

Plan de cuidados de enfermería estandarizado en lactancia materna

Nursing care plan standardized breastfeeding

Autoras: Susana de la Flor Picado, Ana Belén Hernández López.

Dirección de contacto: sdelaflor@terra.es

Cómo citar este artículo: De la Flor Picado S, Hernández López AB. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en lactancia materna. NURE Inv [Internet]. Ene-feb 2013 [citado día mes año]; 10(62):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE62_protocolo_lactancia.pdf

Fecha recepción: 30/09/2012

Aceptado para su publicación: 07/10/2012

Resumen

La superioridad de la leche de mujer en la alimentación del recién nacido humano es incontestable. La leche humana es un alimento vivo imposible de copiar y está avalado por numerosos argumentos que apoyan su excelencia, tanto biológicos, como antropométricos o económicos. A pesar de ello, en los últimos años ha habido un importante descenso de esta práctica.

Actualmente, tanto la OMS como UNICEF intentan impulsar de nuevo la lactancia materna como método exclusivo de alimentación al lactante hasta los 6 meses de vida. Iniciativa como la del Hospital Amigo de los Niños o el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia intentan impulsar el reconocimiento de la lactancia materna como pilar irrefutable para un crecimiento y desarrollo óptimo de nuestros hijos.

Objetivo: Unificar criterios de cuidados y actuaciones para favorecer el inicio de la lactancia materna y el mantenimiento de la misma, mejorando la comunicación entre los profesionales y entre ellos y los pacientes.

Metodología: Desarrollo del Plan de Cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Conclusiones: El trabajo estandarizado favorece la toma de decisiones y la actuación del personal de enfermería para el apoyo y desarrollo de una lactancia materna feliz.

Palabras clave

Lactancia materna, leche humana, recién nacido, cuidados de enfermería.

Abstract

The superiority of human milk in feeding the human infant is incontestable. Breastmilk is a living food can't be copied and is supported by numerous arguments in support of excellence, both biological and anthropometric or economic. Despite it, has been a significant decline in this practice. Scientific advances, sociological changes and the lack of health personnel have contributed to this expense. Currently, both the WHO and UNICEF are trying to relaunch exclusive breastfeeding as feeding the infant until 6 months of life. Initiatives like the Baby Friendly Hospital or the Strategic Plan for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding trying to promote the recognition of breastfeeding as irrefutable cornerstone for optimal growth and development of our children.

Goal: Unify care criteria and actions to promote breastfeeding initiation and maintenance of the same, improving communication between professionals and between them and patients

Methodology: Care Development Plan following the NANDA taxonomies, NOC, NIC.

Conclusions: Standardized work promotes decision making and performance of nursing staff to develop a happy breastfeeding.

Key words

Breastfeeding, human milk, newborn, nursing care.

Centro de Trabajo: Matronas. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

Introducción

La lactancia y la leche materna constituyen el estándar de la alimentación infantil tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo (1-3).

Sin embargo, a pesar de las evidencias científicas disponibles en España, están por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS) y la UNICEF. Podríamos citar un sinfín de argumentos a favor de la lactancia materna: se calcula que se producen un millón de muertes neonatales al año en el mundo por no beneficiarse de la leche materna. Aún se desconoce la identidad de todos los ingredientes de la leche materna (es un alimento imposible de copiar), el niño lactado al pecho evita infecciones, diarreas (4) y malnutrición y es un nutriente ideal para el cerebro las arterias, y para un crecimiento (5-8) y desarrollo óptimos, con 8 puntos más de cociente intelectual. Además con la alimentación materna se ahorran al menos seiscientos euros y las madres que lactan tienen menor incidencia de cáncer de mama.

Tanto los avances científicos, como los cambios sociológicos, así como el desinterés de personal sanitario (9) y las grandes presiones comerciales han estado a punto de hacer desaparecer la lactancia materna en el último siglo. Todo esto ha llevado a perder en gran medida la cultura del amamantamiento, tan importante para llevar a cabo una lactancia de éxito: las mujeres que criaron a sus hijos al pecho han mantenido esta transmisión de información y conocimientos sobre lactancia materna de una generación a otra, de madres a hijas.

