



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA: CAUSAS E INTERVENCIÓN ENFERMERA

Alumno/a: **García Raya María Luisa**

Tutor/a: Prof. D. Juan Serrano
Martos

Dpto.: **Enfermería.**



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA: CAUSAS E INTERVENCIÓN ENFERMERA

Alumno/a: **García Raya María Luisa**

Tutor/a: **Prof. D Juan Serrano Martos**

Dpto.: **Enfermería**

Firma

Mayo, 2016

AGRADECIMIENTOS:

Quiero dar las gracias a Juan, mi tutor, por su más que implicación en la realización de este trabajo pero sobre todo por la demostración de su plena confianza en mí desde el principio de esta aventura, dándome oportunidades que jamás pensé posibles.

Por supuesto, también a Franci, porque sin él, este sueño seguiría siendo un sueño.

ÍNDICE

PÁGINA

1. Resumen.....	1
2. Objetivos.....	3
3. Introducción.....	3
3.1. Situación en España.....	4
3.2. Ventajas de LM.....	6
3.2.1. Ventajas sobre la madre.....	6
3.2.2. Ventajas para el recién nacido.....	8
3.3. LM en situaciones especiales.....	9
3.3.1. LM en parto por cesárea.....	9
3.3.2. LM en prematuros.....	9
3.4. Causas de abandono de LM en el postparto inmediato.....	12
3.5. Justificación.....	15
4. Metodología.....	16
4.1. Diseño.....	16
4.2. Método de búsqueda.....	16
4.3. Criterios de inclusión.....	17
5. Resultados.....	19
5.1. Causas de abandono precoz de LM en el postparto inmediato.....	19
5.2. Intervenciones sobre las causas de abandono de LM.....	20
5.2.1. Intervenciones para dolor de mama y grietas.....	20
5.2.2. Intervenciones para tratar las mastitis.....	21
5.2.3. Intervenciones para tratar la ingurgitación y/o congestión mamaria.....	21
5.2.4. Intervenciones para el tratamiento de la hipogalactia.....	22
5.2.5. Intervenciones para resolver la falta de información.....	23
6. Conclusiones.....	27
7. Bibliografía.....	28
8. Anexos.....	33

1. RESUMEN.

A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre el inicio y mantenimiento lactancia materna (LM) y a las evidencias científicas que ponen de manifiesto los beneficios de la leche materna tanto para el bebé como para la madre, el abandono precoz y/o fracaso que se produce en torno a este tema es motivo de preocupación entre los profesionales de salud, siendo responsabilidad directa del personal de enfermería conocer e intervenir en aquellos factores que se produzcan en el parto o puerperio y que permitan reducir las altas tasas de abandono de la lactancia materna. **Objetivos:** Determinar cuáles son las causas que provocan el abandono precoz de la LM en las primeras horas postparto y conocer que intervenciones están garantizadas científicamente para proporcionar soluciones a las madres lactantes de manos de los profesionales de enfermería. **Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en las diferentes bases de datos pertenecientes a las Ciencias de la salud como son: Pubmed, Scopus, Cuiden plus, Scielo, Cochrane plus. También se han consultado diferentes revistas electrónicas como son: Anales de pediatría, metas de enfermería y Greenjournal. Además también he usado el buscador de Google, (google académico). **Resultados:** se han identificado diferentes causas físicas que afectan a la madre y que provocan altas tasas de abandono de LM en el postparto inmediato, (mastitis, hipogalactia, ingurgitación y congestión mamaria, dolor y grietas en el pezón, y falta de información). De todas las intervenciones que se proponen para su resolución, entre ellas el uso de lanolina, gel de glicerina, hojas de col, pezoneras...no se ha encontrado un tratamiento definitivo con suficiente evidencia científica para su implantación. Se ha demostrado que la prevención de estas causas de mano de los profesionales de enfermería mediante la educación maternal sanitaria, es la única herramienta que ofrece buenos resultados en cuanto a una mejora en el inicio, mantenimiento y exclusividad de LM. **Conclusiones:** Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de combatir contra las bajas tasas de LME solventando los problemas asociados a ella mediante una educación maternal que abarque campos de actuación desde la hospitalización de la madre y el alta hospitalaria.

Palabras clave: lactancia materna, causas abandono, intervención enfermera, educación maternal.

ABSTRACT

Although OMS for recommendations on initiating and maintaining breastfeeding and scientific evidence to show the benefits of breast milk for the baby and for the mother, abandonment and / or failure that occurs around this issue is of concern among health professionals, with direct responsibility of nurses to know and intervene on those factors that occur during pregnancy or childbirth postpartum to reduce the high rates of abandonment of breastfeeding. **Objectives:** Determine what are the causes of early abandonment of breastfeeding in the first hours postpartum and to know that interventions are scientifically guaranteed to provide solutions to nursing mothers hands of nurses. **Methodology:** To make this work it has carried out a literature review on the topic in various databases belonging to the Health Sciences such as: Pubmed, Scopus, Cuiden plus, Scielo, Cochrane. Also viewed different electronic journals such as: Annals of pediatrics, nursing and Greenjournal goals. In addition I have also used the Google search engine (Google Scholar). **Results:** They have identified different physical causes affecting the mother and cause high dropout rates of LM in the immediate postpartum period (mastitis, hypogalactia, engorgement and engorgement, pain and cracks in the nipple, and lack of information). Of all the interventions proposed for resolution, including the use of lanolin, glycerin gel, cabbage leaves, liner ... it not found a definitive treatment with sufficient scientific evidence for its implementation. It has been shown that prevention of these causes of hand nurses through health maternal education is the only tool that provides good results in terms of improved startup, maintenance and exclusivity of LM. **Conclusions:** Nurses have the opportunity to fight against low rates LME by solving the problems associated with it through maternal education covering fields of action since the hospitalization of the mother and hospital discharge.

Keywords: breastfeeding , causes abandonment, nursing intervention, maternal education.

2. OBJETIVOS.

- Conocer cuáles son las causas/problemas que provocan el abandono precoz de la LM en el postparto inmediato.
- Determinar qué intervención/es ofrece la evidencia científica cómo las más efectivas para tratar dichas causas.
- Proporcionar diferentes estrategias a las madres lactantes de manos del personal de enfermería que permitan aumentar la prevalencia y duración de LM.

3. INTRODUCCIÓN.

La lactancia materna exclusiva (LME) es la alimentación exclusiva a base de leche procedente del pecho de la madre desde el momento del parto hasta los seis meses de edad de los recién nacidos. La evidencia científica pone de manifiesto que este tipo de alimentación es la más recomendable, completa y saludable para los bebés,^{[1,2,3,4,5,6,7](#)} evitando durante este periodo de tiempo el uso de leche de fórmula o cualquier otro tipo de alimentación complementaria, así como la toma de cualquier otro líquido, siendo además la lactancia materna una fuente de salud para la madre a corto, medio y largo plazo a nivel físico y psicológico. La lactancia materna es fenómeno sociológico multifactorial en el que además del factor sociológico influyen factores de tipo psicosociales, percepciones y experiencias perinatales que influyen entre otros, en el éxito de la lactancia materna.^{[2](#)}

3.1 Situación en España sobre LM.

A lo largo de la historia de España, la lactancia materna ha sufrido diversos altibajos, siendo un ejemplo el abandono masivo que ocurría en los años 50 debido a factores socio-culturales y a las leches de fórmulas o sucedáneos de leche, que han sido de vital importancia en el mantenimiento de las bajas tasas de prevalencia de lactancia materna, sobre todo en los primeros meses de vida de los recién nacidos. “Se estima que a comienzos del siglo XX el porcentaje de madres lactantes se situaba en torno al 90%, pero a partir de los años 50 comienza un descenso progresivo de su número, alcanzándose el nivel más bajo en los años 70, momento en el que solamente el 25% de mujeres lactaban”². A día de hoy se puede verificar que las tasas de prevalencia de lactancia materna en España se encuentra muy por debajo de las que se recomienda desde la OMS que sería de seis meses de lactancia materna exclusiva en su última modificación realizada en la Cumbre Mundial de la Infancia en 1994.^{3,4}

