

TRABAJO FIN DE GRADO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Principales problemas durante la lactancia materna,
métodos de prevención y tratamiento”

Autor:

Francisco Javier Navarro Guerrero

Directora:

Dra. Inmaculada Viedma Viedma

Murcia, a 3 de Abril de 2014

TRABAJO FIN DE GRADO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Principales problemas durante la lactancia materna,
métodos de prevención y tratamiento”

Autor:

Francisco Javier Navarro Guerrero

Directora:

Dra. Inmaculada Viedma Viedma

Murcia, a 3 de Abril de 2014



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2013-2014	
Apellidos: Navarro Guerrero		Nombre: Francisco Javier	
DNI:77756978-G	Titulación: Grado de Enfermería		
Título del trabajo: Principales problemas durante la lactancia materna, métodos de prevención y tratamiento			

El Prof/a. Dra. D^a. Inmaculada Viedma Viedma como Directora¹ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

¹) Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su constancia, esfuerzo y el ánimo que me han transmitido durante estos cuatro años de carrera.

A la Dra. Inmaculada Viedma, por su orientación y ayuda, porque sin ella la realización de este trabajo hubiera sido imposible.

ÍNDICE

RESUMEN	XVII
1. INTRODUCCIÓN	19
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo General	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3. MARCO TEÓRICO	23
3.1 Importancia de la lactancia materna	23
3.2 Evolución histórica y situación actual de la lactancia materna.....	24
3.3 Fisiología y funciones de la mama.....	28
3.3.1 Aspecto externo de la mama	28
3.3.2 El pezón.....	29
3.3.3 La areola.....	30
3.3.4 Interior de la mama.....	31
3.4 Principales problemas durante la lactancia materna y métodos de prevención y tratamiento	33
3.4.1. Dificultades psicosociales maternas	33
3.4.2 Dificultades de orden clínico.....	34
3.5 Papel de enfermería en la lactancia materna.....	45
4. METODOLOGÍA	47
4.1 Diseño del estudio	47
4.2 Sujeto del estudio	47
4.3 Ámbito y Período del estudio	47
4.4 Procedimiento de recogida de Información.....	47
4.4.1 Fuente de información.....	47
4.4.2 Procedimiento de recogida de información.....	48

4.4.3 Procesamiento de datos	48
5. RESULTADOS	51
5.1 Descripción del caso	51
5.1.1 Valoración del caso	54
5.2 Plan de Cuidados	57
5.2.1 Diagnósticos identificados	57
5.2.2 Red de Razonamiento DxE	60
5.2.3 Justificación y elección DxE principal	60
5.3 Problema de Colaboración y complicaciones potenciales	62
5.3.1 Red de Razonamiento CP	62
5.3.2 Justificación y elección CP principal	63
5.4 Planificación DxE principal	64
5.4.1 Objetivo principal (NOC)	64
5.4.2 Intervenciones (NIC)	65
5.5 Planificación CP principal	66
5.5.1 Objetivo principal (NOC)	66
5.5.2 Intervenciones (NIC)	67
5.6 Ejecución	68
5.7 Evaluación	81
5.7.1 Evaluación diagnóstico principal.....	81
5.7.2 Evaluación complicación potencial principal.....	83
5.8 Conclusión / Reflexión	84
6. DISCUSIÓN	85
6.1 Limitaciones del estudio.....	88
7. CONCLUSIONES	89
8. BIBLIOGRAFÍA	91

LISTADO DE ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría

AMS: Asamblea Mundial de la Salud

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

LLL: La Liga de la Leche

LM: Lactancia Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

RNPT: Recién Nacido Pretérmino

RESUMEN

Introducción y Objetivos: los profesionales de los servicios de maternidad de los hospitales ejercen un papel muy importante en la utilización de la lactancia materna, pues el proceso del parto y los primeros días del posparto condicionarán, en buena medida, su utilización y éxito. Los objetivos del estudio están orientados a conocer los principales problemas de las puérperas durante la lactancia materna y los principales métodos de prevención y tratamiento y el papel que tiene enfermería en el desarrollo de la lactancia materna. Metodología: investigación cualitativa, tipo estudio de caso, con búsqueda de evidencia científica en bases de datos de ciencias de la salud. Resultados: se identificó el diagnóstico enfermero principal: *(00104) lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento* y la complicación potencial principal *infección*, proponiendo intervenciones enfermeras encaminadas a resolver este diagnóstico. Discusión y limitaciones: los problemas en el pezón son una de las principales causas de abandono de la lactancia materna. Estos problemas surgen en general durante el primer mes y, al ser incapaces de solucionarlos, las madres adoptan directamente la lactancia artificial. Los factores más importantes para disminuir la incidencia de problemas como las grietas y la mastitis son la educación sanitaria relacionada con la técnica de lactancia materna. Conclusiones: durante la lactancia materna los problemas que aparecen con mayor frecuencia en las puérperas son los pezones planos o invertidos, las grietas en el pezón, los pezones doloridos y la ingurgitación mamaria. La mejor prevención de estos problemas es una adecuada educación sanitaria proporcionada por el personal de enfermería.

Descriptor: lactancia materna; prevención; problemas; tratamiento; enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en el estudio clínico de una paciente de 35 años sometida a una cesárea que presentó algunos problemas durante el desarrollo de la lactancia materna (grietas en el pezón y ansiedad).

En este trabajo se explican los principales problemas que aparecen durante la lactancia materna, tanto los problemas psicosociales como los de orden clínico y se identifican las medidas más importantes de prevención y tratamiento de estos problemas. Además, se describe la importancia y el papel que tiene la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna.

La lactancia materna (LM) es el alimento más idóneo para el desarrollo físico e incluso psíquico del ser humano en los primeros meses de vida. Es también uno de los principales factores de protección frente a enfermedades infecciosas. Así pues, desempeña un papel importante en la salud infantil, tanto por el aporte nutricional como por la acción antimicrobiana de la leche humana¹.

La lactancia materna ha sido siempre el alimento fundamental en los primeros meses de vida. Sin embargo, a escala mundial desde principios del siglo XX comenzó a disminuir el índice de lactancia al mes de vida, desde un 95% aproximadamente hasta un 20-40% en las décadas de los sesenta y setenta².

La mayoría de las madres (60%) suelen decidir antes del embarazo cómo van a alimentar a su hijo; un porcentaje más pequeño lo decide durante el embarazo (34%), y realmente son muy pocas (6%) las que lo hacen tras el parto³. Por ello, en el posparto los esfuerzos no deben ir encaminados a convencer a la madre para que dé el pecho a sus hijos, sino en procurar que las mujeres que lo quieren hacer lo lleven a cabo satisfactoriamente.

Los profesionales de los servicios de maternidad de los hospitales ejercen un papel muy importante en la utilización de la lactancia materna, pues el proceso del parto y los primeros días del posparto condicionarán, en buena medida, su utilización y éxito¹. Las rutinas seguidas en muchas plantas de

maternidad explicarían un gran porcentaje de las causas de no inicio de LM, así como también la falta de conocimientos y la mala técnica ⁴ .

En la literatura científica⁵ se han identificado ciertas prácticas hospitalarias como favorecedoras y otras como perjudiciales para el éxito de la LM. Entre las acciones favorecedoras se incluyen el alojamiento en la misma habitación de la madre-hijo (rooming-in), el momento de la primera toma de pecho (preferiblemente en la primera media hora de vida), la técnica de dar el pecho a demanda, la información y el apoyo a la LM, la educación sanitaria en las primeras tomas y la utilización de la LM en exclusiva. En cuanto a las acciones perjudiciales, se encuentran la rigidez de horarios para las tomas, la utilización de biberones de suero o de suplemento durante la hospitalización, la separación de la madre y el hijo durante el ingreso, retrasar la primera toma de pecho y los paquetes de regalos con muestras comerciales al alta hospitalaria.

El motivo de escoger este tema para la elaboración de mi trabajo fin de grado es que me interesa ampliar conocimientos sobre la lactancia materna, puesto que quiero ser matrócn y este mundo de la lactancia resulta vital en el desempeño de esta profesión. Por otro lado, durante mis prácticas en la unidad de maternidad pude observar que eran muchas las dificultades de las púérperas para proporcionar lactancia a sus hijos por lo que quiero conocer más aspectos sobre esta temática.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

- Describir los principales problemas de las puérperas durante la lactancia materna y los principales métodos de prevención y tratamiento.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las complicaciones más comunes que surgen durante la lactancia materna.
- Describir los métodos de prevención y tratamiento de los principales problemas que aparecen durante la lactancia materna.
- Identificar el papel de enfermería durante el proceso de la lactancia materna.
- Elaborar un plan de cuidados de una puérpera que presenta problemas durante el desarrollo de la lactancia según la taxonomía NANDA, NOC, NIC y los problemas de colaboración.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Importancia de la lactancia materna

La lactancia materna se considera la mejor forma de alimentación para el bebé durante los seis primeros meses de vida. Por ello no se recomienda dar otros alimentos o bebidas, salvo indicación contraria por el médico.

El calostro (que es la leche que las mujeres producen desde el séptimo mes de embarazo hasta 3-7 días después del parto-dependiendo si ha sido parto vaginal o cesárea), de color amarillento y de consistencia espesa, es rico en anticuerpos y glóbulos blancos que van a proteger al bebé de infecciones graves durante sus primeros días de vida, y lo van a estimular a mamar frecuentemente. Además el calostro también tiene función laxante, lo que va a ayudar a neonato a eliminar el meconio de su intestino (primeras heces de color muy oscuro), expulsando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia. Es también rico en factores de crecimiento, lo que ayuda a madurar el intestino y a prevenir alergias e intolerancias, y en vitamina A, que disminuye la severidad de las infecciones y previene enfermedades oculares.

La leche materna tiene los nutrientes exactos que los bebés necesitan en cada momento de su vida lactante, es de fácil digestión y se produce en la cantidad exacta que ellos requieren, ayuda a prevenir algunas enfermedades crónicas (como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, el asma, etc.), algunos tipos de cáncer (como la leucemia) y la muerte súbita del lactante.

La madre que amamanta se beneficia de una infertilidad temporal y de pérdida de peso en el puerperio. En la práctica de la lactancia materna se hace referencia al contacto temprano piel con piel, definido como la colocación del bebé desnudo sobre el pecho descubierto de su madre, y al que se relaciona con un aumento del tiempo de lactancia, fortalecimiento del vínculo materno filial y estabilidad cardiopulmonar en el bebé ⁶.

3.2 Evolución histórica y situación actual de la lactancia materna

La lactancia materna (LM) además de ser un proceso biológico, está determinada por la cultura, por lo tanto se puede afirmar que es un fenómeno biocultural.

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, ha desarrollado maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias:

- El calostro ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. El propio Aristóteles concluye que no debe ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche pobre, aguada y que no satisface al niño.
- Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Se ha señalado, por ejemplo, que la lactancia las debilita. Se les ha prohibido alimentos que pueden dañar la leche o al niño. Desde los tiempos de Galeno y Efeso se les ha restringido las relaciones sexuales por corromper la leche. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna.
- Los cánones de belleza en diversas épocas, han destacado el aspecto lúdico de los pechos, o idealizado los pechos pequeños, promoviendo su inviolabilidad, e imponiendo vestidos muy ajustados, influyendo en las madres para que eviten la lactancia.
- Muchas rutinas en la atención del nacimiento, han contribuido a dificultar la lactancia materna. Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo

activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas⁷.

A principios del siglo XX se inició un gran cambio en cuanto a la alimentación de los recién nacidos puesto que centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalización).

Esto significa que más de una generación de mujeres no ha amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura, la cultura del amamantamiento.

Tras los desastres que el uso indiscriminado de leche modificada causó en la población infantil, fueron las propias mujeres las que reaccionaron:

- Cecily Williams, pediatra que en 1933 describió el Kwashiokor (trastorno que se caracteriza por una ingesta inadecuada de proteínas en los niños) se oponía al uso generalizado de sustitutos de leche humana. En su conferencia *Milk and Murder* (leche y muerte) pronunciada en 1933 en el Singapore Rotary Club, atribuye miles de muertes de lactantes al consumo de leche de fórmula.
- En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia. La Liga de la Leche se fundó en 1956 y, en la actualidad, atiende cada mes a más de 300.000 madres en 63 países.

- En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió del descenso de la LM que se estaba produciendo en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de productos sucedáneos industriales de LM, recomendando a los estados miembros a adoptar medidas.
- En 1979 tuvo lugar una reunión conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño y finalmente en 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, al que el Gobierno Español se unió doce años más tarde mediante un Real Decreto (RD 1408/92 en BOE del 13/01/93).

Sin embargo estas recomendaciones de la OMS y la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de LM en los países más desarrollados detectándose que, tanto la pérdida de la cultura social de la LM como los sistemas sanitarios y los propios profesionales de la salud, de modo inintencionado, por su falta de preparación y conocimientos y la aplicación de rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, constituían el mayor freno a la LM en países desarrollados, aumentando la morbimortalidad infantil y el gasto sanitario en los mismos.

En 1990 en una nueva reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia surge la Declaración de Innocenti solicitando a los gobiernos que adopten medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna” y en 1991 surge la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), que es una acreditación que concede OMS/UNICEF a los hospitales que tras su evaluación cumplen con una serie de exigencias: más del 75% de LM al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la LM⁸.



Figura 1: Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Fuente: OMS⁹

En los datos obtenidos en varias comunidades autónomas de España, mediante una encuesta llevada a cabo por el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría en 1997¹⁰, se refleja una prevalencia de la LM de alrededor del 20% a los 4 meses. La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS según diversos informes y los resultados de estudios recientes dibujan una situación bastante negativa: los países europeos no cumplen las políticas y recomendaciones de la Estrategia Global para la Nutrición del lactante y niño pequeño que suscribieron durante la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2002, no se cumplen las metas de la Declaración de Innocenti, la formación de los profesionales sanitarios es inadecuada e incompleta, la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños está poco implantada (en nuestro país sólo 12 maternidades tienen el galardón de Hospital Amigo de los Niños) y la incidencia y prevalencia de lactancia materna es muy baja a los 6 meses en todos los países. En España no se dispone de

un sistema adecuado de monitorización de la situación de la lactancia por lo que los datos de los que se disponen provienen de estudios locales con poco rigor y obtenidos con diferente metodología por lo que sólo se puede establecer un contexto aproximado de la situación real.¹¹

3.3 Fisiología y funciones de la mama

Para poder comprender los principales problemas que afectan a las puérperas durante la lactancia materna se hace necesario conocer tanto la fisiología como las funciones principales de la mama.