Por otra parte, desde dos mil años antes de Jesucristo existe constancia del empleo de técnicas de alimentación artificial de lactantes, así como del conocimiento de la imposibilidad de utilizar leche de animales como sustituto, pues acababa frecuentemente con la muerte del bebé.

Durante el siglo XIX, todos los tratados médicos coincidían en señalar la superioridad de la leche de mujer sobre la de cualquier animal. A principios del siglo XX se realizaron ciertas modificaciones a la leche de vaca para poder crear sustitutos seguros de la leche materna. La pasterización fue un proceso que volvió más segura la leche embotellada e hizo que el biberón fuese haciéndose cada vez más popular en las ciudades, aunque el medio rural se resistía a su introducción. También favoreció la incorporación de la mujer al trabajo, que veía la lactancia materna como un problema para su ocupación laboral (10-12). Comienza la producción de sucedáneos y aumentan los intereses económicos industriales de los fabricantes.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron de forma drástica a lo largo del siglo XX. Ya en los albores del siglo XXI, se observa una lenta recuperación en la mayoría de los países de la región europea, pero muchos de ellos no llegan al 70% de lactancia materna exclusiva inicial. Es preciso exceptuar a Suecia y Noruega, con cifras muy altas, más del 60% de lactancia exclusiva al 4º mes, desde hace ya varias décadas.

En 1955 fue creado por las Naciones Unidas el Grupo Asesor de Proteínas (GAP) para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a UNICEF en sus programas de ayuda nutricional. En los años setenta, el GAP emite informes sobre el problema de malnutrición infantil derivado del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil.

En 1979, UNICEF/OMS organiza una reunión internacional sobre alimentación del lactante y del niño pequeño en la que se elaboró un *Código Internacional sobre Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna* (13).

La recomendación de la OMS no consiguió modificar las tasas de lactancia materna en países con un PIB alto. Por ello, 1989 OMS/UNICEF realizan la declaración conjunta sobre *"Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna"* donde se enumeraron los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural que, posteriormente fueron desarrollados por la IHAN (Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños) en 1991.

En 1990 se firma la *Declaración de Innocenti* (14) que serviría de referencia para la promoción de la lactancia durante muchos años, entre cuyos objetivos, estaba el lograr que todas las mujeres amamantasen a sus hijos durante cuatro a seis meses y continuasen con la lactancia y otros alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año de vida.

En 2006, la Unión Europea publicó las *"Recomendaciones Standard para la alimentación del lactante y el niño pequeño en la Unión Europea"* (15).

A pesar de todo esto, en nuestro país inician la alimentación al pecho el 60% de las madres y a los dos meses solo la mantienen un 20%.

La OMS reconoce que la mayoría de las mujeres (más del 97%) son fisiológicamente capaces de dar el pecho de modo satisfactorio. Las encuestas indican que las madres dejan de lactar a sus hijos en su gran mayoría por "hipogalactia", pero la hipoga-

lactia (16) no es una enfermedad ni una deficiencia natural sino la consecuencia de una variedad de razones psicológicas, sociales, económicas, culturales junto al "fallo" de las personas que deben apoyar a las madres (17).

Efectivamente, a veces la lactancia materna, no resulta fácil. El parto de un primer hijo, el estrés, el cansancio y la vivencia de una nueva situación personal, no ayudan. Frecuentemente se viven situaciones que dificultan el buen desarrollo de la lactancia materna, tales como bebés muy ansiosos, o por el contrario, poco exigentes y adormilados, dolor durante el enganche, aparición temprana de grietas, que convierten el amamantamiento en un proceso doloroso.