En España se ha producido un descenso en torno a la tasa de lactancia materna exclusiva, tan solo el 20%-30% de neonatos mantienen una LME durante los primeros tres o cuatro meses de vida,⁴ es una situación cuanto menos preocupante para los profesionales de la sanidad, que ocupan un lugar importante en estos resultados obtenidos, siendo su formación el papel fundamental y el interés que reflejan en la labor sanitaria del día a día.²

En Andalucía las tasas de prevalencia de LM no varían mucho del resto de España, siendo esta tasa elevada en el momento del nacimiento pero que se reduce de manera drástica en los primeros meses de vida. En Andalucía solo el 13,5% de los bebés, menores de 6 meses, reciben lactancia materna exclusiva.⁷

En nuestra comunidad autónoma, más en concreto en Jaén, los datos que se manejan en torno a las tasas de LME al alta hospitalaria son del 23,6%, siendo entre la primíparas de un 33,3% y en el caso de las multíparas de un 15%.⁵

La LM es una cuestión abordada a nivel mundial, y es por esto que instituciones del calibre como la O.M.S y UNICEF están implicadas directamente en este tema.

Tanto es así que la O.M.S como UNICEF hicieron conjuntamente una declaración para la “Protección, fomento y apoyo a la LM: el papel esencial de los servicios de maternidad”,

donde se recogen los “DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL”, que son un resumen de las prácticas necesarias en maternidad para conseguir el éxito en la lactancia y que son los cimientos de los “IHAN”, (Iniciativa Hospitales Amigos de la Lactancia). Estos pasos reflejan el gran papel que abarcan en este tema los profesionales sanitarios, y por supuesto los profesionales de enfermería.⁷ Estos pasos son:

- 1) Disponer de una política escrita sobre la lactancia materna que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad.
- 2) Capacitar sobre la política de lactancia materna a todo el equipo de salud y a los miembros de la comunidad.
- 3) Informar a embarazadas, madres de lactantes y sus grupos de familiares sobre los beneficios de la lactancia materna y las habilidades de su práctica.
- 4) Incluir de manera sistemática información sobre la lactancia materna y el exámen de las mamas en las consultas obstétricas.
- 5) Utilizar toda la oportunidad de contacto con embarazadas, madres y bebés para apoyar la lactancia materna.
- 6) Brindar especial apoyo a embarazadas y madres con riesgo de abandono precoz y/o dificultades en la lactancia materna.
- 7) Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la lactancia materna hasta los dos años o más.
- 8) Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a aquellas que trabajan y/o deben separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen.
- 9) Respetar el “Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna”, en todos sus aspectos.
- 10) Estimular la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna y vincular a las madres con estos grupos.

Las madres cuyos hijos han nacido en hospitales que llevan a cabo la iniciativa de los IHAN, son más proclives a amamantar de manera exclusiva durante los primeros 3 meses y a seguir dando el pecho hasta los 12 meses de edad.³²

3.2 Ventajas de la lactancia sobre la madre y el RN.

A pesar de estas bajas tasas obtenidas en nuestro entorno, dar el pecho está estrechamente relacionado con la obtención de beneficios, no solo para el recién nacido, sino también para la madre, la cual consigue beneficiarse a corto, medio y largo plazo de la LM y deberían de ser suficientes para que estas cifras sufrieran un aumento significativo.

3.2.1 Ventajas sobre la salud de la madre. [17,24](#)

A corto plazo la madre obtiene beneficios que quedan demostrados por la evidencia científica con un alto nivel. Entre ellos se encuentran:

- Reducción del sangrado postparto y Aumento de la contracción uterina.

Se recomienda que se inicie la LM en las primeras dos horas postparto. La succión del pezón implica una liberación de oxitocina, que está relacionada con las contracciones del útero para su completa recolocación, provocando de esta manera su reducción de tamaño. Estas contracciones facilitan el cierre de los capilares rotos por el descenso de la placenta y por el proceso de parto, evitando el sangrado en la madre.

- Mejoría de la anemia.

Si evitamos que la madre sufra un sangrado innecesario después del parto, estaremos evitando directamente que sufra una anemia por hipovolemia y déficit de hierro, debido a que la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo- hipófisis- ovarios inhibe la ovulación, por lo que al no producirse menstruación se evita la pérdida de hierro.

A medio plazo, la madre se beneficia en cuanto a:

- Recuperación de peso/silueta.

Amamantar significa un gasto de energía que permite volver al peso ideal más rápidamente después del parto, además de elimina las grasas acumuladas durante el embarazo

precisamente almacenadas para este momento. Con el paso de las semanas se comienza a observar que esta pérdida de peso se hace visible en la zona de caderas y cintura.

- Optimización del metabolismo del calcio.

Dar el pecho provoca un movimiento de los depósitos óseos de calcio, produciéndose un aumento de su disponibilidad a nivel mamario para la producción de leche. A pesar de este incremento del gasto de calcio, las mujeres que dan el pecho tienen disminuida la probabilidad de sufrir una fractura de cadera o de columna espinal postmenopáusica.

A largo plazo, pero no menos importante, destacamos:

- Disminución del riesgo de cáncer de mama pre menopáusico y de ovario.

Amamantar al menos durante tres meses puede reducir el riesgo de cáncer de mama premenopáusico a la mitad. La lactancia por lo menos durante 2 meses reduce las posibilidades de riesgo en un 25%, siendo el riesgo de fractura de cadera en mayores de 65 años reducido a la mitad si han amamantado. [10,17](#)

También existen asociadas a la LM otro tipo de ventajas para la madre como son:

- Ventajas económicas.

Es una de las ventajas que no valora como debiera, pero que supone un ahorro en torno a los 1000 euros durante el primer año de vida del RN para la familia. Y no solo el ahorro por la compra de leche artificial, sino por el hecho de que se ha demostrado que el absentismo en madres que dan el pecho es menor, lo que supone una rentabilidad para las empresas. [17](#)

- Ventajas psicológicas.¹⁷

Las mujeres que lactan refieren sensaciones y vivencias que les proporciona un bienestar con ellas mismas por el hecho de tener esa vinculación única con su RN. Las madres que son

lactantes refieren un mejor apego madre-bebe, mejor comunicación con su hijo, un índice de mejor depresión postparto o el retraso de su aparición.

3.2.2 Ventajas sobre el recién nacido (RN).

Si para la madre amamantar se traduce en beneficios, los RN son los directamente beneficiados en todo este proceso, ya que lactar es la única técnica natural existente desde tiempos remotos para su adecuado desarrollo. Los beneficios que obtienen son:

- Optima nutrición y mejora de las defensas

La leche materna favorece una optima nutrición del recién nacido debido a su composición y diferencias con la leche de vaca y otras artificiales. La leche materna aporta anticuerpos y linfocitos que fortalecen su sistema inmunológico.

- Reducción de la obesidad infantil.

La evidencia científica estima que se reduce hasta en un 50% la obesidad infantil hacia los 10 años.

- Disminución de la prevalencia de la diabetes en el adulto.

Existe un 56% menos de riesgo de desarrollar diabetes tipo II en adultos.

- Mejor salud vascular.

Se mejoran los niveles de colesterol HDL y la presión arterial está más controlada.

- Reducción en un 70% de la muerte súbita infantil. ²²
- Protección frente a enfermedades infecciosas y alérgicas.