Buena parte de las dificultades durante la LM surgen en los primeros días y dependen de que en la especie humana la producción abundante de leche tarda en aparecer unos días tras el parto. A este período se le denomina lactogénesis-II (cambios para que se inicie la secreción abundante de leche y ocurre tras el alumbramiento de la placenta y la desaparición de la progesterona) y representa el momento más crítico para el éxito de la lactancia¹².

Por ello cuanto mejor se conozca los factores que afectan a la puesta en funcionamiento de la mama mejor será la ayuda que se les podrá proporcionar a las madres con dificultades.

3.3.1. Aspecto externo de la mama

El tamaño y la forma de la mama son muy variables. Dependen del contenido en tejido graso y conectivo, por lo que hay poca relación entre el tamaño de las mamas y la capacidad para producir leche. Se ha comunicado que las mujeres obesas tienen riesgo de retraso en la lactogénesis II, y que algunas con poca grasa corporal pueden fabricar leche con menor contenido lipídico, que compensan produciendo un volumen superior, por lo que el aporte calórico final no se afecta¹³.

3.3.2. *El pezón*

Juega un papel importante durante los primeros días. Facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, hace de esfínter de los conductos glandulares y es el origen de estímulos sensoriales que activan secreciones hormonales. Está formado por tejido muscular liso, numerosas anastomosis arteriovenosas y gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas y motoras. Lo atraviesan las porciones distales de los conductos galactóforos y está cubierto por una piel gruesa y rugosa. El estímulo del pezón provoca contracción muscular y éstasis venoso; los pezones se vuelven más pequeños, firmes y prominentes.

Fuera de la succión, el tejido muscular del pezón ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud por delante del seno galactóforo, con objeto de que resulten más fáciles de vaciar al ser exprimidos por la lengua. La compleja disposición de las fibras musculares formando anillos y haces tangenciales desde el pezón hasta la areola es específica para esta misión.

Existen grandes diferencias en la forma y tamaño de los pezones de las mujeres, así como en la piel que los cubre. Algunos tipos de pezones plantean dificultades para iniciar la lactancia, pero si la madre es advertida durante el embarazo pueden afrontar mejor el problema tras el parto¹².

El pezón más frecuente y el más favorable para la lactancia, es blando en reposo y tiene poco más de un centímetro de altura y de anchura. Es habitual que el pezón resulte poco prominente, dando la impresión de pezón plano, que toma forma y sobresale fácilmente al ser estimulado. El auténtico pezón plano es menos frecuente. Al estimularlo con los dedos aumenta su consistencia pero apenas sobresale respecto a la areola. Este tipo de pezón exige más dedicación para conseguir que el niño acople bien su boca, pero tras unos días de succión este toma forma y apenas dificulta la lactancia. También puede ocurrir, aunque sea poco común, que al estimular el pezón este penetre hacia el interior de la mama en vez de sobresalir, es el pezón invertido y exige

aún más paciencia durante los primeros días, pero tampoco representa un obstáculo insalvable.

Los pezones muy anchos o muy largos pueden ser difíciles de introducir si la boca del niño es pequeña, y también pueden causar problemas los que resultan muy duros por tener mucho tejido muscular.

Cuando se inicia la succión, el dolor de los pezones es un problema frecuente. A partir de la pubertad la sensibilidad del pezón guarda relación con el nivel de estrógenos. En las 24 horas siguientes al parto la sensibilidad aumenta llamativamente, aunque la mujer no amamante, para activar el mecanismo de liberación de oxitocina y prolactina. El tratamiento con estrógenos disminuye la sensibilidad y frena la liberación de estas hormonas.

Aparte del nivel de estrógenos, el dolor de las primeras tetadas se ha relacionado con la succión en vacío de los conductos galactóforos, la congestión vascular de la zona y la compresión brusca de un pezón en erección. Muchas madres encuentran alivio “ablandando” los pezones con sus dedos unos minutos antes de la toma, ordeñando un poco de leche para descomprimir, o alternando calor y frío local antes de la toma. Estas molestias ceden en pocos días ¹³.

3.3.3 La areola

Es la porción de piel que rodea al pezón. Es de color oscuro, como el pezón y se oscurece más durante el embarazo. Tiene gran cantidad de células sudoríparas y sebáceas pero no tiene pelo. Las glándulas sebáceas de la areola son voluminosas, resaltan como pequeños granos en la superficie y segregan una sustancia que lubrica y protege la piel del pezón y la areola durante la lactancia. Se les llama tubérculos de Montgomery o de Morgani. No es infrecuente que un conducto galactóforo atraviese una glándula sebácea desembocando en un conducto común para ambas, haciéndose muy prominente bajo la piel ¹².

3.3.4 Interior de la mama

El tejido glandular de la mama está formado por gran número de alvéolos, en los que se elabora la leche y un sistema de conductos, que la conduce hacia el exterior.

Los conductos son inicialmente de pequeño calibre -conductos terminales, 0,2 mm-, y van confluyendo en otros cada vez más gruesos -subsegmentarios, segmentarios y colectores-. A la altura de la areola los conductos alcanzan su mayor calibre, entre 2 y 4 mm y es lo que se denomina conductos galactóforos. Antes de atravesar el pezón se dilatan aún más formando los senos galactóforos, y luego se hacen más estrechos hasta salir al exterior por orificios de alrededor de 0,5 mm, en número de 8 a 12. A lo largo de todos los conductos hay fibras musculares mioepiteliales que provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la leche hacia el pezón.

Los alvéolos y conductos que drenan a un mismo conducto galactóforo forman un lóbulo. En cada mama se estima que hay entre 15 y 25 lóbulos, aunque en el trayecto a través del pezón varios conductos confluyen en los 8-12 que finalmente se abren al exterior.

La disposición anatómica de las ramificaciones de los conductos (ángulo de la bifurcación), la presión de alvéolos adyacentes o de reacciones inflamatorias locales puede influir en que algunos segmentos de la mama tengan más dificultades para vaciarse y puedan provocar en algunas madres cuadros de retención de leche recurrentes, o incluso mastitis de repetición.

El aumento de presión intraalveolar de los segmentos bloqueados termina por inducir la involución de esas zonas, resolviendo el problema.

Desde las primeras semanas del embarazo la mama se prepara para lactar. El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo de crecimiento del árbol de conductos. La porción distal de cada conducto crece y

se ramifica, desplazando al tejido adiposo. El ritmo de ramificación va disminuyendo según avanza el embarazo, al tiempo que los fondos de saco de cada conductillo se diferencian en alvéolos, modificando el epitelio típico de los conductos por el epitelio secretor.

El extremo final de los conductos se organiza en unidades lobulillares, formadas por un ramillete de alvéolos que vacían su producción en un conducto terminal.

Rodeando estas unidades hay una importante red capilar, con abundantes células plasmáticas que aportarán a la leche inmunoglobulinas.

A partir del 5^o-6^o mes el aumento de tamaño depende del inicio de función de las células alveolares y del acumulo de secreción en los alvéolos y conductos. La mama está preparada para fabricar leche y de hecho se pueden detectar pequeñas cantidades de lactosa y alfa, lactoalbúmina en sangre y orina. A esta etapa se la denomina lactogénesis I (cambios necesarios para que una mama adulta se convierta en secretora que se completan en la segunda mitad del embarazo, pero los altos niveles de progesterona actúan de freno sobre la producción) ¹³.

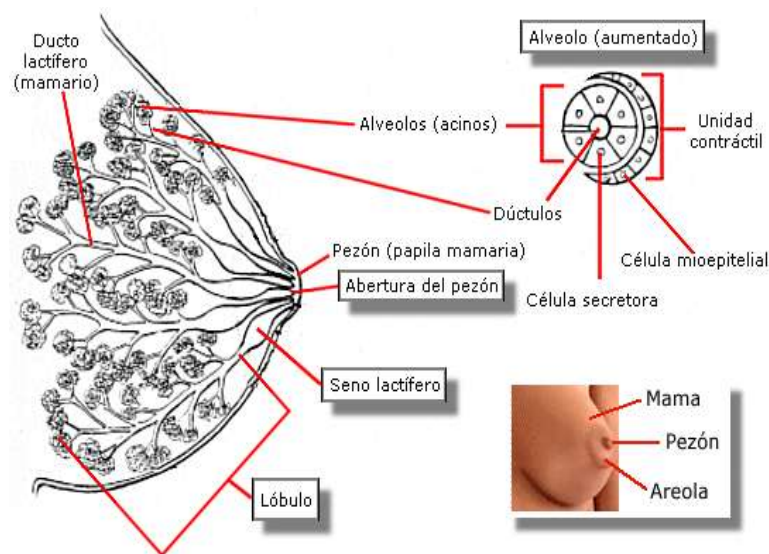


Figura 2: Anatomía de la mama

Fuente: Martín-Calama J ¹³

3.4 Principales problemas durante la lactancia materna y métodos de prevención y tratamiento.

En primer lugar describiré algunos problemas psicológicos y sociales que pueden afectar a las puérperas durante la LM y posteriormente explicaré algunos de los problemas de orden clínico que pueden aparecer durante el desarrollo de la LM.

3.4.1 Dificultades psicosociales maternas

- **Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico y social:** Hay mujeres que suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia. Si a esto agregamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, podemos tener un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de esta de forma efectiva.
- **Problemas conyugales:** Si la pareja no es participativa y comprensiva, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (labores domésticas, sociales, laborales por exigencias que provocan una sobrecarga y sexuales).
- **Depresión materna:** El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., provocan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia. Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos. El facultativo que la atiende debe realizar un interrogatorio prudente, pero instándola a que se exprese libremente para lograr conocer el problema (se sugiere aplicación de la escala de

Edimburgo a partir del 2º mes de vida del niño, o antes si se percibe alguna alteración para realizar la intervención que corresponda) ¹⁴.

- Ser madre adolescente: Las mujeres adolescentes que son madres por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, alimentándolos tempranamente con fórmulas, lo que quiebra la relación de la madre con el niño.
- Madre soltera: La madre soltera requiere de un gran apoyo de las personas o grupo que la rodean. Generalmente el padre de ese hijo no asume su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal ⁷.

Durán Menéndez y col.¹⁵ llevaron a cabo un estudio para determinar cómo influían los factores psicosociales en el abandono de la LM, resultando tasas mayores de abandono de LM en madres solteras con respecto a madres con una unión estable, ya fueran casadas o acompañadas. Además el estudio demostró que el 68,8 % de las madres que disfrutaban de apoyo familiar no abandonaron la lactancia materna, mientras que las que no lo recibían, sólo lograron mantener la lactancia en el 31,2% de los casos, lo que muestra una diferencia significativa. Por último, los resultados de este estudio demuestran que cuanto mayor es el nivel de ansiedad de la madre que ejerce la lactancia hay un mayor abandono de esta.

3.4.2 Dificultades de orden clínico

Muchas mujeres que se han planteado realizar una lactancia prolongada con sus hijos finalmente llevan a cabo un destete precoz debido a los problemas iniciales con los que se encuentran y para los cuales no se les ofrece ayuda útil para resolverlos. Las mujeres pueden experimentar diversos

problemas durante la lactancia y la mayor parte de ellos pueden ser prevenidos o aliviados, pero requieren su reconocimiento e intervención.

Estos suelen ser problemas tempranos porque suelen aparecer con más frecuencia en los primeros días, aunque pueden desarrollarse más tardíamente. Los problemas que aparecen con mayor frecuencia están en relación con los pezones planos o invertidos, las grietas en el pezón, los pezones doloridos y la ingurgitación mamaria ¹⁶.

- Pezones planos e invertidos

Los pezones planos son aquellos que no sobresalen hacia fuera y los pezones invertidos son aquellos que se hunden hacia dentro en lugar de proyectarse hacia fuera.

La presencia de pezones planos o invertidos no contraindica la lactancia, ya que ellos no juegan un papel primordial en el funcionamiento del amamantamiento sino que es el ordeño de la lengua del lactante de una buena porción de areola lo que hace extraer la leche.

Los pezones invertidos en reposo no protruyen pero pueden ser evertidos con la mano o por la succión del niño. Aparentemente, el grado de inversión del pezón y la fuerza de succión del niño determinan si el amamantamiento es posible, no existiendo una regla fija para predecir si una mujer con pezones invertidos será capaz de amamantar o no. Lo importante en estos casos no es el aspecto del pezón, sino la capacidad de estiramiento del mismo (protractilidad).

Los ejercicios de Hoffman, que consistían en el estiramiento del pezón con los dedos pulgar e índice, y que se aconsejaban a las mujeres durante el embarazo, no tienen ningún fundamento científico y por el contrario pueden tener algunos efectos perjudiciales, por lo que no deben recomendarse.

En las mujeres con pezones planos o invertidos durante la fase prenatal no hay que hacer nada especial, salvo informar a la madre que, si ella lo desea, podrá amamantar a su hijo. Se requiere un asesoramiento especial en los primeros días para explicar a la madre que el niño mama del pecho, y el asegurar el sello del niño sobre un pezón invertido, sin embargo, puede ser un problema en ocasiones. La eversión espontánea no va a requerir tratamiento. Algunas de las soluciones para conseguir un sellado adecuado son las siguientes:

- Procurar que el niño tenga la boca bien abierta antes del sellado.
- Iniciar el amamantamiento sobre el pezón invertido.
- Estimular el pezón antes de ofrecer el pecho y realizar una ligera presión para que protruya.
- Intentar aplicar una bomba de extracción durante unos segundos ¹⁶.

No se recomienda el uso de pezoneras pues no existe evidencia científica que respalde su utilización, salvo en el caso de recién nacidos pretérmino (RNPT) ya que el uso de pezoneras en el prematuro puede aumentar la cantidad de leche ingerida en cada toma ¹⁷.



Figura 3: Pezón normal, plano e invertido

Fuente: Maldonado J ¹⁶

- Pezones doloridos y grietas

Según Braña Marcos ¹⁸, las principales complicaciones asociadas durante las primeras semanas de LM son el dolor y las lesiones de pezón. Con una incidencia de entre el 34 y el 96% son la causa de que hasta un tercio de las madres cambie a métodos de alimentación alternativos durante las 6 primeras semanas después del parto. La identificación de las causas del dolor de pezón y su manejo, así como la utilización de tratamientos locales adecuados y basados en la evidencia, podrían contribuir a la utilización continuada de la LM.

El amamantamiento no duele, sin embargo en un alto porcentaje de mujeres, al inicio de la lactancia, puede existir dolor en la zona del pezón, que puede ser producido por varias causas: un dolor “fisiológico” transitorio, una mala posición del niño al pecho, una retirada incorrecta del niño, el uso de algunas cremas o productos cosméticos que irritan el pezón, la existencia de grietas y la sobreinfección entre otras ¹⁹.