El papel del personal sanitario durante los primeros días es fundamental para un desarrollo satisfactorio de la lactancia materna, siendo estrategia decisiva la información, la educación y el apoyo a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Objetivo general

Establecer un plan de cuidados estandarizado según la normativa NANDA para lograr alcanzar una lactancia materna satisfactoria para madre e hijo al alta.

Objetivos específicos

- Participar activamente en el proceso de la lactancia materna
- Crear un ambiente de confianza y apoyo hacia la mujer lactante, estando disponible ante cualquiera de sus necesidades
- Demostrar los conocimientos necesarios respecto a la lactancia materna (anatomofisiología de la glándula mamaria, propiedades de la leche materna, postura correcta del bebé al pecho, succión correcta, etc.)
- Identificar datos indicativos de la existencia de problemas reales y/o potenciales relacionados con la lactancia materna
- Actuar de forma adecuada ante los inconvenientes y problemas surgidos durante todo el proceso de la lactancia
- Promover la libre elección de la mujer en cuanto a la forma de lactar de su hijo.

Personal

Matronas, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería de los Servicios de Obstetricia.

Técnica

Para el buen desarrollo de un plan de cuidados, es muy importante la valoración de enfermería. Al ingreso de la paciente en la planta de Obstetricia, se realizará la Valoración para Adultos por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

Posteriormente, realizarnos la valoración de una toma según observación de una toma el protocolo IBFAN UNICEF 1992 (**Anexo 1**).

FICHA DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS
NHC
FECHA PARTO
TIPO DE PARTO
PARTO: UNICO/MULTIPLE
GESTACIONES/ABORTOS/PARTOS: GAP
EPISIOTOMIA/DESGARRO
TIPO ANALGESIA
PESO R.N.
APGAR
REA

VALORACIÓN PARA ADULTOS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (MARJORY GORDON)

1. PATRON PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD

¿Cómo ha sido su salud en general?

¿Qué cosas ha realizado durante el embarazo para mantenerse sano?

¿Fuma?¿Toma drogas?¿Alcohol?

¿Ha utilizado alguna crema para el pecho o el abdomen?

¿Ha percibido alguna alteración en las mamas?

¿Toma alguna medicación?

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Peso/talla

¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento?

Incremento ponderal durante la gestación

¿Desea lactancia materna?

¿Ha iniciado la lactancia en paritorio?

Al lactante

Peso/talla/perímetro cefálico/perímetro torácico

Aspecto general que presenta el recién nacido

Aspecto de la piel

Tono muscular

Numero de tomas al día

3. PATRON ELIMINACIÓN

Patrón de evacuación intestinal habitual

¿Tiene dolor al defecar?

Al lactante

Características de la orina

Numero de pañales que moja

Deposición/día

4. PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

TA/Fc/Fr/Tª

¿Problemas respiratorios?

¿Deambula sin dolor?

¿Tiene dolor al sentarse?

5. PATRON SUEÑO-DESCANSO

¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

¿Ha podido descansar?

¿Duerme el bebe tras las tomas?

6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Tiene dificultad para oír?

¿Tiene dolor?

Consciente y orientada en espacio y tiempo: si/no

Características de las mamas: inflamación, calor, dolor, temperatura, síntomas sistémicos

¿Fue a clases de preparación al parto?

7. PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

El embarazo, ¿ha sido deseado?

¿Cómo lo ha vivido?

8. PATRON ROL RELACIONES

¿Vive con alguien?

¿Tiene pareja? ¿Es buena la relación?

¿Tiene más familia que la apoye?

9. PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

¿Ha tenido otros embarazos?

¿Tiene más hijos? ¿Los ha amamantado?

10. PATRON DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años?

¿Tomó alguna medicación como ayuda?

(Si ha tenido más hijos) ¿Ha tenido depresión post-parto?

11. PATRON VALORES-CREENCIAS

Generalmente, ¿consigue en la vida las cosas que quiere?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

00208-DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD (18). Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable definido porque demuestra técnicas apropiadas para la alimentación del lactante, demuestra el cuidado apropiado de las mamas, utiliza adecuadamente los sistemas de soporte.