Durante la lactancia la leche humana protege contra numerosas infecciones como otitis media, infecciones respiratorias superiores e inferiores, diarrea, infección urinaria, sépsis neonatal y enterocolitis necrotizante. Durante el primer año de vida los niños alimentados con lactancia materna desarrollaron menos asma, rinitis, atopia y alergia a proteínas, que los alimentados con biberón.¹⁷

3.3 LM en situaciones especiales.

3.3.1 LM en parto por cesárea.

Según el informe del Sistema Nacional de Salud de 2010, el 25% de los embarazos acaba en cesárea, lo que supone que una de cada cuatro mujeres sufre un parto por cesárea. El medio que rodea al bebé en el momento del parto puede influir en la LM ya que los reflejos neonatales y de succión pueden verse alterados por la medicación que ha recibido la madre, así como también el uso de instrumentación durante el proceso del parto, el cual puede afectar la mecánica del amamantamiento siendo estos claros ejemplos de factores negativos que pueden influir en el inicio de la LM.

Ocurre también en el parto por cesárea que la separación entre madre e hijo, el retraso de la subida de la leche así como las propias dificultades de la intervención quirúrgica son factores que ponen en riesgo el inicio a la LM o amamantamiento, comenzando la alimentación del RN con suplementos sucedáneos de la leche materna, además de estar todo esto asociado a la desinformación de las madres y la falta de consejo del profesional de enfermería,⁹ ya que el simple hecho de encontrar una postura adecuada a la hora de dar el pecho puede suponer una barrera en el inicio del amamantamiento.

3.3.2 LM en bebés prematuros.

Al igual que en el parto por cesárea, existe un grupo de riesgo sobre el que hacer especial hincapié debido a la situación especial que viven tanto la madre como el RN, como son los bebés prematuros.

Continuamente la bibliografía científica nos pone de manifiesto los múltiples beneficios que lleva asociado iniciar una precoz LM en estos bebés, además de utilizar otras técnicas sustitutivas a la lactancia con leche materna, así como el importante resultado que se obtiene en ellos el contacto piel con piel durante el amamantamiento.^{14,15}

No todos los niños nacidos pre término van a requerir de un aporte extra de nutrientes. Son aquellos RN pre término de muy bajo peso (RNMBP < 1500gr) y los extremadamente bajos

de peso (< 1000gr) los que van a requerir de este aporte extra. La leche pre término tiene un menor contenido en lactosa y su aporte energético es mayor (58-70 Kcal/dl) que la leche a término (48-64 Kcal/dl) durante los cambios del primer mes, siendo las concentraciones de macronutrientes, calcio y fósforo, ligeramente más elevadas pre término. [11](#), [13](#), [14](#)

Dentro de las ventajas de la leche materna para los RNMBP nos encontramos con las que se muestran a continuación:

- Perfiles fisiológicos de lípidos y aminoácidos.
- Contiene aminoácidos esenciales para el pre término.
- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Baja carga renal de solutos.
- Presencia de enzimas activas y factores anti infecciosos.
- Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
- Baja osmolaridad.
- Especificidad de especie con biodisponibilidad única.
- Protección frente a enterocolitis necrosante.
- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Protección frente a infecciones nosocomiales.
- Mejora la función retiniana [12](#).
- Mejora el desarrollo cognitivo.
- Ventajas psicológicas para la madre.

La leche materna en los RN pre-término consigue mayor protección contra las infecciones y la enterocolitis necrotizante (ECN), una posible recuperación más temprana del síndrome de distrés respiratorio y contribuye a producir una maduración más rápida del tracto gastrointestinal. Sin embargo, el aporte de calorías, proteínas y minerales de la LM es insuficiente para cubrir las necesidades incrementadas de los RNMBP, es por ello que se utilizan métodos suplantar estas necesidades como incrementar la cantidad de alimento, utilizar la leche materna recién extraída y aprovechar la leche final de la toma por su alto contenido en grasa. [11](#), [13](#), [14](#)

Existe evidencia científica reciente de que la leche materna es la mejor opción para todos los niños, incluyendo a los prematuros. La leche materna del pre término es más densa en nutrientes, además aporta beneficios para la madre de tipo psicológico y previene de infecciones al pre término. Si resulta que la leche materna es insuficiente, se puede acceder a los Bancos de leche para completar las necesidades del prematuro. Los bancos de leche ofrecen la opción de acceder de manera rápida, a leche materna donada de otras madres sanas y de esta manera ayudar a los bebés prematuros a alcanzar su peso de manera más rápida y con la seguridad de que con la leche materna pasteurizada donada se reduce el riesgo de la enterocolitis necrotizante, infecciones nosocomiales, retinopatías y displasia broncopulmonar. [13](#), [14](#)

3.4 Causas de abandono de LM más frecuentes en los primeros días.

A pesar de lo anteriormente descrito, el abandono de LM es un tema actual provocado por algunas causas que llevan a la madre a un destete precoz y a la alimentación artificial de sus recién nacidos se producen durante las primeras horas posparto. A continuación se describen aquellas que afectan directamente a la madre, entre las que nos encontramos:

- Falta de información sobre el proceso de amamantamiento. Las intervenciones de educación sanitaria, como son la educación maternal mejoran las tasas de lactancia materna entre las mujeres [1,22,23,24,25,26,27,28,29,30](#), papel fundamental de los profesionales de enfermería.

- Creer tener poca leche. "Falsa hipogalactia", siendo esta una consecuencia y no una causa de una técnica inadecuada del amamantamiento. La percepción de baja producción de leche es una causa común por la que se complementa con fórmula y por la que se desteta prematuramente. Las madres que piensan que no tienen leche suficiente para alimentar a su bebe necesitan ayuda por parte de un profesional experto. [6,8,22,23,25,28,32](#). La hipogalactia puede deberse tanto a factores que afecten al recién nacido, como a otros que afectan a la madre, entre los que nos podemos encontrar:
 - Obstrucción a la salida de la leche por ingurgitación y edema.
 - Mala técnica de extracción de leche.
 - Anomalías del seno.
 - Mastitis grave.

- Dolor. La mayor parte del dolor asociado a la lactancia materna comienza por un traumatismo entre la boca del bebé y la zona areola-pezones de la madre provocado por una técnica ineficaz de amamantamiento. [20,23,25,28,30,32,33](#)

- Entre las consecuencias de este traumatismo nos podemos encontrar con las grietas mamarias^{22,23,26,28,30}. Estas se definen como la pérdida en la solución de continuidad de la piel del pezón con aparición de dolor máximo al inicio de la toma, disminuye posteriormente, y desaparece casi por completo cuando el bebé suelta el pecho. Junto a la ingurgitación mamaria es el problema más frecuente. Las grietas pueden aparecer sin producir dolor, pero que provoca una retirada de la lactancia que en un principio puede ser intermitente, pero que si no corrige de manera adecuada puede provocar una retirada permanente de la misma. Algunas de las causas que las provocan son:
 - La principal causa es la mala posición del bebé al mamar.
 - El lavado frecuente del pecho que condiciona la desaparición de la secreción protectora de las Glándulas de Montgomery.
 - Técnicas restrictivas de la lactancia materna.
 - Uso de chupetes y biberones.
 - Anomalías anatómicas como frenillo lingual corto.
 - A veces pueden aparecer en mujeres que han seguido recomendaciones adecuadas y que emplean una buena técnica.¹⁶
- Mastitis, es un diagnóstico clínico que cursa con inflamación de la mama, fiebre y síntomas sistémicos que puede estar acompañada o no de infección. La mastitis no infecciosa puede ser el resultado del estancamiento de la leche, del bloqueo de los conductos, o de una lesión física en la glándula mamaria. La mastitis afecta del 3% al 20% de las mujeres en periodo de lactancia y a menudo se produce en el marco de estasis prolongada de la leche o lesión en el pezón. Las bacterias causantes son generalmente flora colonizadora de la boca y la nariz del bebé, por lo que la lactancia materna continua no representa un riesgo para el mismo y el vaciado de la mama es esencial para la recuperación de la madre.³ La mastitis infecciosa puede ser resultado de la aparición de grietas en los pezones, ya que esta lesión podría ser la vía de entrada para microorganismos, pudiendo provocar un absceso.^{23,28,30,32}

