Comprende las zonas básicas de: Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Améscoa, Los Arcos, Viana, Lodosa y San Adrián.
- **Área IV (Tafalla).** Comprende las zonas básicas de: Tafalla, Artajona, Olite, Carcastillo y Peralta.
- **Área V (Tudela).** Comprende las zonas básicas de: Tudela este, Tudela oeste, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante y Buñuel.

11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Martín J. Lactancia materna en España hoy. BOL PEDIATR 1997; 37: 132-142.
2. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. [accedido el 9 abril 2014]. Lactancia materna; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. Asociación Española de Pediatría [sede Web]. [accedido el 9 abril 2014]. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en : <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
4. Psicología en femenino [sede Web]. [accedido 9 abril 2014]. Comunidad de Madrid. Argumentos pro lactancia materna y la culpabilidad en madres no lactantes; [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiaenfemenino.com/argumentos-prolactancia-materna-y-la-culpabilidad-en-madres-no-lactantes/#.U5luVvI tiN>
5. Barriuso L., De Miguel M., Sánchez M. An. Sist. Sanit. Navar. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. 2007; 30 (3): 383-391.
6. Nestle [sede Web]. [accedido 10 abril 2014]. Nuestra historia; [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: http://www.nestlebaby.com/bo/our_commitments/our_history/
7. Hernandez Gamboa, E., Genealogía histórica de la lactancia materna. Revista de enfermería actual en costa rica. 2008-2009; 15. [Consultado 5 Mayo 2014] [Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>].
8. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado, nº 75, (29-03-1995).
9. González FJ., Factores psicológicos y sociales en la lactancia materna [tesis] Madrid; 1992.
10. OMS, UNICEF. Razones médicas aceptables para la alimentación con sucedáneos de leche materna [sede Web] 2009. [Consultado el 12 mayo 2014]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/es/
11. Berenguer M.D, Rodríguez J, Lactancia artificial: cómo preparar un biberón. Universidad de Alicante. 2004.
12. Tamayo G., Sáenz de Urturi A., Hernández M.R., Pedrón Giner C., García M.D. Fórmulas infantiles especiales. An Esp Pediatr. 1997; 47: 455-465.
13. OMS, FAO. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: DIRECTRICES, 2007.

14. Mamare Castelló. Associació de Suport a la Lactancia Materna. Beneficios de la lactancia materna. Castellón, 2008.
15. Lozano de la Torre, MJ. Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Madrid: Ergon S.A.; 2ª ed, 2010. p. 279-281.
16. Mamare Castelló. Associació de Suport a la Lactancia Materna. Posturas para dar de mamar. Castellón, 2008.
17. La Liga de la Leche [sede Web]. [Consultada el 8 junio 2014]. Disponible en: <http://www.laligadelaleche.es/>
18. Olza I, Marín MA. Neurobiología del vínculo maternofilial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 29-39.
19. KidsHealth [sede Web]. [Consultado el 12 mayo 2014]. El vínculo con el bebé [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/bonding_esp.html
20. Zudaire I. "Shantala": Beneficios y técnicas del masaje infantil. Revista zonahospitalaria. 2013; (40): 10-11.
21. Asociación Española del masaje infantil [sede Web]. Barcelona; c2012 [consultada el 3 de junio 2014]. Disponible en: http://www.masajeinfantil.es/joomla//index.php?option=com_frontpage&Itemid=1
22. Servicio Navarro de Salud. Memoria 2013. Gobierno de Navarra.
23. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Lactancia materna: promoción y contraindicaciones. En: Fabre E., editor. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Zaragoza: INO Reproducciones; 1995. p. 397-422.
24. ANAFE [sede Web]. Quienes somos ANAFE-CITE. [accedido el 25 abril 2014]. Disponible en: <http://www.anafe-cite.org/Web/Fundacion/QuienesSomos.aspx>
25. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja [sede Web]. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. 2010. [Consultado 6 Mayo 2014] [Disponible en http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf].
26. Latham M.C. Lactancia materna. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Roma: 2002. p: 67-87.
27. LEY FORAL 22/1985 DE 13 DE NOVIEMBRE, DE ZONIFICACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (Texto publicado en BON N.º 140 de 20 de noviembre de 1985).