1. NOC: CONOCIMIENTO: CUIDADOS DEL LACTANTE 1819 (19)

a) Indicadores

- i. Características del lactante normal 181901
- ii. Signos y síntomas de deshidratación 181911
- iii. Patrones del sueño y despertar del lactante 181918

b) NIC: Cuidados del recién nacido 6880 (20)

c) Actividades

- i. Mecer al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad
- ii. Colocar al bebé en DL o DS después de la alimentación y proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido
- iii. Enseñar a los padres la higiene y características del cordón umbilical

2. NOC: CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 1800 (19)

a) Indicadores

- i. Primeros signos de hambre del lactante 180004
- ii. Técnica adecuada para amamantar al bebé 180005
- iii. Posición adecuada del lactante durante la lactancia 180006 (**Anexo II**)

b) NIC (20)

- i. Asesoramiento en la lactancia 5244
- ii. Ayuda en la lactancia materna 1054
- iii. Facilitar el aprendizaje 5520

c) Actividades

- i. Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante
- ii. Utilizar un lenguaje familiar
- iii. Fomentar la participación activa del paciente
- iv. Repetir la información importante

- v. Determinar el conocimiento de la alimentación al pecho
- vi. Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimenticias del bebe
- vii. Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda dar el pecho de ocho a diez veces al día

00106-LACTANCIA MATERNA EFICAZ (18): la familia o la diada madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna definido por patrón ponderal del lactante adecuado para su edad, avidez del lactante por mamar, el niño parece satisfecho después de las tomas, la madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión. Relacionado con conocimientos básicos sobre lactancia materna.

1. NOC: ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE 1000 (19)

a) Indicadores

- i. Alineación y unión adecuadas 100001
- ii. Sujeción areolar adecuada 100003
- iii. Succión y colocación de la lengua correctamente 100004
- iv. Lactante satisfecho tras lactación 100011

b) NIC (20)

- i. Asesoramiento en lactancia 5244
- ii. Ayuda en la lactancia 1054
- iii. Cuidados del recién nacido 6880
- iv. Fomentar el acercamiento 6710
- v. Presencia 5340

c) Actividades

- i. Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimenticias del recién nacido (sujeción, succión y estado de alerta)
- ii. Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido
- iii. Vigilar la capacidad de mamar del recién nacido

2. NOC: ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE 1001 (19)

a) Indicadores

- i. Comodidad de la posición durante la alimentación 100101
- ii. Reconocimiento de la deglución en el lactante 100106
- iii. Reconoce rápidamente los signos de hambre 100113
- iv. Utiliza el apoyo familiar 100124
- v. Satisfacción con el proceso de lactancia 100118

b) NIC (20)

- i. Asesoramiento en lactancia 5244
- ii. Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3584
- iii. Fomentar la implicación familiar 7110
- iv. Manejo de la energía 0180
- v. Manejo de la nutrición 1100
- vi. Mejorar el sueño 1850
- vii. Protección contra infecciones 6550
- viii. Terapia de relajación simple 6040
- ix. Vigilancia de la piel 3590

c) Actividades

- i. Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón
- ii. Informar a los padres acerca de los progresos del bebe
- iii. Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebe
- iv. Animar a la madre a que no imite el tiempo de mamar al bebe
- v. Instruir a la madre sobre las maneras de hacer eructar al bebe
- vi. Animar a la madre a que bebe líquidos

3. NOC: MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA 1002 (19)

a) Indicadores

- i. Reconocimiento de signos de mastitis 100220

- ii. Percepción de apoyo familiar para la lactancia materna 100222
- iii. Conocimiento de los recursos de apoyo 100225
- iv. Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna 100215

b) NIC (20)