- Ingurgitación y/o congestión mamaria. Es una complicación que aparece en el postparto temprano , caracterizada por la hinchazón, calor y dolor de la mama, y el colapso de los conductos lácteos debido al cambio que se produce del paso de la producción de calostro a leche materna.^{21,23} Las posibles causas de este tipo de complicación pueden ser:
 - Retraso en el inicio de la lactancia materna (primeras succiones)
 - Mamadas poco frecuentes
 - Mal agarre y succión inefectiva
 - Y en ocasiones, el tratamiento intraparto con gran cantidad de oxitocina y fluidos intravenosos puede favorecer el edema.¹⁶

La realidad de estas causas es que siempre se van a ver influenciadas unas por otras, es decir, están interconectadas, así tenemos que una mastitis provoca hipogalactia, una congestión mamaria puede dar lugar a una mastitis o que las grietas pueden provocar dolor en el pezón.

3.5 Justificación.

La importancia de la leche materna queda reflejada sea cual sea la situación del bebé. Los primeros minutos de vida son esenciales para el inicio en la LM, y la renuncia a la misma, significa renunciar a un comportamiento natural de la especie humana, por estos motivos creo que es imprescindible tratar de abordar aquellas complicaciones que puedan aparecer en estas circunstancias. Todos los factores relacionados directamente con la madre que puedan poner en riesgo el inicio o mantenimiento de la LM están estrechamente relacionados con los profesionales de enfermería, cuya formación⁶ es decisiva en las últimas semanas de gestación, en las primeras horas postparto, así como en las siguientes semanas para el inicio y la permanencia de la lactancia, por lo que cualquier intervención basada en evidencia que asegure un buen inicio de LM, que prevenga y evite de esta manera el abandono de la misma, serán mi punto de partida para realizar este trabajo en busca de soluciones para este problema que nos atañe.

4 METODOLOGÍA.

4.1 Diseño.

Se ha realizado una revisión bibliográfica.

4.2 Método de búsqueda.

Para realizar revisión bibliográfica se han consultado diferentes bases de datos de carácter nacional e internacional, como son: Pubmed, Cochrane Plus, Scopus, Dialnet, Cuiden Plus, Scielo, además se han consultado revistas electrónicas del ámbito de la enfermería como son: Metas de enfermería, Enfermería científica, Evidentia, Inquietudes o Anales de pediatría. A su vez, y debido a las restricciones sobre el acceso al texto completo de algunos artículos, he utilizado el buscador Google académico para la localización de dichos artículos. También he utilizado este buscador para completar la búsqueda, habiendo sido seleccionados desde aquí artículos que pertenecían a bases de datos como Scielo Y Dialnet. De este buscador se obtuvieron un total de 1520 resultados de los que se seleccionaron 5 después de una revisión a los 50 primeros y desistiendo de la revisión porque según avanzaba en la revisión menos relación guardaba la búsqueda realizada.

A su vez, he utilizado la opción que ofrece la base de datos de Pubmed de poder consultar artículos relacionados con el tema buscado, de esta manera se ha obtenido algunos de los artículos seleccionados para este trabajo.

La búsqueda se ha realizado en el periodo comprendido entre Diciembre de 2015 y Abril de 2016.

Las palabras clave que se han utilizado son: Lactancia materna, causas abandono lactancia, intervención enfermera, profesionales de enfermería, educación maternal. Dichos términos también se han utilizado en inglés para la búsqueda en las bases de datos que así lo han requerido, como es el caso de Pubmed.

4.3 Criterios de inclusión.

En un principio utilicé como criterio único de inclusión aquellos artículos que fuesen de reciente publicación, abarcando los que se encontraban entre los años 2000 a la actualidad, siendo en su mayoría artículos publicados entre los años 2008-2014.

Más avanzada la búsqueda y por los impedimentos que me fui encontrando por no tener los textos completos disponibles, un criterio de inclusión fue precisamente ese, tener el texto completo de manera gratuita, cuyo aspecto me produjo una gran restricción de artículos.

Para que la revisión quedara centrada en conseguir el objetivo principal, los artículos debían de tratar la lactancia dentro de los 4-6 primeros meses de vida.

A continuación se expone una tabla con los detalles de la búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE y CADENA DE BUSQUEDA.	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS REVISADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS
PUBMED	Ineffective breastfeeding	82	13	0
PUBMED	Factors effective breastfeeding	217	20	0
PUBMED	Successful breastfeeding and maternal education.	24	24	1
ARTICULOS SELECCIONADOS POR GUARDAR RELACION CON LA BUSQUEDA ANTERIOR DE PUBMED				3
SCOPUS	Breastfeeding abandoned	58	58	0

CUIDEN PLUS	Causas abandono lactancia	16	16	2
COCHRANE PLUS	Lactancia	98	98	2
SCIELO	Lactancia materna	-----	-----	0
DIALNET	Causas abandono lactancia	-----	-----	1
ANALES DE PEDIATRÍA	Causas de abandono de LM			5
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA	Educación y promoción de LM	-----	-----	1
TOTAL		495	229	15

Tabla 1. Resultados búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

En total obtuve un resultado de 1953 artículos (Sumando los encontrados en Google académico), siendo en un primer lugar seleccionados 229 para su revisión, de los cuales se incluyeron un total de 15 artículos para realizar este trabajo fin de grado.

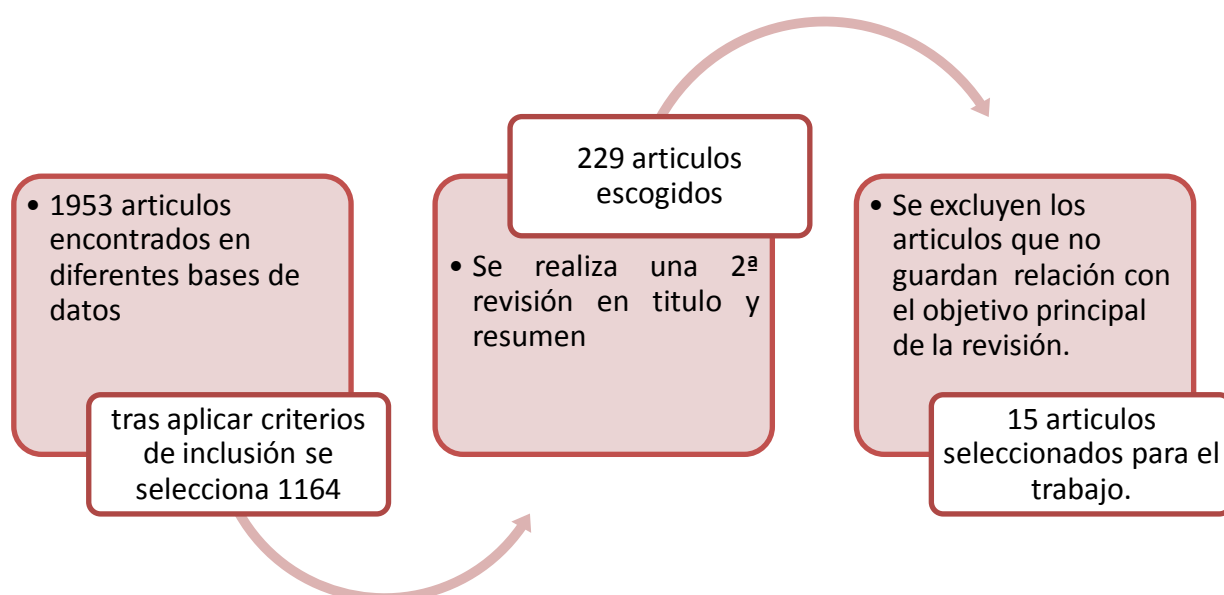


Ilustración 1. Diagrama de selección.