El dolor en el pezón puede existir a veces sin un daño visible; en estos casos, es importante identificar la posible fuente del dolor, ya que muchas mujeres renuncian a amamantar cuando la fuente del dolor no es identificada y corregida o cuando parece inmanejable. En algunas mujeres existe un cierto dolor fisiológico transitorio en los primeros días, que generalmente se debe a la aplicación de una mayor presión negativa generada en los ductos en los que todavía no hay demasiada leche; en los primeros días los conductos no están llenos con un gran volumen de leche y la deglución es menos frecuente que la succión, por lo que la duración de la presión negativa puede ser mayor y causar ciertas molestias. En general esta situación, una vez descartadas otras posibles causas de dolor, tiene un fácil manejo realizando algunas recomendaciones a la mujer, como asegurarle a la madre que no durará siempre, sugerir que ofrezca el pecho menos dolorido primero (ya que la succión del niño es más vigorosa al principio) y usar diferentes posiciones para alternar los puntos de mayor presión.

Cuando existe un problema de base que provoca dolor en el pezón (como es la mala posición del niño al pecho) y no se corrige, el dolor progresa hasta producir lesiones, desde una pequeña fisura hasta grietas de mayor profundidad. Existe una fuerte correlación entre el dolor y la mala posición del niño al pecho y ello requiere una intervención inmediata para evitar un mayor daño del pezón.

El dolor de las grietas suele comenzar con el inicio de la succión y suele aliviarse después de las primeras succiones del bebé. El niño puede incluso presentar algún vómito de contenido hemático como consecuencia de la presencia de grietas en el pezón.

Se deben de examinar los pezones buscando la existencia de grietas, observar clínicamente una toma para ver la técnica de amamantamiento y la posición, y preguntar a la madre sobre las prácticas de higiene y el uso de cremas en los pechos.

Lavar el pezón antes y después de cada toma, es una práctica muy extendida pero innecesaria según la evidencia científica ya que puede favorecer la aparición de grietas. Otras causas, menos frecuentes, que pueden dar lugar a dolor en los pezones e incluso provocar grietas son el frenillo lingual y la existencia de micrognatia (mandíbula muy pequeña), por ello, el examen del bebé también es importante ²⁰.

Se pueden llevar a cabo una serie estrategias para prevenir la aparición de grietas entre las que se encuentran:

- Asegurar una buena posición y sellado del niño al pecho.
- Evitar el uso de chupetes para prevenir el síndrome de confusión tetina-pezón.
- Desaconsejar el lavado del pezón en cada toma.
- Secar los pezones al aire reduce la posibilidad de tener un medio ambiente húmedo que macere la zona de succión.

- Aconsejar a la madre que, si utiliza protectores para evitar mancharse la ropa, los cambie con frecuencia para evitar humedad en el pezón.

Entre las estrategias de tratamiento que se pueden emplear para favorecer la desaparición de las grietas se puede destacar:

- Conseguir una buena posición del niño al pecho e insistir en la realización de un buen sellado con la boca del niño abarcando el pezón y un buen trozo de areola, empezando siempre por el pecho no afectado o por el menos afectado, para evitar la succión demasiado vigorosa del inicio.
- Aconsejar el amamantamiento frecuente para evitar la ingurgitación y la dificultad en el agarre.
- Los métodos alternativos como alternar diferentes tipos de posturas al pecho pueden ser efectivos o bien estimular el pezón con el sacaleches.
- El uso tópico de una crema de lanolina modificada ha demostrado algunos beneficios, en algunos estudios, al mejorar la cicatrización ¹⁸.
- Si el dolor al amamantar es muy intenso, se puede realizar la extracción de leche materna de manera manual o con bomba hasta que cicatrice la grieta ¹⁶.

Atendiendo al estudio realizado por Braña Marcos ¹⁸ en el que se realizaron diferentes intervenciones utilizadas para prevenir y/o reducir el dolor y las lesiones en el pezón asociados a la LM se concluyó que los factores más importantes para disminuir su incidencia son la educación sanitaria relacionada con la técnica de la LM y la información anticipada acerca de la alta incidencia de su aparición después del parto. Además este estudio demostró la efectividad del uso de compresas con agua tibia y mantener los pezones limpios y secos para prevenir las grietas así como que la aplicación de masajes con la propia leche materna reduce la duración de las grietas. Este artículo también recoge que no se deben aplicar apósitos de hidrogel sobre el pezón debido al alto índice de infecciones asociadas (especialmente las causadas por *Staphylococcus aureus*).



Figura 4: Pezón agrietado

Fuente: Maldonado J¹⁶

- Ingurgitación o congestión mamaria

El término ingurgitación se utiliza para definir la distensión de la glándula mamaria. En el postparto inmediato, existe de forma fisiológica, en los 2-4 primeros días, un aumento del flujo sanguíneo y linfático en las mamas que dan lugar a la sensación de tensión y dolor que acompaña a la ingurgitación mamaria, de manera que la ingurgitación mamaria se debe más a dicho aumento de flujo. Es un signo de producción de leche pero no de volumen de leche.

La ingurgitación comienza cuando la leche se acumula en los alvéolos y estos al distenderse, comprimen el tejido circundante. En la ingurgitación participan los dos factores: el aumento de la vascularización y la acumulación de leche. La ingurgitación mamaria suele estar correlacionada con: el retraso de las primeras succiones, frecuencia escasa de las tomas, limitación en el tiempo de succión y la suplementación con fórmula adaptada o sueros. Evitar dichas prácticas prevendrá la mayoría de estas ingurgitaciones²¹.

La ingurgitación postparto puede dar lugar a molestias leves o intensas, dificulta el agarre del niño al pecho y dificulta la salida de leche, entrando en un círculo vicioso de tal forma que, al no vaciarse el pecho se produce tensión y dolor y una menor producción de leche; si no se rompe el círculo, el problema

puede ir en aumento y producirse una obstrucción de los conductos que desencadene en la producción de una mastitis ¹⁶.

La ingurgitación mamaria se asocia con mamas duras, dolorosas, palpitantes y sensibles que pueden provocar que las mujeres necesiten analgesia, presenten mastitis o interrumpan momentánea o permanentemente la lactancia. Las molestias asociadas con la ingurgitación mamaria pueden provocar que las mujeres que inician la lactancia materna no la puedan mantener más allá de los primeros días después del parto ²².

Algunas técnicas para amamantar se han asociado específicamente con una menor incidencia de congestión mamaria, entre ellas el vaciado de una mama en cada toma y alternar la mama que se ofrece primero. El amamantamiento frecuente durante las primeras 48 horas está asociado con niveles inferiores de congestión mamaria posteriores. El manejo óptimo de la lactancia materna y el apoyo a esta se reconoce como un factor positivo en la reducción de la frecuencia de síntomas de congestión mamaria ²³.

Entre las estrategias de prevención y tratamiento que se pueden adoptar con respecto a la ingurgitación mamaria encontramos:

- El mejor método para evitar la ingurgitación mamaria y mejorarla es favorecer el amamantamiento precoz y frecuente en una posición correcta.
- La aplicación de calor local (baño o ducha templada o compresas templadas) antes de que el niño mame, junto con un masaje suave y circular, producirá una vasodilatación y facilitará la salida de la leche.
- Si la areola está a tensión es necesario extraer algo de leche, justo la suficiente para aflojar la zona del pezón y areola, inmediatamente antes de poner al niño al pecho para que pueda realizar un buen agarre.
- La aplicación de frío a nivel local (mediante compresas frías o bolsa de hielo en el pecho) tras la toma tiene efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio y produce alivio a muchas mujeres.

- No hay ningún inconveniente en tomar algún antiinflamatorio y/o analgésico para proporcionar alivio a la madre.
- El uso de antibióticos y la retirada de la lactancia estaría totalmente injustificada ¹⁶.

El apoyo para iniciar la lactancia materna y el apoyo continuo son importantes porque se ha demostrado que las tasas de lactancia materna disminuyen al disminuir el apoyo de la lactancia materna. La falta de apoyo da lugar a problemas para establecer la lactancia materna, ingurgitación mamaria y pezones dolorosos o agrietados; habitualmente debido a una técnica deficiente ²⁴.

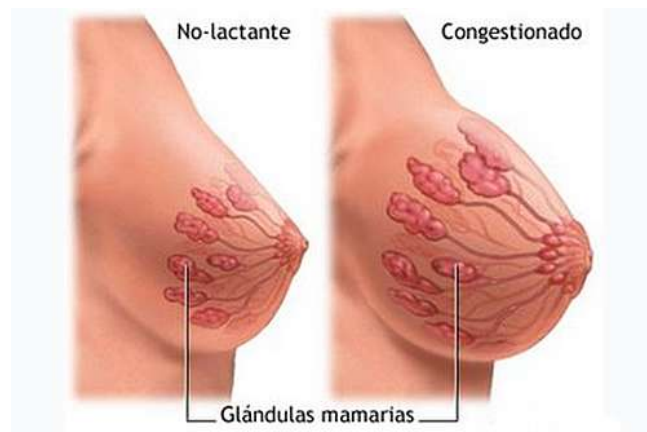


Figura 5: Mama normal y congestionada

Fuente: Fernández Medina IM, González Fernández CT ²³

- Mastitis puerperal o mastitis de la lactancia

La mastitis puerperal o mastitis de la lactancia es una afección del puerperio que representa uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna. Principalmente suele ocurrir entre la semana 2ª y 3ª del parto. La evidencia científica corrobora que el interrumpir la lactancia ante un ataque de mastitis no favorece la recuperación y que un amamantamiento exclusivo y sin restricciones son medidas eficaces de prevenir la éstasis de leche y la diseminación de la infección. La matrona y el personal de enfermería desempeñan un papel muy importante en la detección de aquellas mujeres que

presentan los primeros síntomas de aparición de mastitis en el posparto intermedio, tanto en la sala de maternidad como en la consulta de atención primaria ²⁰.

La sintomatología que suele aparecer es una induración dolorosa en la superficie de la mama (normalmente solo un pecho afectado) junto con inflamación, enrojecimiento, hinchazón, y calor en la zona. Además, puede presentar fiebre de 39-40° junto con escalofríos. Si la infección progresa puede formar un absceso (colección purulenta bien delimitada) ²⁵.

La etiología de la mastitis puede ser diversa:

- No infecciosa: aparecen síntomas inflamatorios debido al acúmulo o retención de leche. Generalmente se produce por un mal vaciado de la mama, y en algunas ocasiones, el agua de la leche se reabsorbe y los componentes se acumulan pudiendo evolucionar a una mastitis infecciosa.
- Infecciosa: el organismo patógeno que la produce generalmente es el *Staphylococcus aureus* aunque pueden también estar presentes bacterias del tipo *Streptococcus*, *Haemophilus* o *Escherichia coli*. Dichos organismos son transportados por las manos y las ropas de la puerpera hasta las grietas o fisuras del pezón donde alcanzan los conductos galactóforos. Otras vías de transmisión pueden ser: canalicular o linfática, hematógena.

El recuento de leucocitos en la leche, el recuento de colonias de bacterias y el cultivo pueden ser pruebas útiles para diferenciar la mastitis infecciosa de la no infecciosa.

Otros tipos de mastitis son:

- Crónica: Aparece como consecuencia de un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis originaria.
- Micótica: producida generalmente por *Candida albicans*. Suelen aparecer de forma secundaria a una mastitis tratada con antibióticos ²⁶.

Las actuaciones de prevención y tratamiento recomendadas para la mastitis puerperal son las siguientes:

- Amamantar muy a menudo el pecho afectado. No se recomienda dejar la lactancia ante un episodio de mastitis por mayor riesgo de absceso.
- Descansar.
- Controlar la temperatura.
- Lavado de manos vigoroso.
- Adecuada hidratación y alimentación.
- Masajear suavemente cualquier zona abultada mientras el niño está mamando para ayudar a que la leche fluya de ella; no ejercer mucha presión para no favorecer la inflamación.
- Colocar compresas con agua tibia sobre el pecho afectado, bañarse o ducharse con agua tibia para favorecer la eyección láctea.
- Se recomienda mantener los pezones limpios y secos para prevenir la aparición de grietas. Aunque no se recomienda lavar los pezones antes y después de cada toma puesto que la humedad empeora el cuadro de mastitis.
- El uso de la leche en el pezón previene de la aparición de grietas, pues posee inmunoglobulinas y linfocitos que protegen el pezón.
- Evitar la utilización de cremas, protectores de celulosa y soluciones para el lavado de los pezones; sólo se aplicará agua limpia sin jabón durante la ducha diaria.
- Antes de poner al bebé al pecho, extraer un poco de leche para disminuir la tensión de la areola y facilitar el agarre.
- Cuando el dolor provocado en las tomas directas sea más intenso y doloroso para la madre, usar si es necesario sacaleches, bombas de extracción dobles o evacuar la leche de forma manual al final de las tomas.
- Evitar vasoconstrictores como la cafeína y el tabaco.
- El uso de pezoneras aunque sean de las más indicadas (de silicona ultra fina y tamaño adecuado) no parecen mejorar la comodidad de la madre afectada, incluso pueden aumentar las lesiones por rozamiento.

- El uso de escudos aireadores puede evitar el dolor por roce con la ropa, mejorar la actuación de las pomadas tópicas, y no interferir en el proceso de cicatrización ²⁰.

En cuanto al tratamiento farmacológico se puede administrar analgesia para el dolor y la inflamación. El uso de antiinflamatorios, tipo ibuprofeno, son más eficaces para la reducción de los síntomas que el paracetamol. Por otro lado no se ha demostrado que el uso de antibióticos sea efectivo en la mastitis de la lactancia ²⁷.



Figura 6: Mastitis

Fuente: Díaz NM ²⁶

3.5 Papel de enfermería en la lactancia materna

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la lactancia materna llegó a su punto más bajo, pueden ser mujeres que desconozcan la lactancia natural y, sobre todo, que desconfían de su propia capacidad para lactar. Por ello es importante que enfermería insista de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Técnicas correctas de amamantamiento.
- Evaluación de las mamas.
- Detección de factores de riesgo para la lactancia.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia.

La educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5-10%. En el caso de que la mujer haya optado por lactancia artificial el personal de enfermería deberá indagar sobre el motivo de su decisión, ya que puede estar basada en conceptos erróneos o malas experiencias previas personales o familiares. Pero en todo momento, se deberá mostrar una actitud de respeto y cordialidad ²⁸.

La educación durante el embarazo sobre aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna, tanto si es en grupo como si es individual, mejora los índices de lactancia durante la estancia en el hospital y en los primeros meses, especialmente en las primíparas. Por tanto, la matrona debe animar a las madres que hayan decidido lactar y a aquellas que estén en duda, a que acudan a clases de educación prenatal (en las que se dedique tiempo a la lactancia materna) o, si estas no existen o no les es posible asistir, a que contacten con profesionales con experiencia que puedan darles información o con grupos de apoyo, especialmente si son primíparas, y mejor si lo hacen acompañadas de sus parejas.