- i. Asesoramiento en lactancia 5244
- ii. Fomentar la implicación familiar 7110
- iii. Manejo de la energía 0180
- iv. Mejorar el sueño 1850
- v. Vigilancia de la piel 1260

c) Actividades

- i. Instruir acerca de los signos de problemas e informar al practicante de los cuidados
- ii. Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche percibido y real
- iii. Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre
- iv. Facilitar la toma de decisiones en colaboración
- v. Remitir a grupos de apoyo
- vi. Escuchar las expresiones de sentimientos
- vii. Preparar un informe con recomendaciones
- viii. Proporcionar conocimientos técnicos a aquellos individuos que soliciten ayuda

00062-RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (18): el cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar, relacionado con la falta de experiencia para cuidar un bebé.

1. NOC: ALTERACION DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL 2203 (19)

a) Indicadores

- i. Trastorno de la rutina 220315
- ii. Trastorno del entorno vital 220318
- iii. Responsabilidades del rol 20310

b) NIC (20)

- i. Apoyo al cuidador principal 7040
- ii. Aumentar los sistemas de apoyo 5440
- iii. Estimulación de la integridad familiar: familia con recién nacido 7104

c) Actividades

- i. Determinar la aceptación de su papel
- ii. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador
- iii. Implicar a la pareja en los cuidados
- iv. Observar la adaptación de los padres a la paternidad

2. NOC: BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL 2508 (19)*a) Indicadores*

- i. Satisfacción con la realización de los roles 250804
- ii. Capacidad para el afrontamiento 250813

b) NIC (20)

- i. Apoyo emocional 5270
- ii. Escucha activa 4920

c) Actividades

- i. Educar a los padres sobre los efectos de la privación del sueño en el funcionamiento familiar
- ii. Facilitar periodos de descanso

3. NOC: EJECUCION DEL ROL 1501 (19)*a) Indicadores*

- i. Descripción de los cambios conductuales con un nuevo miembro de la familia 150109
- ii. Ejecución de las expectativas del rol 150101

b) NIC (20)

- i. Apoyo en la toma de decisiones 5250
- ii. Enseñanza: individual 5606
- iii. Escucha activa 4920

c) Actividades

- i. Facilitar la toma de decisiones en colaboración
- ii. Proporciona la información solicitada por el paciente
- iii. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- iv. Incluir a la pareja

4. NOC: EJECUCION DEL ROL DE PADRES 2211 (19)*a) Indicadores*

- i. Facilita las necesidades físicas del niño 221101
- ii. Proporciona la nutrición adecuada para su edad 221105

b) NIC (20)

- i. Potenciación de roles 5370

c) Actividades

- i. Ayudar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol
- ii. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en el cambio de rol

5. NOC: SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADOR PRINCIPAL 2506 (19)*a) Indicadores*

- i. Culpa 250606
- ii. Frustración 250608
- iii. Certeza sobre el futuro 250610

b) NIC (20)

- i. Apoyo al cuidador principal 7040
- ii. Aumentar el afrontamiento 5230
- iii. Apoyo emocional 5270

c) Actividades

- i. Comentar la experiencia emocional con el paciente
- ii. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados

- iii. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- iv. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

00132-DOLOR, AGUDO (18): experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular o 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 menor de 6 meses. Definido por observación de evidencias de dolor, postura para evitar el dolor, gestos de protección, informe verbal del dolor relacionado con agente lesivo (bebé), grietas.