FUENTE: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de esta revisión están clasificados en dos bloques, según los objetivos que se pretenden alcanzar con la misma.

5.1 Causas de abandono precoz de LM en el postparto inmediato.

Según la bibliografía consultada, las causas de abandono en el postparto inmediato son las siguientes:

- Dolor y grietas.

Las revisiones bibliográficas realizadas por (Fernández y González)²³, (Gasa Salar et al)²⁹ y (Dennis CL)²⁰, el artículo científico de (Gascón, Pineda y Martínez)²⁶, también el estudio prospectivo realizado por (Rius et al)²⁵, junto con el estudio de corte transversal de (Pinilla Gómez et al)²⁸, son los artículos consultados que afirman que el dolor y las grietas, o ambos en conjunto son una de las causas que provocan el abandono precoz de LM en el postparto inmediato.

- Mastitis.

Los documentos consultados que corroboran que la mastitis es una de las principales causas de abandono de LM son (Pinilla Gómez et al),²⁸ (Crepinsek, Crowe, Michener y Smart)¹⁸ y (Fernández y González)²³

- Congestión e ingurgitación mamaria.

(Mangesi y Dowswell)²¹ así como (Fernández y González)²³, demuestran en sus respectivos estudios que la congestión e ingurgitación mamaria son causas, que si no se tratan a tiempo, provocan abandono de LM en las primeras horas postparto.

- Hipogalactia.

La hipogalactia o falsa hipogalactia es una de las causas más comunes por las que una madre piensa que no puede alimentar a su recién nacido según los documentos consultados de (Gasa Salar et al)²², (Estévez González et al)²⁷, (Rius et al)²⁵ y (Pinilla Gómez et al)²⁸

- Falta de información sobre LM.

No haber recibido información sobre LM, el tipo de información recibida, la no asistencia a clases prenatales son algunas de las causas que provocan un abandono de LM o incluso tomar la decisión antes del parto de no comenzar a dar el pecho que se recogen de los estudios de (García Cassanova et al)²⁹, (Estévez González et al)²⁷ y (Pinilla Gómez et al).²⁸

5.2 Intervenciones sobre las causas de abandono de LM en el postparto inmediato.

5.2.1 Intervenciones para dolor y grietas:

El estudio de (Fernández y González)²³ propone diferentes intervenciones para el dolor y grietas en el pezón. Utilizó compresas de agua tibia para aliviar el dolor en los pezones, comparándolo con otro estudio donde utilizaron aplicaciones de lanolina y compresas frías, sin encontrar diferencias entre ambos tratamientos en la reducción del dolor. También utilizó pezoneras para reducir el dolor, demostrando que su uso no reduce el dolor pero si aumenta las lesiones por rozamiento.

La revisión bibliográfica de (Dennis CL, et al)²⁰ propone cinco intervenciones diferentes para tratar el dolor de pezones en mujeres que lactan en cuatro ensayos de buena calidad. Las intervenciones incluyen almohadillas de glicerina, lanolina con protectores para la mama, lanolina sola, leche materna extraída y una pomada multifuncional para el pezón. Los ensayos concluyeron que los apósitos con gel de glicerina o los protectores de mama con lanolina mejoran significativamente el dolor del pezón. Un ensayo no encontró diferencias claras en el dolor de pezón entre las pacientes que aplicaron lanolina o nada en los pezones.

El mismo ensayo encontró que las mamás que utilizaron leche materna extraída tuvieron la percepción significativamente inferior de dolor de pezón después de cuatro días de tratamiento en comparación con las pacientes que se aplicaron lanolina, sin embargo este efecto desapareció seis o siete días después de tratamiento. No se encontró diferencia significativa entre las madres que utilizaron leche extraída y las que no utilizaron nada. Las madres que utilizaron lanolina y las que utilizaron la pomada multifuncional para el pezón, tampoco experimentaron mejoría en cuanto al dolor del pezón. En resumen, las intervenciones utilizadas no demostraron que la percepción de las madres en cuanto al dolor del pezón fuera mejor en ningún caso. La calidad general de estas pruebas fue baja.

El estudio propuesto por (Cadwell et al)³³ para la reducción del dolor de pezones en madres que están amamantando, se utilizan diferentes intervenciones en 3 grupos de ensayo, entre ellas gel de glicerina, lanolina modificada, pezoneras y leche de mama extraída. Los tres grupos de ensayo tenían en común la intervención educativa, así como una herramienta de evaluación y técnicas correctivas. El resultado de este estudio muestra que el grupo que utilizó gel de glicerina quedó satisfecho y que redujo su dolor de pezón, pero no muestra un resultado con diferencias significativas con respecto a los otros grupos. En general, todos los grupos manifestaron una reducción de dolor lo que hace pensar que las intervenciones comunes de educación, evaluación y técnicas correctivas pueden ser terapias efectivas.

5.2.2 Intervenciones para tratar la mastitis

En la revisión realizada por (Fernández y González)²³ encontramos intervenciones para el tratamiento de la mastitis, que consisten en aplicación de frío y masaje entre otras para aliviar el dolor que provoca la mastitis, siendo estas intervenciones beneficiosas. La intervención de mayor peso para el manejo de la mastitis según otro estudio de esta revisión concluye que el apoyo emocional, la educación en LM y la continuidad de la lactancia disminuyen la tasa de abandono precoz de LM.

Según el estudio realizado por (Pinilla Gómez et al)²⁸ la mejor intervención para el tratamiento de la mastitis es una buena educación sanitaria preparto y postparto de la manos de los profesionales de enfermería que asesore, prepare y ayude a las madres sobre

las ventajas y dificultades de LM, corrija conceptos equivocados, mala información, asesore con técnicas de amamantamiento y cuidado de las mamas eficaces.

La revisión realizada por (Crepinsek et al)¹⁸ recoge como principales intervenciones para la prevención de la mastitis después del parto la educación para la salud en lactancia materna como impacto positivo para la prevención de la misma, así como el amamantamiento frecuente, una correcta posición para lactar, masajear las mamas antes de empezar a lactar, también evitar el uso de sostenes o prendas de vestir de tallaje inadecuados o evitar dormir boca abajo.

5.2.3 Intervenciones para tratar la ingurgitación y/o congestión mamaria.

Las intervenciones que se realizan en el estudio de (Fernández y González)²³ y que tienen como resultado una menor incidencia de congestión mamaria son el amamantamiento frecuente durante las primeras 48 horas postparto, el apoyo a la lactancia materna y un óptimo manejo de la misma. Se realizó un estudio donde se compararon a niños alimentados con limitaciones en el número de tomas y niños con alimentación a demanda, siendo esta última un factor de prevención para la congestión mamaria. También el uso de compresas frías, el calor local y el ultrasonido tienen efectos moderados en la disminución de la congestión mamaria, siendo más eficaces el masaje mamario antes del amamantamiento y la toma de antiinflamatorios para la disminución de la congestión mamaria.

La revisión realizada por (Mangesi y Dowswell)²¹ trata la congestión mamaria con diferentes intervenciones como son la acupuntura versus cuidados habituales, hojas de col, complejo de proteasa versus placebo, ultrasonido versus ultrasonido falso, oxitocina subcutánea y compresas frías versus cuidados rutinarios siendo los resultados obtenidos en estas intervenciones sin diferencias significativas entre los grupos propuestos en cuanto a la mejoría de la congestión mamaria. Este estudio carece de suficiente evidencia para la recomendación de las intervenciones propuestas para el tratamiento de la congestión mamaria.

