

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE,
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO VI

nº 21 Diciembre 2003



LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DEL PERSONAL SANITARIO

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Redacción:

José Vadillo Carroza

Francisca Hernández Quintero

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Patricia Mauri Fábrega

Martín Vázquez Bermúdez

Asesora de redacción:

Eva M^ª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería
de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. Izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

- 3** Editorial
-
- 5/7** Jornada Responsabilidad Civil
-
- 8/9** La fundación de los Colegios y la sociedad española de principios del siglo XX
-
- 10/11** Calendario 2004
-
- 12/13** Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias
-
- 14/19** La Lactancia Materna
-



**El Colegio
de Enfermería de
Huelva les desea unas**

**Felices
Fiestas**

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

EL FUTURO QUE MARCARÁ UN HITO PROFESIONAL

Si hubiera que buscar un adjetivo para definir lo que significa, profesionalmente hablando, esta despedida de 2003, no cabe duda: **esperanzador**. De expectativa, ilusionante y alentador ante un futuro que se presume precisamente eso, **cargado de esperanza para la enfermería**.

Y es que, en cosa de unos pocos meses, apenas una gota de agua en el océano de las incomprensiones, la profesión ha acumulado tantas herramientas legales que resulta difícil de "digerir" para quien no haya estado en los "intestinos" de tanta negociación. Y herramientas que tienen nombres y apellidos: Ley de Cohesión y de la Calidad, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Estatuto-marco y, para redondear el menú, futuro Real Decreto sobre las Especialidades Profesionales.

Seguro que a alguien ajeno a la enfermería española le sonarán a extraño semejante batería de acontecimientos, a cada cual más sugerente y presagio de las mejores cosas para los intereses que nos son comunes. Seguro que esa misma música no suena a tal en el seno de la Organización Colegial y más en concreto, de su Consejo General por cuanto ha venido protagonizando en los últimos cinco años unas negociaciones tan difíciles, tensas y erizadas de dificultades como ilusionantes, digámoslo otra vez, van a ser sus consecuencias.



Por eso nos alegra y llena de auténtica satisfacción poder anunciar, desde este Colegio Oficial de Huelva, la culminación de tantos años de trabajo callado, en la sombra pero que han sido materializados en esa auténtica exposición legislativa para que enfermería pueda decirse, abandone su minoría de edad y entre, con paso propio, en la mayoría que otorga unas leyes que la consagran como profesión autónoma, con personalidad y funciones propias y, en breve plazo, con unas especialidades que marcarán el antes y después del devenir de los tiempos.

Seguro estamos de que más de uno, y de dos, se auarán al carro de las cosas bien hechas y aparecerán - no lo duden- como artífices de esos logros. Pero a la Organización Colegial le cabe el honor de saberse artífice de esas cotas y de haber mantenido pulsos más que difíciles con las Administraciones del Estado hasta llegar a ese fin. Nuestro reconocimiento, palmario, al equipo que lidera Máximo González Jurado porque somos plenamente conscientes de lo difícil que ha sido el camino antes de llegar a esta autopista despejada de dificultades legales para que la enfermería se convierta en lo que decimos, una profesión de futuro, madura y plenamente capaz de desarrollarse por sí por el conjunto de la sociedad a la que sirve.

SEGURO

de Responsabilidad Civil

TU COLEGIO

TE PROTEGE

CON **250**

millones de pesetas

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

HUELVA

ÉXITO DE LAS JORNADAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva puso a disposición de toda la profesión en la provincia unas Jornadas sobre Responsabilidad Civil y Penal del Personal Sanitario donde, por medio de destacadas personalidades del campo jurídico y profesional, se abordó una realidad cada vez más preocupante cual es la situación del profesional en cuanto a la vertiente de su responsabilidad derivada de cada acto cotidiano.

El presidente del Colegio de Huelva, Gonzalo García Domínguez hizo de anfitrión para que Jueces, Magistrados, expertos en derecho sanitario y la cúpula de la Organización Colegial de Enfermería acudieran hasta nuestra ciudad para ofrecer la mejor herramienta posible, la información al servicio del colegiado.

En el salón de actos de la Caja Rural del Sur se desarrollaron estas Jornadas sobre la Responsabilidad Civil y Penal del Personal Sanitario. Nada mejor que un foro de esta altura y características para poner ante el asistente lo que se deriva de algo tan rutinario como es el ejercicio profesional. Las jornadas estuvieron acreditadas por la Escuela



de Ciencias de la Salud y contaron con el patrocinio del Consejo Andaluz de Enfermería, cuyo presidente, Florentino Pérez Raya, también compareció en el Congreso.