Con relación a la lactancia materna el contenido de esta educación prenatal debe comprender, sobre todo, lo que es el inicio de la lactancia: contacto precoz, inicio inmediato, comportamiento del bebé, horario a demanda, postura correcta, calostro y subida de leche, evitar suplementos y chupetes, problemas de los primeros días (pezones dolorosos, grietas, ingurgitación mamaria) y cómo resolverlos ²⁹.

Se ha demostrado que los momentos más utilizados por el equipo de enfermería y de mayor impacto para brindar información a las madres sobre alimentación natural fueron el control prenatal y la hospitalización para el parto, lo cual presupone que la mejor receptividad se da en estos escenarios que deben ser priorizados, debiéndose rescatar otros espacios como el hogar y las instancias de control del niño sano para potenciar resultados. Además, se ha confirmado que con respecto al apoyo de la lactancia materna el tiempo aumenta en las mujeres que recibieron educación sanitaria y apoyo por parte del personal de salud ³⁰.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio.

Para la realización del presente trabajo se ha diseñado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso.

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 35 años, ama de casa, que ingresa a primera hora de la mañana en la planta de maternidad procedente de quirófano donde se le ha practicado una cesárea mediante incisión de Pfannenstiel por no progresión de parto vaginal con anestesia epidural.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en el servicio de maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de la Ciudad de Murcia en el periodo comprendido entre el 4 de Noviembre de 2013 hasta el 22 de Diciembre de 2013 durante la realización del primer rotatorio del Practicum VI.

4.4 Procedimiento de recogida de información.

4.4.1. Fuente de información.

La fuente de donde se ha extraído la información para la realización del presente trabajo ha sido la propia paciente, a la que se le realizó una valoración utilizando las técnicas de: observación, exploración física y entrevista. Otras fuentes de datos fueron la historia clínica, la información revelada por la familia y los datos aportados por la enfermera asignada a la paciente.

La revisión de evidencia científica se ha realizado fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo y Elsevier. Además se han revisado otros documentos como manuales, guías de práctica clínica, revistas

especializadas, estrategias de organismos oficiales y documentos no oficiales generados en el centro de observación (folletos informativos, etc.).

4.4.2. Procedimiento de recogida de información.

La recogida de datos se realizó tras previo consentimiento de la paciente y asegurándose asimismo la máxima confidencialidad de datos y privacidad de la misma. Esta recogida se hizo en primer lugar a través de la revisión de la historia clínica del paciente recogiendo datos como motivo de consulta, antecedentes médicos familiares y personales, pruebas diagnósticas y complementarias así como la evolución tras ingreso.

Tras esto se procedió a realizar la valoración de enfermería basándose en los once patrones según Marjory Gordon³¹ identificando así los principales diagnósticos enfermeros para la realización de un plan de cuidados.

Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos como Medline, Cuiden, Elsevier, en la biblioteca Cochrane Plus y en la biblioteca virtual Scielo. También en la biblioteca y hemeroteca de la Universidad Católica de Murcia.

Para la búsqueda se han utilizado palabras clave como lactancia materna, prevención, problemas, tratamiento, enfermería, añadiendo a las palabras clave conectores como and y not.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido procesados según la metodología enfermera. Tras la valoración de la paciente en base a los once patrones funcionales de Marjory Gordon³¹, se procedió a la selección del diagnóstico principal, según la taxonomía NANDA³² y los problemas de colaboración, mediante la realización de una red de razonamiento clínico del “modelo AREA” gestado por el Dr. Pesut³³. Una vez seleccionados el diagnóstico y el problema de colaboración principal se procedió al establecimiento de los criterios de resultados (NOC)³⁴ e intervenciones (NIC)³⁵ y actividades. Tras la ejecución de las actividades de

enfermería, se realizó una evaluación en base a los criterios de resultados establecidos en el diseño del plan de cuidados, con el fin de investigar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

Mujer de 35 años, ama de casa, que ingresa a primera hora de la mañana en la planta 2^a-1^a de maternidad del hospital universitario Virgen de la Arrixaca procedente de quirófano donde se le ha practicado una cesárea.

La cesárea se lleva a cabo a través de una incisión de Pfannenstiel por no progresión de parto vaginal con anestesia epidural y se le aplica una sutura con grapas metálicas.

La paciente es primípara, su grupo sanguíneo es A+ y la cesárea se le practica a las 40 semanas de gestación, dando a luz a un niño de 4760 gramos. Durante la gestación la mujer lleva un control adecuado del embarazo, realizándose las ecografías recomendadas y siguiendo las recomendaciones de la matrona. Es alérgica a la Penicilina y presenta una Diabetes Mellitus tipo 1 que le diagnosticaron en el año 2009, la cual trata con insulina. También nos informa de que ha tenido anemia durante el embarazo y que ha estado tomando hierro en la gestación para solucionar el problema, además de ácido fólico para prevenir posibles defectos del tubo neural. No presenta ninguna otra enfermedad y no ha sido sometida nunca antes a una intervención quirúrgica.

La paciente mide 1,68m y pesa 130 kg, con un índice de masa corporal de 46,1. En el quirófano le colocan una vía periférica nº 18 en el miembro superior derecho y un sondaje vesical Foley nº 14 Ch, con el que llega a planta. No es fumadora y no bebe alcohol. No presenta ninguna intolerancia alimentaria y afirma que come de todo. Durante su estancia en el hospital no refiere problemas para la defecación y después de la retirada de la sonda tras el primer día de ingreso orina sin ningún problema y de manera frecuente. A pesar de su peso la paciente es capaz de moverse sin ninguna dificultad y nos dice que en su casa es capaz de realizar todas las tareas diarias sin problema.

La paciente me comenta que era un hijo muy esperado para ella y su marido, que la acompaña en todo momento y no se separa de ella, mostrándose muy interesados ambos en aprender todo lo posible acerca de los cuidados básicos del recién nacido. A su ingreso la mujer comenta que quiere dar lactancia materna al niño pues a leído información acerca de los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para ella y está totalmente convencida de que quiere amamantar a su hijo. Sin embargo, a pesar de que el niño tiene intacta su capacidad de succión y no tiene ningún tipo de problema para poder lactar de manera correcta, la paciente es incapaz de amamantar al bebé porque refiere que no sabe cómo colocárselo de manera adecuada, los pezones le duelen mucho y además presenta grietas en las mamas. Esto hace que se muestre muy ansiosa durante su estancia en el hospital porque se siente impotente y triste al no poder alimentar a su niño e incluso llora en nuestra presencia y llega decir que es una mala madre. Además refiere que tiene miedo de que el bebé no esté correctamente alimentado y eso le causa estrés e inquietud. Esto también le causa problemas con el sueño pues afirma que no para de pensar en este hecho y que no descansa lo suficiente.

La mujer refiere verbalmente que tiene dolor en la zona de la incisión quirúrgica a pesar de la analgesia y también que tiene un dolor similar a las contracciones debido a la contracción del útero que se produce tras una cesárea. Al ingreso se le realiza una exploración que resulta ser favorable en la que se palpa el útero presentándose contraído y a nivel infraumbilical y presenta una metrorragia similar a una regla. También presenta unas hemorroides bastantes exacerbadas que le causan un gran malestar y náuseas fruto del efecto de la anestesia epidural.

Al examinar a la paciente su temperatura era de 36.5 °C, pulso de 75 latidos por minuto, y su tensión arterial (en decúbito supino) era de 128/85 mmHg.

Tratamiento médico: 2500cc de suero fisiológico 0,9% y suero glucosado 5% + 10 UI de oxitocina en sueros alternos durante 24 horas.

Perfusión analgésica con la que llega a planta: 500 cc de suero glucosado 5% a 21ml/h+ 3 ampollas de Ketorolaco 30 mg+ 1 ampolla cloruro mórfico 10 mg.

Medicación durante las primeras 24 horas tras la intervención: Metoclopramida 10mg iv/8 horas, Ranitidina 50mg iv/8 horas, Diclofenaco 75mg/ampollas 3ml IM para tratar las hemorroides y Clexane 40 mg sc.

Tras las primeras 24 horas la medicación pasa a ser por vía oral: Nolotil 575mg/8 horas, Ranitidina 150 mg/12 horas y Clexane 40mg sc cada 24 horas. También se le aplica la crema Purelan 100 (Lanolina) para tratar las grietas.

El protocolo establece que las mujeres sometidas a una cesárea deben permanecer en cama y con sueroterapia durante las primeras 24 horas tras el ingreso, iniciando tolerancia con un zumo a manzanilla a las 12 horas. Se le realiza un hemograma de control a las 24 horas para valorar el hematocrito, obteniendo un hematocrito de 26% y una hemoglobina de 6.8 (siendo las cifras normales de hematocrito de 36%-46% y de hemoglobina 12g/dl-16g/dl) por lo que el facultativo decide que es necesario transfundirle un concentrado de hematíes y además se le pauta Ferrogradumet 525mg (hierro) cada 12 horas. El sondaje vesical se le retira a las 24 horas del ingreso.

La dieta que se le programa es una dieta semiblanda durante las primeras 24 horas, que progresa a una dieta blanda el segundo día y una dieta basal el tercer día de estancia en la planta.

En el quirófano se le administra una profilaxis antibiótica: Clindamicina 600 mg iv + Gentamicina 240 mg iv.

5.1.1. *Valoración del caso (según Modelo 11 patrones funcionales de Marjory Gordon)*³¹

❖ Patrón percepción de salud-manejo de salud:

La paciente es portadora de una vía periférica del nº 18 en el miembro superior derecho.

Es alérgica a la penicilina. Su grupo sanguíneo y Rh es A+.

No fuma ni tampoco bebe alcohol.

Su embarazo ha sido totalmente buscado y deseado y ha llevado un adecuado control del mismo, realizándose la cesárea en la semana 40 de gestación.

La paciente no había sido sometida antes a ninguna intervención quirúrgica y no presenta ninguna enfermedad grave. Nos informa de que ha tenido anemia durante la gestación, que ha tratado adecuadamente. Presenta una adecuada adherencia al tratamiento médico y se ha informado sobre los beneficios de la lactancia materna.

❖ Patrón nutricional-metabólico:

Tiene un peso de 79 kg y altura de 1,80 m. Su IMC es 46.1 por lo que presenta obesidad tipo III-mórbida (IMC 40-49.9).

Refiere que no tiene ninguna tolerancia alimentaria y que come de todo.

Durante el embarazo ha estado tomando hierro y ácido fólico.

Presenta una Diabetes Mellitus tipo I que le diagnosticaron en el año 2009.

Durante las primeras horas tras el ingreso la paciente nos comunica que tiene náuseas como resultado de los efectos secundarios de la anestesia epidural.

La paciente no es capaz de llevar a cabo una lactancia efectiva debido a la falta de conocimiento que tiene respecto a la posición adecuada para la lactancia y además presenta dolor en los pezones y grietas en ambas mamas.

Temperatura: 36.5 °C (Es normal pues los valores normales son 36.5°C-37.5°C).

Es portadora de una vía periférica en el miembro superior derecho (lesión en la piel) y presenta una herida quirúrgica en el abdomen resultado de la cesárea.

❖ Patrón eliminación:

La paciente no presenta ningún tipo de problema para defecar y tras la retirada del sondaje vesical micciona de manera frecuente y adecuada.

En la exploración física al ingreso se observan una hemorroides bastantes grandes que causan dolor y malestar a la paciente.

Tiene una metrorragia fisiológica, similar a una regla.

❖ Patrón actividad-ejercicio:

Tensión arterial: 128/85 mmHg (Es normal pues en un adulto las cifras normales de tensión arterial están por debajo de 140 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica).

Presenta una frecuencia cardíaca en reposo de 75 lpm (es normal pues en el adulto las cifras normales de frecuencia cardíaca se encuentran entre 60-100 lpm).

La paciente, a pesar de su peso, es capaz de desplazarse y de moverse sin ningún problema y afirma que en su casa realiza las tareas sin dificultad.

❖ Patrón sueño-descanso:

Presenta dificultad para dormir y refiere que no descansa bien porque no para de pensar en que no es capaz de amamantar a su hijo.

❖ Patrón cognitivo-perceptual:

En ocasiones la paciente manifiesta dolor en la zona de la incisión quirúrgica y describe que tiene un dolor similar a las contracciones, resultado de la progresiva contracción del útero tras la cesárea.

❖ Patrón autopercepción- autoconcepto:

La paciente relata que tiene una gran ansiedad debido a que no es capaz de amamantar a su hijo lo que le causa una gran tristeza y angustia e incluso llega a decir que es una mala madre.

❖ Patrón rol-relaciones:

La paciente está casada y su marido no se separa de ella durante su estancia en el hospital, apoyándola y ayudándola en todo momento.

❖ Patrón sexualidad-reproducción:

La paciente es primípara y la cesárea se realiza en la semana 40 de gestación. Lleva a cabo un adecuado control del embarazo.

❖ Patrón adaptación-tolerancia al estrés:

Como tiene dificultades para amamantar al neonato, la paciente refiere que siente miedo porque cree que el bebé no está bien alimentado y esto le causa mucha inquietud.

❖ Patrón valores y creencias:

La paciente no tiene ninguna duda de que la lactancia materna es lo mejor para ella y para su bebé y quiere llevarla a cabo de cualquier forma, a pesar de los problemas que presenta en las mamas.

5.2. Plan de Cuidados.

5.2.1. Diagnósticos identificados ³²

Patrón percepción de salud-manejo de salud

- (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

Patrón nutricional-metabólico

- (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p factores biológicos.

Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión

- (00134) Náuseas r/c fármacos m/p sensación nauseosa.

Definición: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (p. ej., fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones) m/p destrucción de las capas de la piel.

Definición: Alteración de la epidermis y/o la dermis.

Dominio 11: Seguridad/ Protección.

Clase 2: Lesión física.

- (00104) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento.

Definición: La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Patrón eliminación

- (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Dominio 11: seguridad/ protección.

Clase 1: Infección.

- (00022) Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia r/c deterioro de la contractibilidad vesical.

Definición: Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 1: Función urinaria.

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la sensibilidad m/p alteración de la superficie de la piel.

Definición: Alteración de la epidermis y/o la dermis.

Dominio 11: Seguridad/ Protección.

Clase 2: Lesión física.

Patrón sueño-descanso

- (00198) Trastorno del patrón de sueño r/c responsabilidades como cuidador m/p quejas verbales de no sentirse descansado.