1. NOC: CONTROL DEL DOLOR 1605 (19)

a) Indicadores

- i. Reconoce el comienzo del dolor 160502
- ii. Reconoce los factores causales 160501
- iii. Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160504
- iv. Utiliza los recursos disponibles 160508

b) NIC (20)

- i. Manejo de la medicación 2380
- ii. Manejo del dolor 1400
- iii. Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
- iv. Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602
- v. Aplicación de frío 1380
- vi. Vigilancia 6650

c) Actividades

- i. Observar los efectos terapéuticos de la medicación
- ii. Aplicación de frío/calor
- iii. Realizar una valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, calidad, intensidad y factores desencadenantes

00153-RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (18): riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta al nacimiento del bebé. Relacionado con sensación de fracaso como madre

1. NOC: AUTOESTIMA 1205 (19)

a) Indicadores

- i. Aceptación de las propias limitaciones 120502
- ii. Sentimientos sobre su propia persona 120519

b) NIC (20)

- i. Potenciación de la autoestima 5400
- ii. Apoyo emocional 5270
- iii. Entrenamiento de la asertividad
- iv. Potenciación de roles 5370

c) Actividades

- i. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- ii. Enseñar las nuevas conductas que necesita la madre para cumplir con el rol
- iii. Instruir al paciente sobre estrategias para la práctica de una conducta afirmativa.

CONCLUSIONES

El trabajo estandarizado y el uso de taxonomías contribuye a homogeneizar el lenguaje y la disciplina de los cuidados, favoreciendo la toma de decisiones y la actuación del personal de enfermería para el apoyo y desarrollo de una lactancia materna feliz, reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial y proporcionando una continuidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Comité on Nutrition Iron fortification of infant formulas. Pediatrics. 1999; 104 (1): 119-23
2. World Health Organization: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services (a joint WHO.UNICEF statement). Genève: WHO; 1989.

3. Arena AJ. La lactancia materna en la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño". *Anales de Pediatría*. 2003; 58 (3): 208-10
4. World Health Organization. Infant and Young child nutrition. Resolution WHA54.2 of the Fifty-fourth world Health Assembly; Gènevè: WHO; 2001
5. Kramer MS. Biology Bias Pediatric. Probit study Group. Vol. 110 N°2 2002; 343-47
6. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP n°5.
7. Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. *NSW Public health Bulletin* 2005; 16: 42-5
8. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series n° 8534
9. Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An. Pediatr*. 2003; 58:263-67
10. Yalom M. Historia del pecho. 1ªED. Barcelona: Tusquets editors. S.A. 1997; p 215-16
11. Huard P, Laplane R, Histoire illustrée de la puériculture. Aspects diététiques, socioculturels et ethnologiques. Paris: Ed. Roger Dacosta. 1979; p 58-60
12. Faÿ-Sallois F. Les nourrices a Paris au XIC siècle. Paris: Paot; 1980; p 220-22
13. Dobbing J. Infant Feeding. Anatomy of a controversy. 1973-1984. Springer-Verlag; 1988; 124-29
14. Declaración de Innocenti del 2005 sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. [Acceso el 15 de septiembre de 2012]. Disponible en: http://innocenti15.net/declaracion_spanish.pdf
15. EUNUTNET. Infant and Young child feeding: Standard recommendations for the European Union. [Acceso el 15 de septiembre de 2012]. Disponible en: http://www.burlo.triest.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
16. Díaz C, Riaño I, Rodríguez R, Palencia Z, Candás MA. Lactancia materna. Guía para profesionales sanitarios. Oviedo (Asturias): Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2003; p 103-08
17. Hernández MT, Aguayo 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: 340-65
18. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería 2009-2011: Definiciones y Clasificación. Barcelona: Wilwy-Blackwell. 2011
19. Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Ed. Elsevier Mosby. 2009
20. Bulechek, G M, Butcher H K, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Ed. Elsevier Mosby. 2009
21. Bustos Lozano G. coordinador. Guía de Cuidados del recién nacido en la Maternidad. 1ª ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2008.
22. Promoviendo salud. Posiciones para amamantar. Argentina: Promoviendo salud; 2010 (acceso 12 de septiembre de 2012). Disponible en: www.promovriendosalud.com/posiciones-para-amamantar/

ANEXO I

OBSERVACIÓN DE UNA TOMA (PROTOCOLO IBFAN UNICEF 1992) (21)

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

ANEXO II

POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO (22)



Acunado



Acunado cruzado



Pelota de fútbol



Acostado