Licenciatura

El acto inaugural contó con la presencia de Máximo González Jura-

do. El presidente de la Organización Colegial pronunció la conferencia de apertura hablando de "Licenciatura, especialidades y funciones". Un tema de tan rabiosa actualidad requería la presencia del responsable del Consejo General quien ofreció datos y ángulos esenciales para entender el futuro que espera a la enfermería en base a la Convergencia con Europa que Es-

El presidente del Consejo general, González Jurado, abogó por la "protocolización" como arma que asegure una "buena praxis".

paña tiene que ver arreglada allá para 2007.

Máximo González Jurado se mostró a favor de una licenciatura de cuatro años de duración y 240 horas lectivas, haciendo, a su vez, un pormenorizado recorrido por el estado actual de las negociaciones tanto a nivel político como universitario en un escenario en el que van a desaparecer las diplomaturas y las titulaciones académicas van a experimentar un profundo cambio.



Jueces y magistrados

Acto seguido, se inició el contenido

Magistrados, Jueces y Expertos abordaron una realidad cada vez más acuciante: el aumento de las denuncias de los ciudadanos.

específico de las Jornadas tomando parte una auténtica pléyade de personalidades en la materia. Así, intervinieron José de la Mata Amaya, Letrado del Tribunal Constitucional quien habló sobre "Los profesionales sanitarios ante el Código Penal y la Ley del Jurado". Luego, el Magistrado Juez del Juzgado de lo Penal número 14 de Madrid, David Cubero, afrontó una realidad por desgracia cada día más frecuente cual es la comparecencia de los sanitarios ante los tribunales de justicia.

La Abogada María Fernanda de Lorenzo se refirió al "Consentimiento informado y las historias clínicas" antes de que un experto en seguros. Luis Docio, se refirió al aseguramiento del personal sanitario en una sociedad que acude con mayor frecuencia que nunca a estas vías de reclamación.

El Magistrado del Tribunal Supremo (sala segunda), José Manuel Maza habló sobre el secreto profesional en el mundo sanitario mientras que los Derechos del paciente, contemplados en la Ley, fueron asunto del Magistrado de la Audiencia Provincial de Madrid, Antonio García Paredes. El también magistrado, pero del TSJ Antonio Moreno Andrade, trazó las líneas maestras acerca de la responsabilidad de la Administración antes de que Ventura Pérez Marí, Juez en excedencia de la Audiencia Nacional y en esos días Alcalde de Vigo, se posicionara ante el derecho y la ética en la práctica diaria.

Pero, junto a los contenidos legales y conjuntos de normas por las que

el profesional debe regirse, las Jornadas también descendieron en la calidad de un Colegio como el de enfermería d Huelva cuyo departamento jurídico mantiene un fiel reflejo de esas creciente postura de la colmación ante los tribunales. Quedó claro que los trabajadores sanitarios atraviesan una etapa de "cierta dificultad" por el hecho de que esté instalándose "la cultura de la reclamación" ante posibles malas praxis, negligencias o imprudencias que, además de eso, han devenido en un negocio.

En Huelva

Sobre la mesa de las Jornadas quedó claro que en Huelva se han presentado nueve casos que el Colegio Oficial de Enfermería ha hecho frente en defensa de los intereses de los encausados. Cuatro de esos procesos aún están abiertos y los que se cerraron fueron dos por archivo de las actuaciones, dos por sentencia firme (una absolutoria y otra condenatoria) y el resto por retirada de la acusación. Siete enfer-

meras/os, una matrona y un fisioterapeuta fueron los protagonistas, a su pesar, de esos mismos casos judiciales.

De ahí que el presidente del Consejo General: Máximo González Jurado, hablara de que "hoy por hoy, el personal sanitario está asustado". Refiriéndose, a continuación, a la trascendencia de la cobertura que otorga la Póliza de Responsabilidad Civil de los Colegios porque "otorgan al colegiado un clima de confianza para ejercer la enfermería no desde posturas defensivas sino con las necesidades del paciente".

También se habló de la otra cara que rodea este mundo de la reclamación: el puro y duro negocio. Los beneficios ante una indemnización se reparten entre un 45 por ciento para el enfermo y el resto para los abogados, algunos de los cuales recurren directamente a la vía penal por ser más rápida que la civil, y, además, la incluye.