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Patrón cognitivo-perceptual

- (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos (p. ej., biológicos, químicos, físicos, psicológicos) m/p informe verbal de dolor.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

Patrón autopercepción- autoconcepto

- (00146) Ansiedad r/c amenaza para la función del rol m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta a que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- (00069) Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre m/p incapacidad para satisfacer las necesidades del rol.

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/ o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

5.2.2 Red de Razonamiento DxE

Diagnóstico principal

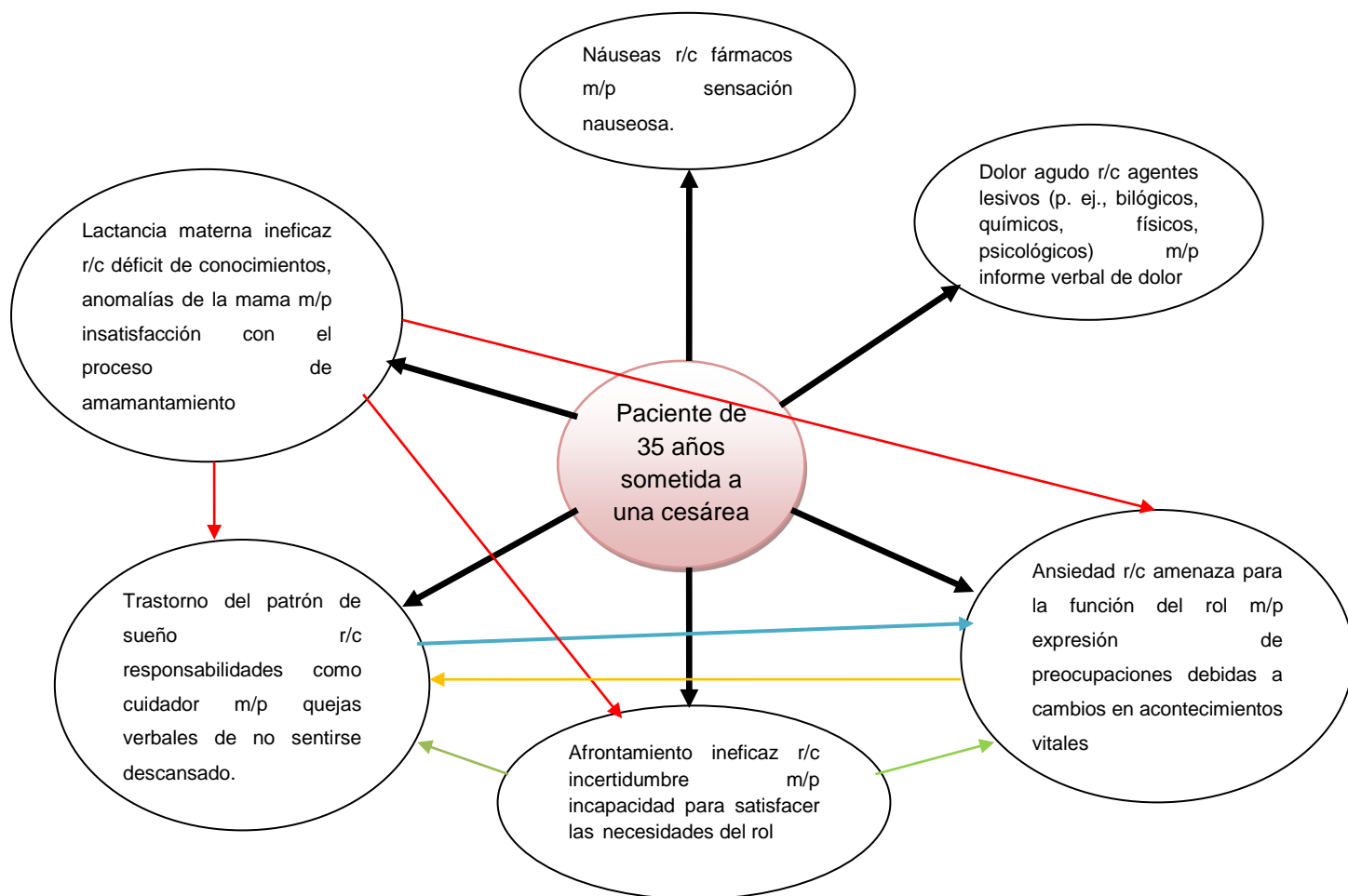


Figura 7. Red de razonamiento diagnóstico del modelo AREA

Fuente: Elaboración propia a partir de Pesut y Hermann³³

5.2.3 Justificación y elección DxE principal

Al realizar la red de razonamiento he llegado a la conclusión de que mi diagnóstico principal sería (00104) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento.

La razón de que este sea el diagnóstico principal es que al solucionarlo se solucionan la mayoría de los restantes problemas del paciente. Si se

consigue que la paciente pueda dar lactancia materna a su hijo, esto es, disminuir el dolor de los pezones y reducir o solucionar las grietas de las mamas, se mejora el patrón de sueño pues la paciente no estaría pensando toda la noche que es incapaz de dar leche a su hijo y podría descansar de manera satisfactoria.

Si se soluciona el problema de la lactancia también se elimina la ansiedad que dice sentir la paciente por no poder alimentar a su hijo de la forma que ella quiere y que cree más beneficiosa, pues si no tuviera los problemas antes mencionados podría amamantar de manera eficaz ya que el neonato tiene una excelente capacidad de succión y así podría sentirse satisfecha en el ejercicio de su nuevo rol de madre.

Por último, si no existiera ningún problema que dificultara la lactancia materna la paciente podría ejercer de manera efectiva su rol de madre y afrontar correctamente su nuevo papel.

Aunque la madre esté informada de los beneficios de la lactancia materna, los problemas que tiene en las mamas y que le impiden amamantar podrían hacer que la paciente desistiese y que abandonara la idea de la lactancia materna, lo que resulta negativo tanto para la madre como para el hijo. Por ello es muy importante tratar este problema.

Las madres primíparas abandonan la lactancia materna exclusiva en el primer mes con mayor frecuencia que las multíparas y ello pudiera deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento de las primeras, lo cual favorece la aparición de grietas del pezón y otras molestias para la madre y el niño que en una madre mal preparada y orientada puede llevar al abandono de la lactancia materna. El desconocimiento de las técnicas de amamantamiento puede dar al traste con la duración de la lactancia materna, causando ansiedad en la madre que tiende a ofrecer otros alimentos al niño bajo la creencia errónea de que no tiene leche suficiente.¹⁵ Por lo tanto es necesario ayudar y aconsejar a la paciente para que se realice una lactancia correcta.

5.3 Problema de colaboración y complicaciones potenciales.

5.3.1 Red de Razonamiento CP

Problema de colaboración: Cesárea por no progresión de parto vaginal.

Complicaciones potenciales: ³⁶

- Hemorragia postparto
- Meteorismo
- Infección
- Tromboflebitis venosa profunda
- Náuseas/Vómitos

Complicación potencial principal

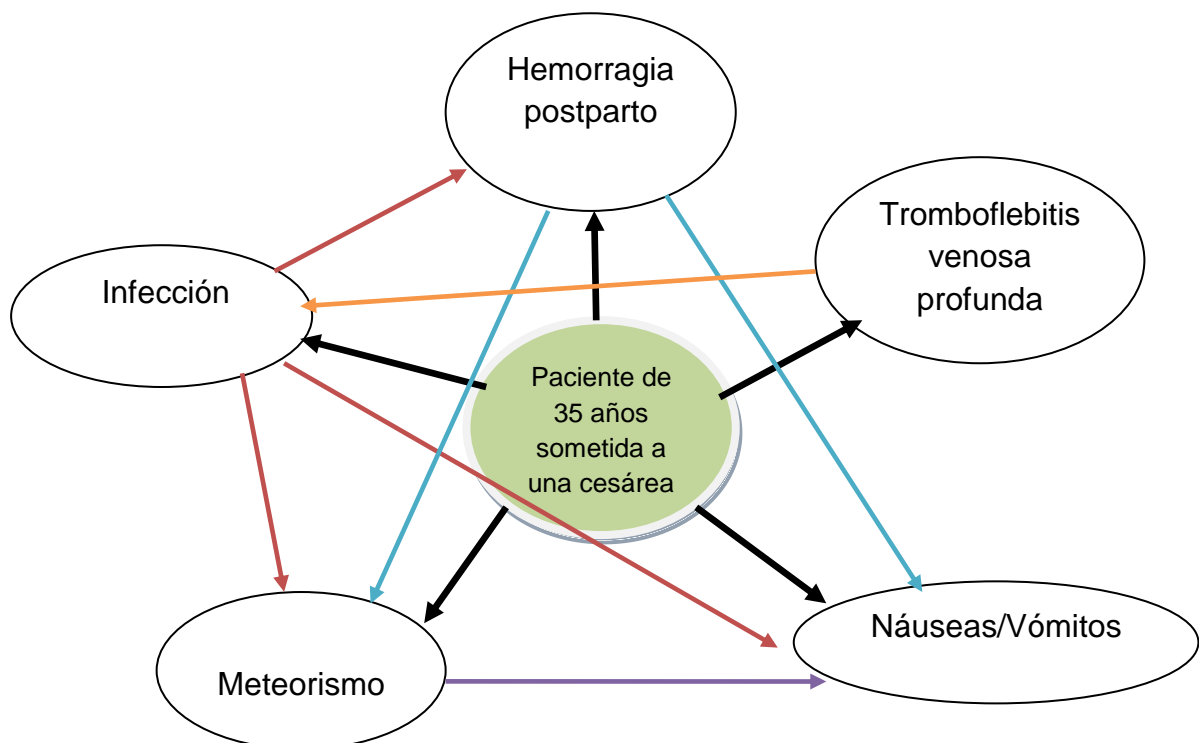


Figura 8. Red de razonamiento diagnóstico del modelo AREA para las CP

Fuente: Elaboración propia a partir de Pesut y Hermann ³³

5.3.2 Justificación y elección de la complicación potencial principal

Al realizar la red de razonamiento he llegado a la conclusión de que la complicación potencial principal es infección ya que evitando su aparición se reduce el riesgo de que se puedan producir otros problemas.

Por un lado llevando a cabo intervenciones para evitar que se produzca una infección se reduce el riesgo de que la paciente presente náuseas o vómitos, pues la endometritis, por ejemplo, puede manifestar estos síntomas.

Por otro lado una infección puede precipitar que la paciente sufra meteorismo (que es un exceso de gases en el intestino que causa espasmos intestinales y distensión abdominal) principalmente una infección producida por la bacteria "helicobacter pylori" ³⁷.

Algunas infecciones como la endometritis pueden dar lugar también a metrorragias muy abundantes, por lo que previniendo una infección de este tipo se evita que la paciente tenga un sangrado abundante y patológico.

Dado que las complicaciones potenciales son sucesos que todavía no han ocurrido, atendiendo a la estadística también se puede afirmar que las complicaciones infecciosas son las complicaciones que con más frecuencia se presentan en el período post- cesárea y además el riesgo de desarrollar una infección se incrementa con algunos factores, algunos de los cuales están presentes en la paciente, como la anemia, la obesidad y la Diabetes Mellitus.

Las infecciones son las complicaciones más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia

o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural...³⁸

La endometritis es la complicación más frecuente tras la cesárea y su frecuencia oscila entre un 15 y un 20 % si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Las infecciones del tracto urinario tienen una frecuencia del 2-16%, mientras que la infección de la herida quirúrgica tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria.³⁸

5.4 Planificación DxE principal

5.4.1 Objetivo principal (NOC)³⁴

DxE principal: (00104) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento.

Definición: La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Objetivo para el DxE principal: Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001)

Puntuación inicial 1- Puntuación diana 4- Tiempo de consecución 4 días.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Nutrición (K)

Definición: Establecimiento de una unión adecuada entre un lactante y la succión del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.

Tabla 1. Puntuación NOC, indicadores NOC para el diagnóstico enfermero principal.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
100101 Comodidad de la posición durante la alimentación	2	5	1 día
100102 Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de "C"	1	5	1 día
100108 Cese de la hipersensibilidad del pezón	1	4	4 días
100118 Satisfacción con el proceso de lactancia	1	5	4 días

Escala de Likert: 1- Inadecuado; 2- Ligeramente inadecuado; 3- Moderadamente adecuado; 4- Sustancialmente adecuado; 5- Completamente adecuado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ³⁴

5.4.2 Intervenciones (NIC) ³⁵

Ayuda en la lactancia materna (1054)

Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

Campo 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

Actividades:

- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces cada 24 horas.
- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar / deglutir.
- Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Controlar la integridad de la piel de los pezones.

- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Fomentar el uso de sujetadores cómodos, de algodón y con buena capacidad de soporte para dar el pecho.

Asesoramiento en la lactancia (5244)

Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Campo 5: Familia

Clase Z: Cuidado de crianza de un nuevo bebé

Actividades:

- Mostrar la forma de amamantar, si procede.
- Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
- Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario.

5.5 Planificación CP principal

5.5.1 Objetivo principal (NOC) ³⁴

CP principal: Infección

Objetivo para la CP principal: Severidad de la infección (0703)

Puntuación inicial 5- Puntuación diana 5- Tiempo de consecución 4 días.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Respuesta inmune (H)

Definición: Gravedad de infección y síntomas asociados

Tabla 2. Puntuación NOC, indicadores NOC para complicaciones potenciales.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
070301 Erupción	5	5	4 días
070305 Supuración purulenta	5	5	4 días
070307 Fiebre	5	5	4 días
070308 Dolor/hipersensibilidad	4	5	4 días
070311 Malestar general	5	5	4 días

Escala de Likert: 1- Grave; 2- Sustancial;3- Moderado; 4- Leve; 5- Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ³⁴

5.5.2 Intervenciones (NIC) ³⁵

Control de infecciones (6540)

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos

Actividades:

- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.
- Usar guantes estériles, si procede.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas.

Cuidados del sitio de incisión (3440)

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Campo 2: Fisiológico: Complejo

Clase L: Control de la piel/heridas

Actividades:

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.

5.6 Ejecución

Día 1

Turno Mañana (8:00-15:00)

La paciente ingresa un lunes a las 8:30 horas de la mañana en la planta procedente de quirófano y nos avisan por teléfono de que se trata de una mujer española sometida a una cesárea realizada por no progresión de parto.

Una vez que he recibido el relevo de enfermería para conocer la situación de las pacientes comenzaré revisando la historia clínica de la paciente que llega a planta e informándome de todo lo necesario para poder llevar a cabo un seguimiento del caso.