5.2.4 Intervenciones para el tratamiento de Hipogalactia.

(Gasa Salar et al)²², (Pinilla Gómez et al)²⁸, (Estévez González et al)²⁷, y (Rius et al)²⁵, son documentos que concluyen que la hipogalactia es una de las causas de abandono precoz de la LM, y como intervención recomiendan una buena información que proporcione a la madre la seguridad y confianza suficientes para poder afrontar todas las dudas que le surjan entorno a este tema.

5.2.5 Intervenciones para tratar la falta de información.

En todos los artículos consultados, exceptuando dos, se propone como intervención de peso para solventar las consecuencias que la falta de información provoca en las madres, siendo estas el abandono de la LM o el no inicio de la misma, la educación sanitaria pre y post parto por parte de los profesionales de enfermería. El documento consultado de (Pinilla Gómez et al),²⁸ propone una educación sanitaria pre y post parto de manos del personal de enfermería para el inicio y mantenimiento de la LM, al mismo tiempo que esta educación también es capaz de poner solución a las causas de abandono que recoge esta revisión.

El estudio de (Rius et al)²⁵, muestra que el haber asistido a clases prenatales donde se asesora a la madre sobre LM, es un factor protector frente al abandono precoz, y concluye su estudio diciendo que deberían de diseñarse estrategias para promover y fortalecer los factores protectores.

La revisión de (Fernández y González),²³ basada principalmente en intervenciones para las causas de abandono de esta revisión, concluye que la educación maternal es el mejor método preventivo para el tratamiento de las causas de abandono que menciona en su documento, y que es función del personal de enfermería desarrollar esta labor tan importante.

También he encontrado en la revisión de (Sue J Lee y Jane Thomas),¹⁹ que un examen prenatal de las mamas para promover la LM, puede ser un elemento disuasorio para el inicio y mantenimiento de la LM.

En la revisión realizada por (Araya Cubero y Brenes Campos),²⁴ donde estudian la educación prenatal como factor asociado al éxito de la LM, ponen de manifiesto y evidencian que las intervenciones realizadas por profesionales de la salud para la promoción y el apoyo a la LM aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta. Destaca la atención de la matrona, como factor positivo en la alimentación del recién nacido de forma natural. Así mismo evidencia la necesidad de que el equipo de salud proporcione educación sobre LM, a las futuras madre y a otros miembros de la familia. Esta intervención centrada en la promoción y apoyo a la LM puede darse en cualquier momento del embarazo, parto y puerperio y debe enfatizar en los beneficios de la lactancia para aumentar las tasas de la misma.

En el estudio comparativo propuesto por (Seighali, Farahani y Shariat)³⁰ entre dos grupos donde los participantes realizan diferentes intervenciones, siendo para el grupo 1, la asistencia a un discurso durante 20- 30 min recordando los aspectos más importantes sobre las consultas de lactancia, los problemas de esta y los cambios que se producen, siendo algunos de los temas tratados en este discurso los beneficios la lactancia, la anatomía y fisiología de la misma, etc... y en el grupo 2 se incluyeron diferentes métodos didácticos, estrategias para aumentar la involucración del grupo como la exposición de ejemplos, formación de grupos de discusión...,se obtuvieron resultados que mostraban que se aumentaron los conocimientos en cuanto a las posibles problemas que pueden aparecer durante la lactancia. En el grupo 2, en el que se realizó una parte práctica, se mejoró la eficacia del programa de educación en cuanto a actitudes y conocimientos de los participantes. Sin embargo se concluye que la asistencia a este tipo de grupos de trabajo es uno de las mejores fuentes de obtener información valiosa sobre el tema.

En el estudio observacional de (García Cassanova et al) ,²⁹ donde se cuestiona la influencia del personal sanitario en el éxito de la LM, se destaca la intervención por parte del personal de enfermería en cuanto a educación sanitaria realizada en el hospital, información y dedicación que el personal de enfermería proporciona, así como el apoyo y ayuda que recibe la mujer parturienta por parte de este personal, como funciones básicas que afectan en el inicio, mantenimiento y duración de LM.

La revisión sistemática de A. Benitos Herrero³⁴, que recoge 63 ECA y 47 estudios cuasi-experimentales, demuestran con una calidad de evidencia moderada o baja, que las intervenciones de educación/apoyo incrementan la lactancia materna exclusiva de forma significativa, siendo de un 43% durante el primer día, un 30% el primer mes y un 90% de uno a cinco meses. De esto modo los autores concluyen diciendo que las intervenciones de educación sanitaria aumentan las tasas de porcentaje de lactancia materna exclusiva, y que disminuyen la proporción de lactantes que no reciben lactancia materna al nacimiento, en lactantes de menos de un mes de edad y entre el mes y los cinco meses.

A modo de resumen sobre estos resultados puedo decir que:

La revisión de los artículos escogidos para este trabajo muestra las diferentes causas que son motivo de abandono precoz de la lactancia materna en las primeras horas postparto. De los motivos físicos que están relacionados con problemas que aparecen en la madre los más comunes son: Mastitis, Congestión mamaria, hipogalactia y como consecuencia una baja ganancia de peso del recién nacido, dolor, grietas y falta de información y desconocimiento de la madre.

Sobre estas casusas se han realizado diferentes intervenciones para tratar de solventar estos problemas que causan un aumento de las tasas de abandono de la LM y por consiguiente un aumento de LA (lactancia artificial). Dentro de todas las intervenciones que se han hallado en esta revisión, se observa que ninguna es altamente efectiva, tanto si se trata de fármacos (antiinflamatorios), soluciones naturales (hojas de col, acupuntura, gel de lanolina, almohadillas de silicona...) o incluso la utilización de placebos.

El conjunto de resultados de la muestra de artículos seleccionados pone de manifiesto que se necesitan más estudios con poder estadístico para poder afirmar que las intervenciones tienen efecto positivo en la madre durante las primeras horas postparto. También se hace necesario poder evidenciar la existencia de alguna intervención que realmente solucione estos problemas antes del tiempo en el que se estima que estos problemas desaparecen por si solos, (seis o siete días postparto) en cualquiera de las causas que provocan el abandono precoz de LM.

Dentro de las intervenciones que he recopilado en esta revisión, he podido observar que en el 85,7% de los artículos se presentan las intervenciones de educación maternal prenatal y postparto como medida para solucionar los problemas de abandono en LM. Estos artículos hablan de la importancia que tiene el conocimiento de las complicaciones y sus posibles soluciones en el aumento de la tasa de LM durante las primeras horas postparto. Que las madres conozcan que problemas les pueden aparecer durante este periodo en el inicio de la LM antes del parto, no es tan revelador ni tan efectivo como que se hagan prácticas y demostraciones sobre una correcta posición durante la lactancia o que en las clases de educación prenatal se pongan videos para que se pueda observar la técnica correcta para lactar y puedan resolverse dudas sobre las imágenes que se proyectan.

La educación maternal recibida por parte de las madres, según esta revisión [1,22,23,24,25,26,27,28,29,30,33,34](#); viene dada de las manos de los profesionales de salud, siendo el personal de enfermería el que mayor peso y más presencia tiene en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Esta revisión también revela que en 2 de los artículos que lo componen [18,19](#), la educación sanitaria por parte del personal de enfermería no es efectiva o no aparece como intervención y por lo tanto no representa un instrumento de utilidad para la prevención de ciertas causas de abandono, como puede ser la mastitis.

En general, esta revisión muestra la falta de evidencia y de poder estadístico de los resultados, así como de la gran cantidad de sesgos que se producen en los estudios debido al difícil seguimiento de las madres al alta del centro hospitalario.