Semejante panorama tiene consecuencias negativas para la enfermería dado que, aunque la mayor parte de las denuncias se concluyen con absolución, "el profesional se encuentra en una situación de condena social", al tiempo que se recurre a una "medicina defensiva" consistente en "alargar los procesos puesto que no se atreven con ciertas prácticas y que equivale en algunos casos a un sufrimiento para el enfermo".

El Consejo General de Enfermería recomendó una "protocolización rigurosa" que garantice la "buena práctica profesional".

En el año que ahora acaba, y según datos aportados por el propio Máximo González Jurado, las re-

clamaciones por negligencias suponen para el colectivo un coste cada vez más alto como refleja que los colegios de enfermería españoles han tenido que hacer frente a dos sentencias reciente de 500.000 y 700.000 euros respectivamente. La Organización Colegial se mostró partidaria de poner en marcha una Fundación que, aglutinando a los Ministerios de Sanidad y Justicia y el Consejo General del Poder Judicial junto a los Colegios oficiales y Asociaciones de usuarios, tendrían como finalidad efectuar un análisis en profundidad de la situación actual en este sector para abordar parcelas como la tarificación de la siniestralidad, la formación del personal que propicie una actuación segura y una práctica basada en la evidencia. Los sanitarios en general valoran de forma crítica el hecho de que un juez deba valorar aspectos como el dolor o el sufrimiento del enfermo.

Por suerte, y según datos de la Asociación del Defensor del Paciente, la enfermería es uno de los colectivos menos denunciados. Esto no es óbice para que a nivel de España, desde 1992 se hayan producido 157 sentencias de las que 30 fueron condenatorias y el resto absolutorias. En año en que se recibieron mayor número de reclamaciones ante el Consejo General de Enfermería fue 1995, seguido del 96 y 98.

En el colofón de las Jornadas, el presidente del Colegio de Enfermería de Huelva, Gonzalo García Domínguez, quiso agradecer "el alto magisterio de los intervinientes cuya sola presencia en este Colegio provincial justifica el trabajo e interés puesto a contribución por la Escuela de Ciencias de la Salud que dirige Pilar Fernández junto al apoyo del Consejo Andaluz de Enfer-

mería con su presidente, Florentino Pérez Raya, al frente. Entiendo que ha sido un hito trascendental para la profesión de enfermería en nuestra provincia porque nos ha permitido afrontar de forma elocuente, por solvencia y rigor, la realidad que se desprende de la actuación profesional. Por eso los Colegiados levantamos la voz en ocasiones para pedir mayor cobertura en las plantillas de los centros que aseguren una mejor atención al ciudadano y, a su vez, la certeza de que la enfermera/o va a desempeñar sus funciones con cotas muy altas de seguridad y eficacia".

**"El personal sanitario está asustado. Se ha creado una cultura de la reclamación".
Máximo González Jurado**

Desde 1995, 9 colegiados de Huelva han sido objeto de denuncias ante los Tribunales. El Colegio estuvo en su defensa y hoy siguen abiertos cuatro procesos.

"Mientras dura el proceso judicial, el profesional se encuentra en una situación de condena social", apuntó el presidente de la Organización Colegial.

LA FUNDACIÓN DE LOS COLEGIOS Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX



La situación político-social de España en los últimos años del siglo XIX y primeras décadas del XX, se caracterizó por una gran agitación en la clase obrera con huelgas y disturbios continuos, pues no en vano vieron los trabajadores cómo eran excluidos del "sistema" político creado por la Constitución de 1876 con su bipartidismo oligárquico, el ficticio parlamentario alternante, los fraudes electorales y la consecuencia de estas corruptelas: el caciquismo generalizado.

Junto a esta situación surge la gran depresión que produjo la pérdida de las Colonias (Cuba y Filipinas) originando entre los escritores y artistas lo que podíamos llamar el "discurso lastimero" "del dolor de España". Ambos estados de opinión presionan a los políticos y gobernantes de tal modo, que, a partir de 1800, se comienza a legislar reconociendo derechos laborales fundamentales como la prohibición del trabajo a los menores de edad y la ley de accidentes del trabajo, creación del Instituto de Reformas Sociales y ley del descanso dominical en 1903, ley de huelgas en 1909, etc.