Cuando la paciente llega a la habitación se realiza una valoración de su situación para conocer las características del caso. Se le realiza una toma de constantes (frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura) resultando unas cifras normales. Además le entrego su cartilla de la embarazada y un documento que necesitará para inscribir al bebé en el registro civil. Le realizó una serie de preguntas para conocer información como las alergias, si tomaba algún fármaco antes y durante el embarazo, si tiene alguna enfermedad, posibles intolerancias alimentarias, hábitos tóxicos... que posteriormente anoto en el Selene y también me fijo en los sueros y la medicación que trae desde reanimación. Le informo de que deberá permanecer en cama durante las primeras 24 horas, que la medicación se le administrará por vía intravenosa, pasando a vía oral después de las 24 horas y que se le retirará la vía periférica

y la sonda vesical al día siguiente por la mañana. Además le informó de que se iniciará la tolerancia con un zumo a manzanilla en el turno de tarde, a las 12 horas del ingreso y que mientras tanto no puede ingerir nada. La paciente me comenta que quiere dar lactancia materna exclusiva al bebé y no biberones pues ha leído que la leche materna ofrece grandes beneficios tanto para ella como para su hijo.

Después de esto me encargo de realizar los cuidados al ingreso del bebé que consistirán en pesarlo, obtener su perímetro cefálico y torácico, su longitud y se le realiza la cura del cordón umbilical, un lavado de ojos con suero fisiológico y la posterior administración de una profilaxis ocular (Eritromicina) y la administración de la vitamina K para reducir el riesgo de sufrir una hemorragia.

A continuación preparo la medicación prescrita por el ginecólogo para el turno de mañana, teniendo en cuenta y comprobando las cinco reglas: nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, vía y pauta y guardando la máxima asepsia posible a la hora de administrar la medicación intravenosa de forma que limpio con antiséptico la llave de tres pasos por la que pasará la medicación y además compruebo la permeabilidad de la vía periférica pasando 1-3ml de suero fisiológico.³⁹ Antes de dar cualquier medicación siempre pregunto las posibles alergias que pueda presentar la paciente.

En el caso de mi paciente, lleva pautado un sueroterapia de 2500cc de suero fisiológico 0,9% y suero glucosado 5% + 10 UI de oxitocina en sueros alternos durante 24 horas por lo que dejo todos los sueros preparados de esas 24h y especificó en ellos el número de la habitación para que no haya ningún tipo de error. La paciente lleva además una perfusión analgésica por vía IV para limitar el dolor que le produce la incisión quirúrgica. Le preparó un Primperan (para las náuseas) y una Ranitida (inhibidor de la producción de ácido gástrico) y se lo administró de manera intravenosa de la manera previamente explicada.

Tras haber administrado toda la medicación, acompañé a mi enfermera de nuevo a la habitación para valorar la metrorragia y el estado de la herida quirúrgica. Le realicé una palpación del abdomen encontrando el útero de manera favorable a nivel infraumbilical y contraído. Vigilamos también el sangrado vaginal presentando una metrorragia fisiológica, similar a una regla. Se recomienda a la paciente que comience a movilizar de manera precoz las extremidades inferiores en la cama para la prevención de embolias.

La paciente tiene la incisión quirúrgica cubierta por un apósito que le retiramos para observar la herida. La herida presenta un muy buen aspecto, sin signos de enrojecimiento, inflamación o supuración y con todas las grapas metálicas bien adheridas. Le informamos a la paciente que se le va a realizar una cura de la incisión quirúrgica pero que a partir de esa cura tendrá que lavarse la herida con agua y jabón neutro cada vez que se duche y dejarse la herida al aire sin taparla con ningún apósito pues esto favorece y acelera la cicatrización. Durante toda la estancia hospitalaria de la paciente, cada vez que se revisa la herida me lavo las manos con un jabón antimicrobiano y me coloco guantes para limitar el riesgo de una infección. Se le aconseja también que utilice ropa interior de algodón tipo "faja" pues este tipo de ropa protege la herida y reduce la presión en los bordes de la herida disminuyendo el riesgo de que se produzca una dehiscencia y también se le pide que controle la fuerza que ejerce al defecar pues una fuerza excesiva puede provocar que la herida se abra.

Después de que el ginecólogo haya realizado su pase de visita por la planta donde controla la evolución de todas las puérperas procedo a realizar la cura de la incisión a la paciente.

Para llevar a cabo la cura de la herida quirúrgica:

- *Material:* Solución antiséptica (clorhexidina al 0,05%), guantes estériles, jeringa, suero salino fisiológico, gasas estériles, guantes no estériles, apósito oclusivo.

- *Procedimiento:* En primer lugar me lavo las manos con el jabón antimicrobiano y explico a la paciente la técnica que se le va a realizar. La

coloco de manera que se favorezca que el líquido irrigante tenga un flujo hacia el exterior por acción de la gravedad. Preparo el campo estéril con el material que voy a utilizar y me coloco los guantes estériles. Irrigo la herida con suero salino fisiológico y la seco con unas gasas estériles. A continuación realizo la asepsia de la herida con clorhexidina del centro a la periferia, con una gasa diferente en cada movimiento y me aseguro de que esté completamente limpia. Seco la zona perilesional y coloco un apósito estéril sobre la herida informando a la paciente que se lo retire cuando se vaya a duchar (a la mañana del día siguiente) de manera que en cada ducha no frote la herida sino que es suficiente con que el agua corra sobre ella y que ya no se coloque el apósito y que deje la herida al aire ⁴⁰.

Además le indico tanto a la paciente como a la familia que no deben tocar la herida sin medidas de asepsia así como intentar evitar el contacto con otro paciente o familiar que presente también alguna herida con el fin de prevenir cualquier posible contagio.

También me encargo de administrar el Clexane 40 mg (heparina de bajo peso molecular) a la paciente de forma subcutánea:

- *Material:* Algodón, solución antiséptica (clorhexidina al 0,05%), guantes no estériles, Clexane 40 mg (que viene ya preparado en una jeringa).

- *Procedimiento:* En primer lugar le explico a la paciente la técnica y la utilidad de la medicación que se le va a administrar. Me coloco los guantes no estériles y selecciono el lugar de la punción que será la zona superior externa del brazo (se pincha en esta zona por el protocolo que se tiene establecido en la planta). A continuación desinfecto la zona de punción con el algodón y la clorhexidina y formo un pliegue cutáneo entre los dedos índice y pulgar. Me aseguro de que no expulso la burbuja de aire que lleva la inyección e introduzco la aguja en su totalidad con un ángulo de 45° tirando del émbolo para comprobar que no he pinchado un vaso sanguíneo. Inyecto el líquido despacio y de forma regular manteniendo en todo momento el pliegue cutáneo. Después de haber inyectado la solución retiro la aguja, suelto el pliegue cutáneo y aplico un algodón seco sin realizar presión. Le pido a la paciente que

no se frote la zona de punción para evitar la aparición de magulladuras o hematomas ⁴¹.

Durante el resto del turno no se lleva a cabo ninguna otra actividad con la paciente y no requiere nuestra ayuda en ningún momento, manteniendo un buen estado de salud a lo largo de la mañana.

Día 2

Turno Mañana (8:00-15:00)

El turno comienza recibiendo el relevo de los compañeros que han estado en el turno de noche.

Nos comentan que la paciente de mi plan de cuidados ha pasado una noche bastante mala en la que apenas ha dormido pues refiere que presenta dolor en la mamas a causa de unas grietas en ambos pezones y tiene bastante desconocimiento con respecto a la posición que tiene que adoptar durante la lactancia. Además nos explican que ya han retirado la fluidoterapia y la medicación por vía intravenosa, pasando a una medicación por vía oral y que la paciente ya ha dejado de estar en cama y se ha levantado al sillón sin ningún problema.

Tras recibir esta información llevo a cabo una medición de las contantes de todas las pacientes y reparto la medicación pautada, administrando a mi paciente la medicación ya por vía oral y el Clexane de la manera anteriormente explicada y en el brazo contrario al día interior. Le informo de que si le duele la herida quirúrgica a pesar de la analgesia que le damos no dude en pedir más analgésicos que tiene pautados de rescate. Además realizo una valoración de las mamas y compruebo que presenta grietas en los pezones, por lo que le digo que vamos a recurrir a la ayuda de la enfermera especializada en lactancia materna que trabaja en la planta y que la visitará tras la revisión diaria del ginecólogo para dar una solución al problema. La mujer refiere que se encuentra muy agobiada porque quiere dar el pecho y con esos problemas no puede hacerlo.

A las 10:00 comienzo a pasar visita con el ginecólogo y mi enfermera. Cuando llega el turno de mi paciente se le realiza una valoración de la herida quirúrgica para valorar un posible sangrado o posibles signos inflamatorios o dehiscencia de la herida, encontrándose con muy buen aspecto y se le recuerda que se lave la herida con agua y jabón de la manera ya explicada.

El facultativo ordena que le retiremos la sonda vesical, pues el color de la orina es normal y no hay signos de hematuria, y se le informa a la paciente que tras la retirada de la sonda es importante que orine en las 4-5 horas siguientes para evitar que se forme una globo vesical y favorecer la involución uterina.

Para la retirada del sondaje vesical:

- *Material:* Jeringa de 10 cc, empapador-cubrecamas, bolsa para residuos y guantes.

- *Procedimiento:* Le explico el procedimiento que se le va a realizar a la paciente informándole que no es doloroso e indicándole que se coloque en decúbito supino con las piernas separadas y flexionadas (posición ginecológica). Conecto la jeringa y vacio completamente el contenido del balón. Retiro la sonda suavemente indicando a la paciente que haga respiraciones profundas. Realizo una limpieza de la zona genital y anotó la cantidad de orina que contiene la bolsa colectora a su retirada (700 cc).⁴² Le recuerdo a la paciente que nos avise cuando miccione en las siguientes horas.

La paciente también informa al ginecólogo de que presenta dolor por unas hemorroides que son bastantes grandes. Por ello ordena que le administremos Diclofenaco vía intramuscular para reducir el tamaño y aliviar el dolor.

Para administrar el fármaco por vía intramuscular:

- *Material:* Solución antiséptica (clorhexidina al 0,05%), guantes no estériles, jeringa de 5cc, dos agujas (una para cargar la medicación y otra de 40 mm para inyectar el fármaco) y algodón.

- *Procedimiento:* Me lavo las manos y me coloco los guantes no estériles. Le explico a la paciente lo que se le va a hacer. Seleccione el lugar de inyección que será el cuadrante superior externo de la nalga (zona dorsoglútea) y le indico a la paciente que se coloque en bipedestación. Desinfecto la zona de punción con unas gasas impregnadas en antiséptico desde el lugar de punción hacia el exterior en forma de espiral para “barrer” hacia el exterior los gérmenes de esa zona de la piel. Coloco la aguja intramuscular en la jeringa ya cargada con el fármaco e introduzco la aguja en un ángulo de 90° con un movimiento firme y seguro, en un solo acto. Antes de introducir el fármaco aspiro para ver si la aguja se encuentra en vaso sanguíneo e inyecto el fármaco lentamente. Cuando se ha inyectado el fármaco completamente coloco una gasa con el antiséptico justo sobre el punto de la inyección (al sujetar la piel se minimiza en lo posible el dolor) y retiro la aguja con suavidad y rapidez. Posteriormente hago una suave presión mientras fricciono ligeramente la zona para evitar que el medicamento se acumule y así favorecer su absorción ⁴⁰.

El protocolo establece que a todas las pacientes se les debe realizar un hemograma de control para valorar la pérdida sanguínea y conocer el hematocrito a las 24h del ingreso, por si es necesario transfundir sangre. El facultativo firma la petición para mi paciente y me dispongo a obtener las muestras sanguíneas.

- *Material:* bandeja, algodón, solución antiséptica (clorhexidina al 0,05%), guantes no estériles, jeringa de 5cc, aguja de 0,8x25 mm, compresor, esparadrapo y 2 tubos de recogida de muestras con sus etiquetas identificativas (tubos de hemograma).

- *Procedimiento:* Primero explico la técnica que voy a realizar a la paciente. Me lavo las manos y me coloco los guantes no estériles e indico a la paciente que se sienta en el sillón con el brazo colocado en ligera extensión apoyado sobre una zona plana y estable con la palma de la mano hacia arriba. A continuación le coloco el compresor unos 10cm por encima de la zona de punción y realizo una palpación de las venas con el dedo índice. Una vez que he seleccionado la vena de punción desinfecto la zona con una gasa y antiséptico y preparo la jeringa y la aguja para la punción. Inmovilizo la vena

seleccionada con el pulgar de la mano no dominante y con la dominante sostengo la jeringa con el bisel de la aguja hacia arriba y con un ángulo de 45°. Realizo la punción observando que el cono de la jeringa se llena de sangre indicándome esto que estoy en la luz de la vena y aspiro lentamente hasta llenar la jeringa. Suelto el compresor sin sacar la aguja de la vena y la retiro colocando simultáneamente un algodón sobre el sitio de punción e indico a la paciente que se presione durante unos minutos hasta que cese la hemorragia. Por último lleno los tubos de muestras y los muevo para evitar que la sangre se coagule⁴⁰.

Cuando ya he llenado los tubos pido a la auxiliar de enfermería que los envíe a laboratorio para conocer los resultados para que el ginecólogo valore si es necesario realizar una transfusión sanguínea.

Después de llevar a cabo estas actividades le comento a la enfermera especializada en lactancia materna los problemas que me ha explicado mi paciente y las dificultades que presenta para dar el pecho, por lo que decidimos acudir a la habitación para informar y aconsejar a la paciente y para disminuir las grietas que hacen que tenga dolor cuando el bebe succiona.

Cuando entramos en la habitación la paciente me comenta que ya ha orinado sin ningún problema (tras la retirada del sondaje vesical) y le expone a la enfermera de lactancia los problemas que tiene.

La paciente no conoce exactamente cada cuanto tiempo tiene que dar el pecho al bebé y la posición más adecuada para hacerlo, pues es el primer hijo que tiene y no posee ninguna experiencia. Por ello se le informa a ella y a su marido (que está muy interesado en apoyar y colaborar con la lactancia) que se debe poner al niño al pecho cada vez que lo pida y el tiempo que quiera y no debe esperar a que lllore sino que en cuanto se despierte y muestre signos de hambre (chupeteo, bostezo, movimientos de búsqueda o manos en la boca) se lo coloque al pecho. Se le recomienda que ofrezca el pecho con mucha frecuencia (entre 8 y 12 veces al día) y que si el bebé quiere mamar de ambos pechos puede hacerlo, pero no debe obligarle a tomar el segundo si con el

primero se ha saciado. En caso de que el recién nacido estuviera demasiado dormido se le dice que lo estimule para que despierte y mame, al menos cada 3 ó 4 horas ¹¹.