6. CONCLUSIONES

El conocimiento de las causas de abandono precoz en LM es un asunto de vital importancia en el día a día de los profesionales de la salud, en concreto del personal de enfermería, que hace patente la necesidad de intervenir para tratar este problema. Las causas físicas que afectan a la madre lactante en las primeras horas postparto, y que revelan una disminución de las tasas de LM han sido tratadas en los diferentes estudios a través de intervenciones que en la mayoría de ocasiones han carecido de la suficiente evidencia científica, como es el caso del uso de lanolina, pezoneras o compresas frías para el tratamiento del dolor y grietas en el pezón. En general, los resultados muestran que el tratamiento con medios físicos (compresas de agua tibia o fría, gel de glicerina, hojas de col, pezoneras...) no es tan beneficioso y efectivo según la evidencia científica consultada como el tratamiento mediante la educación maternal, que ha demostrado ser una herramienta de eficacia, en el inicio y mantenimiento de la LM. Nuestra responsabilidad como profesionales sanitarios de enfermería nos obliga a buscar mejores soluciones en lactancia materna para conseguir mayores tasas en el inicio y mantenimiento de la LM y aunque existen programas desde atención primaria que interviene en la educación prenatal, son escasos los recursos existentes que proporcionan apoyo, asesoramiento, información y que corrijan algunas de las pautas hospitalarias tanto durante el ingreso en el centro hospitalario como al alta, entre ellos se encuentra la liga de la leche, que cuenta con grupos de ayuda a la lactancia materna y el banco de leche.

Por ello, mis propuestas de mejora son:

- Que se aumenten los recursos que proporcionen apoyo asesoramiento información... (desde atención primaria, hospital....)
- Mayor conocimiento y divulgación por parte del personal sanitario y de la población de grupo de apoyo (liga de la leche...), bancos de leche (para donación altruista)
- Mejor coordinación entre hospital y atención primaria
- Formación de los profesionales de manera unificada.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Martínez Galiano. JM, Delgado Rodríguez. M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira* Disponible en: <http://ramb.elsevier.es/es/el-inicio-precoz-lactancia-materna/articulo/90204482/> y <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013000493?np=y>. Consultado el 27/12/2015.
- (2) Calama JM. Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr* 1997; 37:132-142.
- (3) Pallás Alonso. C.R. Breastfeeding in Spain. A commitment by everyone. *An Pediatr* (Barc). 2015; 83(6):365---366. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/en/breastfeeding-in-spain-a-co>. Consultado el 29/12/ 2015.
- (4) González Fernández. MA. Situación de la lactancia materna en España. *Rev. Paraninfo Digital*, 2011; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>. Consultado el 10 /1/2016
- (5) Serrano Martos. Juan, López Ruiz. Belén, Carrascosa López. Capilla. Análisis para la mejora del apoyo a la lactancia materna en una Unidad de Ginecología y Obstetricia. *Inquietudes* 2014; XIX (47). Disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/47/4725.php>. Consultado el 29 /12/ 2015.
- (6) Lactancia Natural .S.E.G.O. 2015; pag 55-90
- (7) Aguayo Maldonado. J, Pasadas del Amo. S, Ramírez Troyano. A. La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf. Consultado el 28 /12/2015.
- (8) Gil Matéu. E. et al. Diagnostico y prevención de la hipogalactia. *Metas de Enferm*. 2015; 11(6):27-31. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668974>. Consultado el 2 /1/ 2016.

(9) Aguayo Maldonado. J, Romero Escós. D, Hernández Aguilar. MT; Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid. Pediatr.* 2011; 7:2.Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmSld8sHHgU0SQk17LV_7JO3n9D8GK87vRo62bdMWsbWAJUoahx_Ho7PYRjvX07hKAg. Consultado el 17/1/2016.

(10) L. Barriuso. M. de Miguel, Sánchez. M. Anales del Sistema Sanitario de Navarra - Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico; 2015 de 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007. Consultado el 27 /12/ 2015.

(11) MSSSI: Ministerio de sanidad, Servicios sociales e Igualdad. [Internet].Madrid: *Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad*. 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>. Consultado el 18/1/2016

(12) Zhou J, Shukla VV, John D, Chen C. Human Milk Feeding as a Protective Factor for Retinopathy of Prematurity: A *Meta-analysis Pediatrics* 2015; 2015;136(6). Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/11/11/peds.2015-2372>. Consultado el 27/12/2015.

(13) Hurtado Suazo. JA, García Reymundo. M, Calvo Aguilar. MJ, Ginovart Galiana. G, Jimenez Moya. A, Trincado Aguinalalde. MJ, et al. Recommendations for the perinatal management and follow up of late preterm newborns. *An Pediatr (Barc)* 2014 Nov; 81(5):327. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/recomendaciones-el-manejo-perinatal-seguimiento/articulo/S1695403314003191/>. Consultado el 18/1/2016.

(14) SENO: Sociedad Española de Neonatología. Nutrición enteral y parenteral en recién nacidos prematuros de muy bajo peso. [Internet]. Madrid.SENO.2013. Disponible en: <http://www.seneonatal.es/Portals/0/Publicaciones/Nutricion%20prematuros%20SENeo.pdf>. Consultado el 18/1/2016.

(15) Vázquez-Román. S, Bustos-Lozano. G, López-Maestro. M, Rodríguez-López. J, Orbea-Gallardo. C, Samaniego-Fernández. M, et al. Clinical impact of opening a human milk bank in

a neonatal unit. *An Pediatr (Barc)* 2014 Sep; 81(3):155-160. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/impacto-practica-clinica-apertura-un/articulo-resumen/S1695403313004785/>. Consultado el 20/1/2016.

(16) Servicio Andaluz de Salud. Complejo Hospitalario de Jaén. UGC de Ginecología y Obstetricia. *Guía de práctica clínica "Protocolo de intervención en la consulta de Urgencias pediátricas ante problemas de lactancia materna"*. 2015; pág. 1-14. Consultado el 25/1/2016

(17) Aguayo Maldonado. J, Arena Ansótegui. J, Díaz Gómez. M, Gómez Papí. A, Hernández Aguilar. MT, Landa Rivera. L, Lasarte Velillas. JJ et al. *Lactancia materna: Guía para profesionales*. Barcelona 2004; Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf Consultado el 28/1/2016.

(18) Crepinsek. M, Crowe L, Michener K, Smart N. Intervenciones para la prevención de la mastitis después del parto (revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 8. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD007239/intervenciones-para-la-prevencion-de-la-mastitis-despues-del-parto>. Consultado el 15/1/2016

(19) Lee SJ, Thomas J. Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. *The Cochrane library*. 2008. Issue 3 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646135>. Consultado el 15/1/2016.

(20) Denis CL, Jackson K, Watson J. Intervenciones para el tratamiento del dolor de pezón en mujeres que lactan. *Cochrane Database of systematic Review* 2014. Issue 12. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD007366/intervenciones-para-el-tratamiento-del-dolor-del-pezon-en-mujeres-que-lactan>. Consultado el 15/1/2016

(21) Mangesi L, Dowswell T. Treatments for breast engorgement during lactation (Review). *The Cochrane library* 2010; Issue 9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824853>. Consultado el 15/1/2016.

(22) Gasa Salar. A, Pié Dols. N, Martorell Poveda. M.A. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia* 2013; 10(41). Disponible en:

<http://0-www.index-f.com.avalos.ujane.es/evidentia/n41/ev7080.php>

Consultado el 22/1/2016.

(23) Fernández Medina. IM, González Fernández. CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería global*. Julio 2013 (31) pp. 443-451. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000300023&script=sci_arttext.

Consultado el 2/1/2016.

(24) Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Rev. Enfermería actual*, (23) pp. 1-14. Disponible en <http://revenf.ucr.ac.cr/lactanciamaterna.pdf>. Consultado el 8/1/2016.

(25) Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall. M, Calzado. M.A, López. A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)* 2014; 80(1): pp. 6-15. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/factores-asociados-al-abandono-precoz/articulo/S1695403313002385/>. Consultado el 20/1/2016.