A principios del siglo XX España tenía 19 millones de habitantes, con una estructura social atrasada, eminentemente agrícola, una población activa del

30 por ciento y con la jornada laboral oscilando entre las ocho y las catorce horas, siendo lo más habitual las once horas. El salario medio era de tres a cuatro pesetas diarias, mientras el jornalero andaluz percibía unas cincuenta ptas. por jornada.

En este bajo nivel socio-económico se encontraban los sanitarios rurales y urbanos de la asistencia primaria que, manejados por el caciquismo imperante, ejercían una medicina para pobres y una medicina para ricos. La primera era la llamada beneficencia domiciliaria (a cargo de los presupuestos municipales) y beneficencia hospitalaria (a cargo de los presupuestos de las Diputaciones). La medicina para ricos se ejercía en las consultas establecidas generalmente, en los domicilios de los médicos y en las clínicas o sanatorios de su propiedad. Los gastos eran abonados por los enfermos, era la medicina de "pago" o privada.

Como excepción a esta organización sanitaria debemos recordar la asistencia creada por la Compañía de minas de Río Tinto. Inmediatamente después de la adquisición de las minas en 1873 se inició la construcción de los que serían posiblemente, los primeros hospitales de España para el tratamiento de los obreros accidentados en el trabajo.

El hospital de Huelva se emplazó al

final de la calle San Andrés y el otro en la mina. Fueron dotados con los últimos adelantos de la medicina de la época y su personal médico contó con profesionales de la categoría de los Dres. Mackay y Macdonal. Con base en estos hospitales se organizó la asistencia médico-quirúrgicas a las familias de sus obreros y empleados de forma totalmente gratuita.

Asistencia benéfica

Refiriéndonos a la asistencia benéfica tenemos que resaltar la situación lamentable del personal sanitario, mal pagados y peor considerados. Los políticos justificaban los sueldos porque se ejercía además libremente la medicina "privada o libre". Lo cierto es que los sueldos sean inferiores al cincuenta por ciento de los establecidos en otros cuerpos oficiales (Ejército, Universidad, etc.) y sus nombramientos y ceses dependían del partido gobernante o del cacique. Ante la carencia de un mínimo de derechos laborales como los puestos de trabajo fijos, derechos pasivos, sueldos dignos etc.

Los antiguos Practicantes sólo ven como remedio organizarse en asociaciones o colegios que les defiendan y representen. En ello empeñan sus preocupaciones y esfuerzos creando

en la mayoría de las provincias unas juntas organizadoras con suerte diversa, algunas enseguida, funcionan con eficacia (Madrid, Cádiz, Sevilla, etc.), otras languidecen en su acción y algunas se debaten entre el ser o no ser. Se fracasa donde hay grupos de profesionales que optan por el liberalismo más absoluto, desconfiando y no integrados en las juntas organizadoras por razones económicas o políticas.

No obstante, el movimiento asociativo lentamente va alcanzando metas importantes como las Asambleas nacionales que desde 1903 se celebran en Madrid casi todos los años. En ellas se ponen al día los problemas y aspiraciones de la clase y se llevan a los gobernantes. Una de las más importantes peticiones que se aprueban en todas las asambleas era la colegiación obligatoria. Pasados 26 años se consiguió al fin en 1929.

Fundación en Huelva

Sobre la fecha de fundación del Colegio de Huelva, la escasa documentación no nos permite dar muchos detalles pero sí fijar la fecha fundacional: En 1912 el Colegio de Sevilla impulsa la idea dirigiéndose a finales del año anterior a los "colegas de Huelva enviándolos copias del reglamento colegial para, si quieren, imitarlo y organizar un colegio". Esta gestión no resulta, ya que a la mitad del año siguiente el Colegio sevillano " nombra delegado al Practicante de Sotiel Coronada Marciano Gómez García para que gestione con sus compañeros la fundación del órgano provincial de Huelva".

Seguidamente aparece en la prensa

un anuncio de la próxima fundación y el 7 de octubre, Marciano Gómez comunica a Sevilla la fundación del colegio y el nombramiento de D. Manuel Martel del Castillo como presidente. En 1913, en "Huelva sigue sin consolidarse el colegio", "por lo que se decide que D. Marciano Gómez tramite desde Sevilla la colegiación de los compañeros onubenses, mientras no cuaje definitivamente aquel órgano", con el nombramiento a continuación como delegados a Diego Romero y a Luis Vázquez Caballero termina este primer intento fundacional.