En cuanto a la posición adecuada para dar el pecho se le recomiendan distintas opciones. Por un lado se le informa de que una de las formas de dar el pecho es sentándose en el sillón de manera que tenga la espalda bien apoyada y recta con los pies apoyados en el suelo, de forma que la cabeza del recién nacido esté bien alineada con el cuerpo y bien enfrentada a la madre (en todo momento colaboro con la enfermera de lactancia en las explicaciones e incluso enseño a la madre con un muñeco la posición que debe adoptar). Por otro lado se le informa de que también puede dar el pecho tumbada, colocándose de lado en la cama, haciendo uso de una o dos almohadas para reposar la cabeza de manera que estire el brazo que queda debajo hacia delante (de forma que quede perpendicular a su cuerpo) y colocando al bebé barriga con barriga, con su cabeza a la altura del pecho y con el otro brazo ofreciendo el pecho inferior en forma de "C" mientras que con el brazo estirado mantiene a su bebé pegado a su cuerpo.

Se le aconseja que para conseguir un adecuado agarre del bebé, estimule con el pezón los labios o la mejilla del recién nacido, de manera que cuando empiece a buscar con la boca bien abierta acerque la cabeza del bebé al pecho para que lo agarre, sin que sea la paciente la que lleve el pecho a la boca del niño sino que sea este quien se coja y se encaje al pecho. Se le informa de que el encaje será correcto cuando la boca esté bien abierta, de manera que haga ventosa y cuando ella note que el niño está tirando del pezón y la areola, con la barbilla y la nariz pegadas al pecho. Se le dice que no es necesario sujetar la mama pero que si lo hace sujete el pecho en forma de "C" con la mano y nunca colocando los dedos en la areola haciendo una pinza apretada para evitar comprimir los conductos galactóforos y provocar una obstrucción mamaria ¹¹.

La enfermera de lactancia comenta con la paciente que seguramente las grietas que presenta en los pezones son el resultado de una inadecuada

posición durante la lactancia o porque no ponía el bebé al pecho con suficiente frecuencia y ello ha precipitado la aparición del problema, pero le dice a la paciente que no se preocupe pues las grietas son un problema frecuente y no son muy grandes, por lo que pueden solucionarse sin ningún problema.

Con respecto a la resolución del problema de las grietas, se recomienda a la paciente que se aplique en los pezones una crema llamada Purelan 100 que contiene Lanolina (que es un tipo de cera que se obtiene de la lana de las ovejas con una gran capacidad de hidratación que protege la sequedad de los pezones durante la lactancia) y se le dice que no se preocupe por el bebé pues esta crema es muy segura y no es necesario retirarla antes de dar el pecho.

Además se le dan otra serie de consejos a la paciente para reducir el dolor y las grietas. Por un lado, dado que tiene dolor en los pezones, se le recomienda que antes de que el niño se agarre, estimule el pezón y favorezca la salida de la leche (Técnica de Marmet) lo que provoca que disminuya el dolor y evita la congestión de las mamas. Por otro lado, al terminar cada toma puede aplicar las últimas gotas de leche sobre la areola y el pezón y dejar secar al aire, dado que la leche materna tiene propiedades regenerativas. Por último se le dice que es mejor que deje la zona al aire y que si decide usar sujetadores estos sean cómodos y de algodón para evitar los roces que pueden empeorar el problema ⁴³.

Tras recibir toda esta información la paciente se muestra mucho más animada pues refiere que no tenía ni idea de todo lo que le habíamos dicho y afirma que seguirá todas nuestras indicaciones. Además la animo a que toque al timbre si tiene cualquier duda o algún problema durante la lactancia y que le atenderemos encantados.

Tras salir de la habitación mi enfermera me informa de que ya han llegado los resultados del hemograma que le había sacado a mi paciente. Al verlos me doy cuenta de que presenta una hematocrito de 23% (siendo la cifras normales en mujeres de 36% a 46%) y una hemoglobina de 6.5 g/dl

(siendo las cifras normales de 12g/dl a 16g/dl) por lo que el ginecólogo ya ha solicitado que se le transfunda un concentrado de hematíes.

A última hora de la mañana nos llega el concentrado de hematíes procedente del bando de sangre y me dispongo a transfundírselo.

Para llevar a cabo la transfusión:

- Cuando un paciente ingresa se le extrae una muestra de sangre para las pruebas cruzadas y se le hace una reserva de sangre (del grupo sanguíneo que hayan determinado las pruebas cruzadas).

- Cuando el producto sanguíneo llega a tus manos lo primero es identificarlo. Por ello confirmo el precinto de compatibilidad adherido a la bolsa de sangre y la información impresa para verificar que se corresponde.

- Una vez que estoy seguro de que esa sangre es válida para el paciente se le puede administrar. Mi enfermera me dice que purgara el sistema con la sangre. A continuación lavo la vía con suero para que la sangre circule correctamente y conecto el sistema a la llave de tres pasos de la paciente.

- Durante los primeros quince minutos procuro que la sangre pase lentamente (a una velocidad aproximada de 2ml/min) y como no hay ningún problema en ese tiempo aumento la velocidad de transfusión. La enfermera me alerta de que es necesario permanecer junto al paciente al principio de la transfusión para comprobar si el paciente sufre algún signo de reacción adversa, dolor en la zona de perfusión etc.

- Finalmente anoto que se ha llevado a cabo una transfusión sanguínea (producto sanguíneo administrado, volumen total transfundido, tiempo de transfusión y respuesta del paciente) ⁴⁴.

De este modo termina mi turno, no sin antes dar el relevo de enfermería a mis compañeros del turno de tarde, comentándoles los problemas que presenta mi paciente con la lactancia y pidiéndoles que la visiten a lo largo de la tarde para comprobar que está cumpliendo nuestras indicaciones y para resolver las dudas que le pudieran haber surgido.

Día 3

Turno Mañana (8:00-15:00)

El turno comienza recibiendo el relevo de enfermería, en el que nos comentan que mi paciente está mucho más tranquila ya que los consejos que le dimos le han sido de mucha utilidad y además no ha avisado a los compañeros durante toda la noche por problemas con la lactancia.

Tras recibir el relevo, tomo las constantes vitales a todas las puérperas de la planta y reparto la medicación prescrita (toda ella vía oral, pues no se ha producido ningún ingreso durante la noche).

A continuación acompaño al ginecólogo y a mi enfermera para realizar la revisión diaria de todas las pacientes. En el caso de mi paciente, se realiza una valoración de la herida, que presenta un muy buen aspecto, sin signos de enrojecimiento o inflamación y que a simple vista sugiere un proceso de cicatrización adecuado. La paciente refiere que diariamente en la ducha realiza los cuidados de la herida que le indicamos el primer día de ingreso.

El facultativo pide que se le realice de nuevo un hemograma a la paciente para conocer cuáles son sus niveles de hematocrito y hemoglobina tras la transfusión que se llevó cabo el día anterior. Por ello obtengo la muestra de sangre mediante el procedimiento descrito anteriormente. Dado que el estado de salud de la paciente es muy bueno (la herida presenta un excelente aspecto y no tiene ningún otro problema grave) el ginecólogo le comenta que si los resultados del hemograma son normales le dará el alta al día siguiente.

Tras terminar la visita, acompaño de nuevo a la enfermera de lactancia a la habitación de mi paciente para reevaluar el proceso de lactancia y para ver si le ha surgido alguna nueva duda. En la habitación la mujer nos comenta que está muy contenta pues ya sabe cómo colocar correctamente al bebé y afirma que desde que siguió nuestros consejos ya no le duelen los pezones cuando el bebé succiona. Además observamos que las grietas se han reducido considerablemente ya que la paciente ha estado utilizando la crema que le

indicamos y se ha estado poniéndose el sobrante de leche sobre el pezón (que tiene capacidad regenerativa) que hacen que junto con una posición adecuada al dar el pecho el problema comience a solucionarse. Pedimos que se ponga el bebé al pecho para valorar la posición y observamos que lo hace perfectamente, como le indicamos (con la cabeza y el cuerpo del niño alineados, frente al pecho y con el niño acercado al pecho nariz-pezón) y además el niño tiene un muy agarre, con la boca bien abierta ocupando la areola y el pezón, e incluso puede oírse al bebé tragar. Por ello se le dice a la paciente que siga actuando del mismo modo dado que de esa forma las grietas desaparecerán rápidamente.

A última hora del turno llegan los resultados del hemograma de la paciente que son positivos ya que han aumentando los niveles de hematocrito y hemoglobina hasta situarse dentro de los parámetros de la normalidad, por lo que si no sucede ninguna incidencia de importancia la paciente recibirá el alta a la mañana siguiente.

De esta manera finaliza mi turno.

Día 4

Turno Mañana (8:00-15:00)

Al recibir el relevo los compañeros nos comunican que la paciente está estupendamente y que ha aprendido a dar el pecho de manera satisfactoria.

Siguiendo la rutina tomo las constantes vitales a todas las pacientes y paso visita con el ginecólogo. Al revisar la herida de mi paciente comprobamos que su estado sigue siendo muy bueno. No presenta ningún signo de infección y la mujer refiere que ni siquiera le duele.

Además las grietas han desaparecido casi completamente y los problemas con la lactancia se han disipado. Se le explica a la paciente que si en los días posteriores aparece algún problema puede acudir a la planta para tener una cita con la enfermera especializada en lactancia.

Dado que la paciente no presenta ningún tipo de problema y su estado general es muy bueno, el facultativo autoriza su alta.

Al finalizar la visita por la planta preparo el informe de alta de la paciente que incluye sus datos administrativos, fecha de ingreso, tipo de parto, datos básicos de las características de su embarazo, parto, recién nacido, lactancia y puerperio hospitalario. Además se hacen constar los diagnósticos y procedimiento utilizados, así como las recomendaciones y los tratamientos prescritos. El informe también contiene la fecha en la que tiene que acudir a su revisión puerperal y cuando tiene que asistir a su centro de salud de referencia para que le retiren las grapas metálicas de la herida quirúrgica.

Tras darle el alta y explicarle todo su contenido, la paciente me agradece personalmente todo lo que hemos hecho por ella y todo lo que le hemos ayudado.

5.7 Evaluación

5.7.1 Evaluación diagnóstico principal

Diagnóstico principal: (00104) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento.

Objetivo para el DxE principal: Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001)

Puntuación inicial 1 - Puntuación diana 4 - Puntuación alcanzada 4 -
Tiempo de consecución 4 días.

Tabla 3. Evaluación NOC para el diagnóstico de enfermería.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
100101 Comodidad de la posición durante la alimentación	2	5	5	1 día
100102 Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de “C”	1	5	5	1 día
100108 Cese de la hipersensibilidad del pezón	1	4	4	4 días
100118 Satisfacción con el proceso de lactancia	1	5	5	4 días

Escala de Likert: 1- Inadecuado; 2- Ligeramente inadecuado; 3- Moderadamente adecuado; 4- Sustancialmente adecuado; 5- Completamente adecuado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ³⁴

Tras llevar a cabo las actividades planificadas para este objetivo podemos observar que la paciente ha alcanzado la puntuación diana esperada en todos los indicadores de lo que se deduce que cada una de las intervenciones junto con sus actividades han sido las correctas para conseguir unos objetivos previamente planificados.

Los consejos y el aprendizaje que se le han proporcionado a la paciente respecto a la posición adecuada durante la lactancia y el modo en que debía tratar las grietas en los pechos han sido adecuados, pues al finalizar su estancia hospitalaria se han resuelto los problemas que presentaba al ingreso. En el indicador “Cese de la hipersensibilidad del pezón” la paciente no ha alcanzado la puntuación 5 (he planificado que alcanza una puntuación de 4) puesto que las grietas no han desaparecido totalmente al alta ya que para que desaparezcan totalmente las grietas necesitará 2 o 3 días más en su domicilio, siguiendo las indicaciones que se le han dado en planta.

En conclusión, podemos decir que se trata de un “objetivo en consecución” ya que en los indicadores prefijados hemos conseguido la puntuación esperada.

5.7.2 Evaluación complicación potencial principal

CP principal: Infección

Objetivo para la CP principal: Severidad de la infección (0703)

Puntuación inicial 5 - Puntuación diana 5 - Puntuación alcanzada 5 -

Tiempo de consecución 4 días.

Tabla 4. Evaluación NOC para la complicación potencial.

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
070301 Erupción	5	5	5	4 días
070305 Supuración purulenta	5	5	5	4 días
070307 Fiebre	5	5	5	4 días
070308 Dolor/hipersensibilidad	5	5	5	4 días
070311 Malestar general	5	5	5	4 días

Escala de Likert: 1- Grave; 2- Sustancial;3- Moderado; 4- Leve; 5- Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ³⁴

Se puede observar que tras la realización de las actividades planificadas se ha conseguido mantener la puntuación inicial que he fijado en 5 porque la paciente no tiene ningún signo de infección en la herida al ingreso y tras los cuidados que se realizan de la incisión quirúrgica en planta, al alta presenta un excelente aspecto. Por lo tanto, las actividades realizadas a la paciente han contribuido a prevenir la posible complicación potencial principal, en este caso la infección.

El indicador “Dolor/hipersensibilidad” presenta un 4 porque al ingreso la paciente refería que le dolía ligeramente la herida, pero al alta el dolor ha desaparecido.

En conclusión podemos afirmar que se trata de un “objetivo en consecución” ya que tanto las intervenciones como sus actividades son las correctas para ayudar a prevenir las posibles complicaciones potenciales que puedan surgir.

5.8 Conclusión/Reflexión

Desde el momento del ingreso de la paciente se elaboraron una serie de objetivos con sus correspondientes actividades para conseguir resolver los problemas que presentaba. Las actividades se han llevado a cabo de manera satisfactoria y los objetivos se están consiguiendo paulatinamente. Por ello se puede afirmar que en función de las actividades realizadas el cliente ha alcanzado o está en proceso de alcanzar los objetivos marcados en el momento de su ingreso.

Al revisar los resultados obtenidos he comprobado cómo se ha conseguido mejorar el estado de mi paciente y resolver los problemas que presentaba. El trabajo para mejorar la lactancia materna ha sido efectivo pues al alta la paciente tiene muy clara la posición adecuada para dar el pecho y las grietas que sufría se han reducido considerablemente.

En cuanto a la complicación potencial principal, el seguimiento de la incisión quirúrgica que se realizaba diariamente y los cuidados llevados a cabo con la herida han permitido que su proceso de cicatrización sea normal y no aparezca ningún signo de infección.

Por lo tanto se puede afirmar que la elaboración del plan de cuidados ha sido el adecuado para mi paciente, pues le ha permitido resolver su diagnóstico enfermero principal y además ha conseguido evitar la aparición de alguna complicación potencial con los cuidados que se le han realizado.

6. DISCUSIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros 4-6 meses de vida. Aporta una serie de beneficios para los lactantes, ya que ésta evita infecciones, diarreas y malnutrición. También es beneficiosa para la madre desde el punto de vista afectivo, ayuda a la involución uterina y disminuye la incidencia de cáncer de mama. El grado de instrucción, paridad y la experiencia previa de madres multíparas son determinantes en el inicio de la lactancia materna ⁴⁵.

Hay un factor modificable que influye en la duración de la lactancia materna que es el tipo de educación maternal recibida. Este factor tiene mucha importancia no sólo para tomar la decisión de amamantar o no, sino que también influye en el éxito y en la duración, ya que el control y soporte del personal sanitario bien preparado durante el puerperio es fundamental. ⁴⁶ Otros estudios ^{3,47} en cambio reflejan que la educación maternal durante la gestación tiene muy poca o nula influencia en la decisión de amamantar.

En el caso de la paciente de nuestro proceso enfermero, se trataba de una mujer primípara que se había informado de los beneficios de la lactancia materna y había decidido durante la gestación que quería dar a su hijo lactancia materna exclusiva. Sin embargo, no había recibido durante el embarazo asesoramiento referente a la posición adecuada del bebé durante la lactancia y no sabía cómo colocárselo al pecho, lo que le había provocado la aparición de grietas en el pezón. Además, desconocía cada cuanto tiempo tenía que alimentar al bebé. Por ello, nuestras acciones fueron dirigidas a resolver las dudas de la madre respecto a la lactancia, ya que esto le causaba una considerable ansiedad y, a conseguir la resolución de las grietas en el pezón, con el objetivo final de que continuara con la lactancia y no se produjera un abandono precoz de ella.

En cuanto a las recomendaciones que se le facilitan a la madre para solucionar su problema son que debe poner al niño al pecho cada vez que lo

pida y el tiempo que quiera, sin establecer un horario para las tomas, ofreciéndoselo con mucha frecuencia (entre 8 y 12 veces al día).

Atendiendo a la bibliografía, se establece como factor positivo para el mantenimiento de la lactancia la recomendación por parte de los sanitarios a la mujer de lactar “a demanda”. Así, la duración de la LM disminuye cuando se aconseja a las madres llevar un horario rígido entre las tomas ⁴⁸.

Por otro lado, en todo momento intentamos disminuir la ansiedad de la puérpera mediante el aporte de información y la resolución de las grietas en el pezón. Algunos estudios ^{15,49} han demostrado que la ansiedad alta es una de las causas principales de abandono de la lactancia materna. En un estudio realizado por Durán Menéndez y col. con una muestra de 144 puérperas se obtuvo que la ansiedad alcanzó un nivel alto en el 22,2 % de las madres y de ellas el 75% abandonó la lactancia materna ¹⁵.

En cuanto a las grietas en el pezón que presenta nuestra paciente, la evidencia muestra que la presencia de problemas en el pezón es una de las principales causas de abandono de la lactancia materna, junto con la leche insuficiente y el retorno al trabajo ^{28,49,50}.

Algunas madres dejan de dar LM debido a problemas como las grietas, el dolor mamario, la mastitis o la falta de leche. Estos problemas surgen en general durante el primer mes y, al ser incapaces de solucionarlos, adoptan directamente la lactancia artificial. Algunos de los factores que influyen en el abandono de la LM son modificables desde el sistema sanitario, como es el caso de las grietas, el dolor mamario o la mastitis y otros son independientes de éste.

En el estudio realizado por García Casanova y col., en el que se encuestaron a 135 madres, se obtuvo que durante el primer mes, un 64% de las madres tuvo problemas, principalmente cansancio y grietas. Las principales causas de abandono de la LM eran los problemas durante el primer mes (29%) seguida de la vuelta al trabajo (6%) ²⁸.

Diversas publicaciones ^{18,28,29} ponen de manifiesto que los factores más importantes para disminuir la incidencia de problemas como las grietas y la mastitis son la educación sanitaria relacionada con la técnica de LM (especialmente la posición adecuada del bebé durante la succión) y la información anticipada acerca de la alta incidencia de estos problemas después del parto. Se ha encontrado también que una información y una dedicación por parte del personal de enfermería en el centro de salud condicionan una mayor duración de la LM, como afirman diversos autores ^{3,51}. Además, se ha descrito en los artículos anteriores que las variables significativas con relación a la duración de LM son: deseo de dar el pecho, disponer de un alojamiento conjunto, recibir ayuda de los profesionales de enfermería durante la estancia en el hospital, no recibir suplementos en el hospital, no tener problemas durante el primer mes de vida y recibir información en el centro de salud. ^{3,51}

Por todo lo expuesto anteriormente podemos afirmar que una buena educación sanitaria preparto y posparto aumenta el tiempo de lactancia materna y permite resolver los problemas durante el primer mes (dolor mamario, grietas, mastitis) que son determinantes para la continuidad de la lactancia materna.

En nuestra opinión, teniendo en cuenta que el dolor y/o las lesiones en el pezón son una de las primeras causas de abandono precoz de la LM, creemos que sería aconsejable continuar investigando en la identificación de métodos de prevención y tratamiento eficaces. Además pensamos que se debería realizar un esfuerzo para intentar proporcionar una intervención multifactorial, formando al personal sanitario (tanto de hospital como de atención primaria), intensificando la interrelación e información de datos entre el hospital (obstetras, matronas, enfermeras y pediatras) y la Atención Primaria (matronas, enfermeras, pediatras y médicos de familia), unificando criterios entre ellos, así como aplicando los cambios necesarios en las políticas y órganos de dirección de estas instituciones.

Así pues, creemos que una mujer que acaba de dar a luz tiene que sentirse protegida e informada por el personal que la atiende y recibir una información clara, suficiente y no contradictoria sobre cómo dar el pecho a su hijo, y de las ventajas y problemas de la LM, tanto para ella como para el niño. No deben existir contradicciones entre las informaciones de los profesionales, tanto durante el ingreso como posteriormente en las consultas de Atención Primaria de Pediatría, matrona y médico de familia.

6.1. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se encuentra la falta de tiempo para llevar cabo un seguimiento adecuado de la paciente, ya que una vez que abandonó el ámbito asistencial no pudimos comprobar si había seguido nuestras indicaciones y si había vuelto a presentar problemas en las mamas, por lo que no pudimos realizar una evaluación a largo plazo.

El plan de cuidados tiene como objetivo llevar a cabo una serie de cuidados con un enfoque holístico, es decir, centrándonos en la dimensión biológica, psicológica, sociocultural y espiritual de la persona. Muchas veces los enfermeros carecemos del tiempo suficiente para poder desarrollar este enfoque con todos nuestros pacientes, por ello insistimos en la importancia de disponer de los medios y el tiempo suficiente para poder llevar a cabo una atención de calidad.

También debemos señalar la existencia de cierta dificultad a la hora de acceder a diversas fuentes de información que contienen aportaciones de muy buena calidad científica y a las que no pudimos acceder puesto que requerían una aportación económica.

7. CONCLUSIONES

1. Durante la lactancia materna los problemas que aparecen con mayor frecuencia en las puérperas son los pezones planos o invertidos, las grietas en el pezón, los pezones doloridos y la ingurgitación mamaria, que suelen aparecer durante el primer mes posparto. De estas complicaciones, las más frecuentes en las primeras semanas son el dolor y las grietas en el pezón, lo que provoca que hasta un tercio de las madres que inician la lactancia materna cambien a métodos de alimentación alternativos durante las 6 primeras semanas después del parto.

2. El método más eficaz que se puede emplear para disminuir la incidencia de problemas como las grietas, pezones doloridos y la ingurgitación mamaria, es una adecuada educación sanitaria preparto y postparto relacionada con la técnica de LM (especialmente la posición adecuada del bebé durante la succión) y la información anticipada acerca de la identificación y el tratamiento de estos problemas.

3. El personal de enfermería juega un papel fundamental para prevenir y tratar los problemas mencionados, tanto en el ámbito hospitalario como el ámbito de atención primaria, proporcionando una educación sanitaria e información adecuada y animando a las madres a acudir a clases de educación prenatal (en las que se dedique tiempo a la lactancia materna) o a que contacten con profesionales con experiencia que puedan darles información o con grupos de apoyo.

4. El proceso enfermero mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC permitió identificar como diagnóstico enfermero principal (00104) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos, anomalías de la mama m/p insatisfacción con el proceso de amamantamiento y como problema de colaboración principal Infección, proporcionando unos cuidados adecuados para mejorar la calidad asistencial a la paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los Servicios de Maternidad. Ginebra: OMS/UNICEF; 1989.
2. Martín-Calama J, Casares I, Rodríguez P, Orive I. El cambio de conducta en el amamantamiento a nivel mundial. *An Esp Pediatr.* 1995; 25:39-44.
3. Almirón P, Fatjó A, Fernández M, Fernández de Sannamed MJ, Gómez MA, Martí M, et al. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2002; 17:501-6.
4. Gómez M, Baeza JE, González JA, Ávila O. Prevalencia y características de la LM en el medio rural. *Aten Primaria.* 2003; 19: 318-22.
5. Temboury MC, Polanco I, Otero A, Tomas M, Ruiz F, Marcos MA. Importancia de las rutinas de maternidad en el éxito de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2001;36:367-70.
6. González MA. Resumen de la hoja informativa para los usuarios de lactancia materna. *Rev Enfermería Clínica.* 2011; 21(5):297-9.
7. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. 3ª ed. Chile: Ministerio de Salud; 2010.
8. Paricio JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Monografía nº 5. Madrid. 2004; 5-23.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pruebas científicas de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 1998.

10. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 1999; 50:333-340.

11. Hernández MT, Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(4):340.

12. Neville MC. Anatomía y fisiología de la lactancia. *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 2001; 1:13-34.

13. Martín-Calama J. Lactogénesis. Lactancia materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Monografía nº 5. Madrid. 2004; 45-51.

14. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*. 1995; 123: 694-9.

15. Durán R, Villegas D, Sobrado Z, Almanzas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr*. 1999; 71(2):72-9.

16. Maldonado J. Problemas tempranos de las mamas: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Monografía nº 5. Madrid .2004; 187-191.

17. Borrero-Pachón MP, Olombrada-Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en una recién nacido pretérmino. *Rev Enfermería Clínica*. 2009; 20 (2):119-125.

18. Braña Marcos B. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna. *Rev Enfermería Clínica*. 2007; 17 (6):334-6.

19. Page T, Lockwood C, Guest K. Management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *JBI Reports*. 2003; 1(4): 127-47.

20. Carrasco García, MA. Plan de cuidados estandarizado de la mastitis puerperal. *Nure Inv* [Internet]. 2012 [citado 5 Marzo 2014]; 9(59):1-9. Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE59_protocolo_mastitis56201212555.pdf.

21. Humenick SS, Hill PD, Anderson MA. Breast engorgement: patterns and selected outcomes. *J Hum Lact*. 1994 Jun; 10(2):87-93.

22. Mass S. Breast Pain: engorgement, nipple pain and mastitis. *Clin Obstet Gynecol*. 2004; 47:676-682.

23. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global*. 2013; 12 (31): 443-451.

24. Mangesi L, Dowswell T. Tratamientos para la ingurgitación mamaria durante la lactancia. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2010; (9): CD006946.

25. Fetherston C, Lai CT, Hartmann P. Relationship between symptoms and changes in breast physiology during lactation mastitis. *Breastfeeding Med*. 2006; 1(3):136-145.

26. Díaz NM. Problemas tardíos de las mamas. En: Aguayo J, Gómez A, editores. *Manual de lactancia materna*. Madrid: Panamericana; 2008. p. 250-255.

27. Herrero H. Propuesta de abordaje del dolor, lesiones en los pezones y las mamas. *Rev Med Natur*. 2008; 2(3): 200-10.

28. García Casanova MC, García Casanova S, Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquis N. Lactancia materna: ¿Puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria. 2005; 35(6): 295-300.

29. Molina Morales V. Información y preparación durante el embarazo: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Monografía nº 5. Madrid .2004; 326-29.

30. Pinilla Gómez E, Domínguez Nariño C, García Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global. 2014; 13(1): 59-70.

31. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª edición. Madrid: McGraw.Hill/Interamericana de España, S.A.; 2007.

32. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.

33. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.

34. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

35. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

36. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Méd Méx. 2002; 138 (4).

37. Sitges-Serra A, Tellado J, Gaité FB. Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. Revista Española de Quimioterapia. 2005; 18(2):78-86.

38. Manrique Fuentes M^a. Complicaciones de la cesárea. Protocolo de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2007. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf.

39. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, et al. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia [Internet]. 2006 [citado 30 Diciembre 2014]; 3(9):40. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>

40. Giménez Fernández M, Carrasco Guirao J. Procedimientos básicos y cuidados de enfermería. 1^a Ed. Murcia: Diego Marín Librero-Editor; 2008.

41. Garrido IM, López L, Seda J. Heparinas de bajo peso molecular: cambios en la técnica de administración. Rev Rol Enferm. 1996; 217:55 – 58.

42. Díaz A, Ortiz MA, Granadino R. Instauración, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Metas Enferm. 2002; 5 (42): 26-30.

43. Hernández MT, Cerveró LI, García M, Fernández M, Gutiérrez G, Lloret J, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida. Pediatría Atención Primaria Área 09. Hospital «Dr. Peset». Valencia: Conselleria de Salut de la Generalitat Valenciana, 2004. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf

44. Mosquera Ferreiro E. Transfusión sanguínea: trabajando con protocolos. Rev Rol Enferm. 1991; 158: 29-34.

45. Bruch Crespiera M, Casas Baroy JC, Riva Travé T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès. Osona (Barcelona). Rev Enfermería Clínica. 2001; 11 (2):7-12.

46. Rodríguez Manzanilla L, Martínez García E, Crespo Martínez E, García Pérez MA. Promoción de la lactancia materna en la visita domiciliaria a la puérpera. Rev Enfermería Clínica. 1992; 2(1): 9-14.

47. Calvo B, Millán C, Álvarez JD, Devesa R. Actitud materna ante la lactancia natural y dificultades en el puerperio inmediato. Atención Primaria. 1992; 10(3): 650-654.

48. Iglesia Casás S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. Rev Enfermería Clínica. 2008; 18(3):142-6

49. Magaly Gamboa E, Nahyr López B, Esperanza Prada G, Kelly Yanitze P. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev Chil Nutr [Internet]. 2008 [citado 11 Marzo 2014]; 35(1):43-52. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182008000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182008000100006&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>.

50. Ras Vidal E, Briones Carcedo O, Domingo Fuster M. ¿Qué decide la madre, pecho o biberón? Atención primaria. 2005; 36(5): 284-87.

51. Rodríguez RM. Visita domiciliaria a recién nacidos y educación para la salud. Atención Primaria. 1997; 20:453-8.