(26) Gascón E, Pineda V, Martínez I. Causas de no inicio y de abandono de la lactancia materna en una zona rural. *Enfermería INTEGRAL*. Junio 2005; pp 36-38. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/70/70.pdf>. Consultado el 20/1/2016.

(27) Estévez Gonzales. MD, Martell Cebrián. D, Medina Santana. R, García Villanueva. E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr* 2002; 56; pp. 144-150. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/factores-relacionados-con-el-abandono/articulo/S1695403302789443/>. Consultado el 22/1/2016.

(28) Pinilla Gómez. E, Orozco LC, Camargo. A, Alfonso. P, Peña. RE, Villabona. NL et al. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. *Salud UIS* 2011; 43(3): pp. 271-279. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2567/3173>. Consultado el 20/1/2016.

- (29) García Casanova. MC, García Casanova. M, Pi Juan. M, Ruiz Mariscal. E y Parellada Esquiús. N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten Primaria* 2005.; 35(6): pp. 295-300. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=articulo=13073415&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=27&ty=123&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v35n06a13073415pdf001.pdf. Consultado el 13/1/2016.
- (30) Seighale F, Farahani Z and Shariat M. The effects of two different breastfeeding workshops on improving knowledge, attitude and practice of participants: a comparative study. *Acta Medica Iranica* 2015; 53 (7): pp. 412- 418. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280876189_The_effects_of_two_different_breastfeeding_workshops_on_improving_knowledge_attitude_and_practice_of_participants_A_comparative_study. Consultado el 8/1/2016.
- (31) Blázquez MJ. Posición, colocación y succión del bebé al pecho. *Medicina naturista* 2006; 9: pp 464-470. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1960008>. Consultado el 20/12/2015.
- (32) Alison M y Stuebe MD. Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. *Obstetrics and Gynecology* 2014; 123: pp. 643-652. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2014_StuebeCES_Translation.pdf. Consultado el 16/1/2016.
- (33) Karin C, Turner C, Blair A, Brimdyr K y Maja Z. *Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers*. J. Perinat educ. 2004; Vol 13, nº1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615851/>. Consultado el 17/1/2016.
- (34) Benito Herreros A. Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna. *EvidPediatr.* 2016; 12; 35. Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-1277RUTA/ARTICULO_TRADUCIDO_35.pdf. Consultado el 28/04/2016

8. ANEXOS.

Documentos utilizados para la revisión.

Revisiones.

1.

NOMBRE AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO.
Crepinsed, MareeA. Et al	Intervenciones para la prevención de la mastitis después del parto.	Búsqueda de ensayos controlados del grupo Cochrane, CENTRAL, MEDELIN, EMBASE, CINAHL, MIDIRS, IPA, LILACS.
OBJETIVO: Evaluar los efectos de las estrategias de prevención de las mastitis y el posterior efecto en la duración de la lactancia materna		

2.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Lees SJ, Thomas J	Antenatal breast examination for promoting breastfeeding.	Búsqueda en Cochrane sobre el grupo de registro de embarazo y nacimientos (marzo 2008) ECA. Se excluyeron los ensayos controlados cuasi aleatorios.

OBJETIVO:

Determinar los efectos del examen prenatal de la mama en la iniciación de la lactancia.

3.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Dennis. CL, Jackson. K, Watson, J.	Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women.	Búsqueda de ensayos controlados aleatorios o cuasi aleatorios en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y parto (septiembre 2014) y referencias secundarias.

OBJETIVOS:

Evaluar los efectos de todas las intervenciones en la resolución o la reducción del dolor del pezón y la repercusión de las intervenciones en otros resultados como el traumatismos del pezón, las infecciones del pezón, la mastitis, la duración de la LM, la exclusividad de la LM y la satisfacción materna.

4.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Mangesi. L, Dowswell. T.	Treatments for breast engorgement during lactation.	Búsqueda de ensayos aleatorios controlados y cuasi controlados incluidos en el grupo de registro de Cochrane embarazo y parto (Febrero 2010).
OBJETIVOS: Identificar el mejor tratamiento para la mujer que experimenta ingurgitación mamaria durante la lactancia materna.		

5.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Gasa Salar. A, Pié Dols.N, Martorell Poveda. A.	Principales factores que influyen en el abandono precoz de la LM.	Revisión bibliográfica(2012)
OBJETIVOS: Conocer los principales factores que influyen en el abandono precoz de la LM antes de los seis meses de vida del niño.		

6.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Fernández Medina, IM. González Fernández, CT.	Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz.	Búsqueda bibliográfica en MEDLINE, PUBMED Y THE COCHARNE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS. (2013).
OBJETIVOS: Plantear las principales alteraciones mamarias puerperales que pueden estar asociadas a una técnica de lactancia ineficaz.		

7.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Araya, Z. y Brenes, G.	Educación prenatal: factor asociado al éxito de la LM.	Revisión bibliográfica en GOOGLE ACADEMICO, PUBMED, MEDLINE, EBSCO Y COCHRANE DATABASE. (2012).
OBJETIVOS: Demostrar que la educación prenatal es un factor asociado al éxito de la LM.		

8.

NOMBRE AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO.
AM. Herrero Benitos.	Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna	Revisión sistemática de 110 estudios, 63 ECA y 47 estudios cuasi-experimentales.

OBJETIVO:

Comprobar la eficacia de las intervenciones para la promoción y la práctica de la lactancia materna a través de una meta-análisis de los diferentes estudios elegidos.

Estudios.

9.

AUTOR/ ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Rius. JM, et al	Factores asociados al abandono precoz de la LM en una región del este de España.	Estudio prospectivo, con inclusión consecutiva de pares (madre y recién nacido)

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de LM durante los primeros 12 meses postparto y analizar los factores asociados a su abandono.

10.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Gascón, E. Pineda, V. Martínez, I.	Causas de no inicio y de abandono de la LM en una zona rural.	Estudio prospectivo observacional de carácter descriptivo. (2003-2004)
OIBJETIVOS: Conocer cuáles son los factores asociados a la no iniciación a la LM.		

11.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Estévez González. M^ªD, Martell Cebrián. D, Medina Santana. García Villanueva, E. Saavedra Santana, P.	Factores relacionados con el abandono de la LM	Estudio prospectivo en la red pública de Gran Canaria hasta seis meses postparto.
OBJETIVOS: Detectar los posibles factores que pueden estar influyendo en el abandono de la lactancia materna.		

12.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Pinilla Gómez, E. Orozco V, LC. Camargo, F. et al	Lactancia materna ineficaz_: prevalencia y factores asociados.	Estudio de corte transversal.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y factores asociados al diagnostico de enfermería “lactancia materna ineficaz” en lactantes menores de 6 meses hospitalizados		

13.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
García Cassanova.MC, García Cassanova. S, Pi Juan. M, Ruiz Mariscal. E y Parellada Esquius. N.	Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?	Estudio observacional analítico.
OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de LM en un grupo de mujeres y estudiar si guarda relación con la educación sanitaria.		

14.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO.
Karin Cadwell, Cynthia Turner- Maffei, Anna Blair, Kajse Brimdyr, Zoe Maja Mainerney.	Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers	Estudios experimentales comparativos.
OBJETIVO: Comparar entre tres estudios la curación, el cambio en el dolor y la satisfacción de las madres en tratamiento de dolor de pezón con diferentes intervenciones.		

15.

AUTOR/ES	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO
Fariba Seighali, Zanhra Farahani, Mamak Shariat.	The effects of two different breastfeeding workshops on improving knowledge, attitude and practice of participants. A comparative study.	Estudio experimental trasversal no aleatorio. (2014).
OBJETIVOS: Conocer los efectos que proporcionan las intervenciones dos grupos sobre LM diferentes en cuanto a conocimientos, actitudes y practicas con los participantes.		