En 1918 se hace un nuevo intento, son los onubenses que inscriben el día 9 de enero de 1918 en el Registro Gral. de Sociedades del Gobierno Civil con el número 402 al Colegio de Practicantes de Huelva y al margen una sola palabra: **DISUELTO**. No se necesitó mucho tiempo para comprobar el fracaso de una gestión. Siguen los intentos, las reuniones, las asambleas y las tertulias de forma intermitente; envían un representante de 56 compañeros a la Asamblea de Madrid de 1922. Acude a Madrid D. Francisco Díaz Hernández y D. Luis Sosa, de Nerva, a título personal. En 1923 una Asamblea creará una directiva colegial presidida por D. Carlos Corona que prontamente dimitirá con lo que finalizará su gestión. Así se va madurando la idea y se llega al año 1924.

Intentos

En los primeros meses del año 1924 se unen en comisión organizadora los profesionales D. Juan Corrales, D. Antonio Ortega, D. Antonio

Glez. Rengel, D. Leonardo Martínez y D. Miguel Martínez Torres, y se inscribe en el Registro Gral. de Sociedades del Gobierno Civil el día 2 de mayo con el nº 619 al Colegio de Practicantes de la Provincia de Huelva, figurando como Presidente D. Juan Corrales Barroso y Secretario D. Antonio Ortega Mora. Se fija el domicilio social en la calle Joaquín Costa nº 4, 2º. "El objeto de su creación es: relacionar entre sí a todos los individuos que componen el cuerpo de Practicantes. Entablar afectuosas relaciones con otras sociedades análogas. Celebrar actos instructivos de carácter puramente profesional". Resumiendo: Se hicieron tres intentos de fundación. El primero en 1912 con el patrocinio del Colegio sevillano y que no llegó a consolidar. El segundo en 1918 del que hay constancia en el Registro de Asociaciones con el añadido de "disuelto" y además la existencia de una Directiva que dimitió antes de iniciar su actuación. El tercer intento en 1924, con la inscripción en el Registro de Asociaciones con el número 619, se inicia la marcha por fin hacia el futuro: consta la continuidad en sus funciones, hay un relevo de Directivas en 1926 y otro en 1928, llegando así a la entrega del Colegio al Colegio Oficial, creado por Real Orden de 28 de Diciembre de 1930 en la que se reconoce que "parece justo atender esta aspiración de los Practicantes españoles, manifestada en la quinta Asamblea Nacional de Colegios de forma unánime", con lo que termina la historia inicial del Colegio onubense.

Manolo Toscano

Bibliografía:

La Enfermería Sevillana. C. Moraleda. E. Jaldón. V. Villa. 1993.
Libro de actas del Colegio O. de Practicantes de Huelva.

Memorias del Colegio de P. de Huelva. Años 1926 y 1928.
Libro Registro de Sociedades de la P. de Huelva. G. Civil.

Reglamento del Colegio de P. de Huelva. 1926



ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA

DOCUMENTOS

Enfermería

ENERO

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ABRIL

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

JULIO

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

OCTUBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO

L	M	Mi	J
2	3	4	5
9	10	11	12
16	17	18	19
23	24	25	26

MAYO

L	M	Mi	J
3	4	5	6
10	11	12	13
17	18	19	20
24/31	25	26	27

AGOSTO

L	M	Mi	J
2	3	4	5
9	10	11	12
16	17	18	19
23/30	24/31	25	26

NOVIEMBRE

L	M	Mi	J
1	2	3	4
8	9	10	11
15	16	17	18
22	23	24	25
29	30		

RO

J	V	S	D
			1
5	6	7	8
12	13	14	15
19	20	21	22
26	27	28	29

J	V	S	D
		1	2
6	7	8	9
13	14	15	16
20	21	22	23
27	28	29	30

O

J	V	S	D
			1
5	6	7	8
12	13	14	15
19	20	21	22
26	27	28	29

MBRE

J	V	S	D
4	5	6	7
11	12	13	14
18	19	20	21
25	26	27	28

MARZO

L	M	Mi	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

JUNIO

L	M	Mi	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

SEPTIEMBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
			2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	2
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

2004

**Colegio
Oficial
de
Enfermería
de Huelva**

RESPALDO DE LA ENFERMERÍA TRAS LA APROBACIÓN DE LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

El Pleno del Congreso de los Diputados aprobó la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) que viene a constituir un decisivo marco legal para el ejercicio de los distintos colectivos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que en nuestra región se encuadra en el SAS. Esta Ley ha logrado reunir, como pocas veces antes, a todas las profesiones sanitarias y, en opinión del presidente de la Organización Colegial, Máximo González Jurado, "recoge reivindicaciones históricas de la enfermería española además de incluir criterios de modernidad para el Sistema". Desde el Colegio de Sevilla se ha hecho idéntico énfasis tras el refrendo político de la LOPS y el responsable provincial, José María Rueda, asegura que estamos "ante una referencia esencial y pòrtico de nuevos logros, como las especialidades profesionales".



El presidente del Consejo General, Máximo González Jurado, dice que la LOPS contempla lo que "durante muchos años han sido legítimas aspiraciones de la Enfermería".

La aprobación por las Cortes de la LOPS va a suponer una mejora en las condiciones profesionales de todos los colectivo implicados en la salud ciudadana y, para la enfermería, supone en palabras de Máximo González Jurado "ver atendidas reivindicaciones históricas. De tal suerte que la LOPS supondrá un importante impulso y reconocimiento de la profesión ya que la dota de identidad, autonomía y personalidad junto al resto de profesiones sanitarias".

La nueva Ley, aprobada como decimos el 6 de noviembre, establece para la enfermería la "clara definición de cada una de las profesiones, reconociendo a la Enfermería como "una profesión esencial en el funcionamiento de cualquier servicio sanitario". También se destacan las competencias que se atribuyen a los distintos colectivos de profesionales titulados.

Papel de la Organización Colegial

El papel de los colegios ha quedado claramente reforzado merced a

la dura y difícil negociación que, en nombre de la enfermería, protagonizó el responsable del Consejo General, González Jurado quien, tras asistir personalmente al último debate y votación, tras superar numerosas dificultades de última hora planteadas por los grupos de la oposición, la Ley en cuestión "supone un impulso, reconocimiento y mejora de las condiciones profesionales de todos los sanitarios que trabajan en España. La Ministra Ana Pastor ha hecho una apuesta clara por un S.N.S. claramente enfocado hacia la excelencia en la práctica profesional basándose en tres principios fundamentales: equidad, calidad y seguridad de las personas".

ciones tradicionales de la Enfermería, a la que se va a dotar de identidad, autonomía y personalidad propia junto al resto de profesiones sanitarias. La definición de las profesiones y la determinación de sus competencias respectivas son hitos nunca alcanzados y que ponen de relieve la trascendencia de esta normativa legal. La LOPS, además, va a suponer la regulación del funcionamiento de los equipos multidisciplinares, la previsión del desarrollo de la carrera profesional, que en el caso de la Enfermería pasa a tener cuatro niveles, como el resto de colectivos, y el marco regulador de las especialidades en Ciencias de la Salud.

Para el Colegio de Enfermería de Sevilla, su presidente, José María Rue-

da, "es importante saber que estamos ante un proceso histórico iniciado en noviembre de 2001 cuando el BOE, con la firma de S.M. El Rey publicó el Real Decreto de funciones de noviembre 2001, a lo que ahora se une la LOPS junto a la perspectiva de lo que va a deparar la convergencia europea en materia universitaria con la desaparición de las diplomaturas por el título de licenciados... Pero no acaban aquí los argumentos que nos permiten ser optimistas por cuanto la aprobación de la LOPS va a hacer posible que, en pocos meses, esté en la calle el Decreto de las especialidades de la Enfermería. La Organización Colegial ha visto reconocido en estos textos legales la impronta de su responsabilidad y derechos en pro de un futuro más solvente para la profesión".

Reivindicaciones históricas

El texto de la LOPS recoge, por otra parte, lo que han sido "revindica-

Preponderante papel de la Organización Colegial en torno a una Ley que ha unido más que nunca a los diferentes colectivos que trabajan en el SNS.

LA ESENCIA DE LA LOPS

- Definición de las distintas profesiones sanitarias.
- Determinación de las competencias de los respectivos colectivos titulados del S.N.S.
- Regulación del funcionamiento de los equipos multidisciplinares, esenciales en cualquier intervención.
- Previsión para el desarrollo de la carrera profesional. En el caso de la Enfermería pasa a tener cuatro niveles igual que el resto de profesiones sanitarias.
- Previsión del marco regulador de las especialidades en Ciencias de la Salud.
- Creación de un registro profesional de carácter público, abierto a todos los ciudadanos quienes podrán consultar en él los datos académicos y profesionales de todos los que trabajen en el S.N.S.
- Establecimiento de un sistema de evaluación regular y voluntario de la competencia profesional que demostrará la calidad del trabajo y a los ciudadanos la garantía de que están atendidos por buenos trabajadores.
- Formación Continua. La LOPS incluye mejoras en los sistemas de formación continua de las profesiones sanitarias, tanto en el pregrado como en la formación especializada, auténtica novedad.
- Incentivos por la gestión. En él se contemplan actividades hasta ahora no reconocidas ni formal ni retributivamente.
- Garantías para el sector sanitario. El profesional dedicado a este ámbito verá reguladas, por la Ley, la garantía de su calidad en las prestaciones así como la necesidad de un marco contractual estable y la obligación de realizar contratos escritos entre empresa y profesional para facilitar la transparencia en los sistemas de contratación.

LACTANCIA MATERNA (1ª PARTE)

El presente estudio describe la situación de la lactancia materna en la ciudad de Huelva identificando los posibles factores biopsicosociales determinantes de su iniciación, continuación y abandono, detectando obstáculos y oportunidades para su promoción, ofreciendo recomendaciones que contribuyan a impulsar y potenciar políticas de promoción y mantenimiento.

Palabras clave: Lactancia materna, destete, factores de riesgo, condiciones biopsicosociales.

Autor: Juan Gómez Salgado

I. Prefacio

La historia de la lactancia comienza desde el mismo origen de la vida del hombre, es tan antigua como la humanidad. Durante milenios ha sido el único recurso para la alimentación de los niños, la lactancia materna era un requisito esencial para la supervivencia de éstos en los primeros meses de vida. Sin embargo, a principios del siglo XX, dar biberón a los bebés simbolizaba modernización y determinación, y alrededor de los años cincuenta las únicas mujeres que continuaban amamantando a sus hijos eran las que no habían conseguido liberarse de sus obligaciones domésticas. Frente a esta, tiene lugar en los años sesenta y setenta una tendencia de vuelta a la lactancia materna. Hallándonos en esta fase de resurgir de la lactancia materna y con la intención de abordar esta temática desde un punto de vista holístico descriptivo se presenta la siguiente investigación, con el propósito de constituir un aporte al conocimiento de la lactancia materna y del binomio madre-hijo.

II. Introducción

En el presente trabajo analizamos las características de la lactancia materna (LM) desde una triple dimensión: La primera, en un contexto interdisciplinar, con el fin de configurar un marco teórico que permita comprender cómo y por qué se ha conformado la gran plasticidad que caracteriza a la función amamantadora a lo largo de nuestra historia biológica. La segunda, descriptiva, con el fin de proporcionar patrones de referencia de la distribución del fenómeno de interés en la población. La tercera, ecológica, constituyendo una revisión de los factores ambientales (incluido el ambiente social sempiterno obviado en los estudios sobre la lactancia) que interactúan con la lactancia materna, evaluando su impacto sobre la misma e intentando explicar la variabilidad individual, intra e interpoblacional encontrada hasta el momento. El profundo cambio cualitativo en la situación de la mujer, que ha tenido lugar en las sociedades occidentales, ha traído consigo importantes cambios en los sistemas de valores y en las estructu-

ras políticas, económicas y sociales, afectando, como no podía ser de otra forma, al rol cuidador que históricamente ha desempeñado en el ámbito familiar. Estas modificaciones han supuesto una revolución en la historia de la humanidad, y sus consecuencias en hábitos tales como la lactancia materna, a corto y medio plazo, sobre la biología y la salud de los grupos humanos, están por evaluar. Se hace necesario, por tanto, realizar una labor sintética que ordene y estructure las aportaciones precedentes de las diferentes perspectivas mejorando así la comprensión del fenómeno y facilitando su monitorización, pues sin duda alguna "el todo es mucho más que la suma de las partes"¹. Los resultados de las investigaciones parcelarias se están comenzando a utilizar como piezas de un gran rompecabezas del que emerge una visión global con muchas lagunas todavía, pero que cada vez resulta más coherente.

III. Marco Conceptual

1. MUJER Y SOCIEDAD. EVOLUCIÓN SOCIAL DE LA MUJER

El estudio de los fenómenos comunitarios de salud requieren de su valoración insertos en la sociedad de referencia. Es por esto que, partiendo del concepto de ser humano como animal social y de la concepción ecológica de salud. Durante los últimos años diversos factores han modificado de forma importante el papel desempeñado por la mujer en la sociedad. Entre éstos destaca por su relevancia la masiva entrada de la mujer a formar parte del mercado laboral formal^{1, 2}. Es por tanto, del todo punto conveniente evaluar de qué manera estos cambios en la situación socio-económico-laboral de la mujer han influido en sus niveles de salud y compromiso con la función cuidadora y amamantadora de los hijos; fundamentalmente porque algunas de ellas, como la mayor participación laboral, las pautas rígidas e inadecuadas del sistema sanitario, los cambios aparecidos en ciertos hábitos como el tabaquismo, han sido ampliamente reconocidos por su impacto directo sobre el riesgo de abandono precoz de la lactancia materna.



1.2. Mujer y estructura familiar

La familia constituye, tanto desde la Sociología de la Mujer como la Sociología de la Familia, para la mayoría de los científicos sociales que la han estudiado, una institución central y necesaria para el mantenimiento de nuestra sociedad. La perspectiva funcionalista, considera a la familia una organización útil para los intereses de la sociedad industrial. En ella la división social del trabajo por género era uno de sus principios indispensables para asegurar el progreso y la estabilidad social (2).

1.3. La mujer en su papel cuidador. Cuidados materno-infantiles

Desde la Antigüedad fueron los símbolos femeninos los que primero se asociaron a la salud a través del culto paleolítico a la Gran Madre. La Mater era la materia original de todas las cosas existentes. Esta asociación simbólica siguió vigente en la Antigua Grecia, donde la diosa Higieia simbolizaba la salud en su dimensión higiénica y su hermana Panakeia (panacea) la virtud del conocimiento de los remedios. En siglos posteriores se fue profesionalizando el desempeño cuidador de la mujer llegando hasta nuestros días con la institucionalización de la Ciencia del Cuidado en la Universidad. Desde entonces la mujer conserva, en su dimensión social, desde la tribu a la urbe, el rol cuidador consecuencia de la herencia del desempeño histórico y del proceso de socialización que así la entiende. Esto hace que el comportamiento que de ella se espera se perpetúe en el tiempo como un valor femenino. El ancestral nexo Mujer-Madre-Cuidados Materno-Infantiles se ha visto históri-

¹ Idea central de la Teoría General de Sistemas del filósofo y biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy, 1968.

camente reforzado por la sociedad, dando lugar a su posterior profesionalización, sacándolos del ámbito familiar y doméstico y constituyendo los primeros oficios específicos para mujeres dentro de la atención materno-infantil.

Las competencias de la partera incluían la potestad para bautizar en caso de riesgo de muerte del niño, por este motivo, entre otros, se prohibió, en la Baja Edad Media, acudir a parteras musulmanas o judías. Los médicos, hombres, tuvieron vetado este campo, pues no podían atender a las mujeres en dolencias que las aquejaban de la cintura para abajo (3).

2. LA LACTANCIA

2.1. Concepto y tipos de lactancia

Podemos definir la lactancia como el período de la vida en el que la leche constituye la alimentación básica del niño. La OMS y la American Academy of Pediatrics (AAP) han consensuado sus criterios en cuanto a definiciones y recomendaciones estableciendo la idoneidad de la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la lactancia, con la progresiva introducción de alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida. Cuando hablamos de lactancia materna exclusiva hacemos referencia a aquella en la que la leche materna es el único alimento no admitiéndose otros líquidos y únicamente permitiéndose la medicación. Si se añaden líquidos no nutritivos (agua, té, infusiones), se habla de lactancia materna predominante, mientras que la lactancia se vuelve complementaria cuando se añaden alimentos nutritivos líquidos, semisólidos o sólidos, incluyendo la leche de fórmula. La suma de lactancia materna exclusiva y predominante se denomina lactancia materna completa (del inglés *full breastfeeding*). Pese a contar con una definición estandarizada por la OMS, no termina de utilizarse en los estudios epidemiológicos, ya que presenta limitaciones metodológicas². Resulta más operativa la clasificación utilizada en la mayoría de los estudios nacionales (4, 5, 6, 7). En éstos se distingue entre lactancia materna exclusiva, cuando es el pecho el único sustento, lactancia mixta cuando además incluyen leches artificiales en la dieta, y lactancia artificial cuando se recurre únicamente a las fórmulas de leches maternizadas. En ocasiones para el análisis de los resultados se unen la lactancia materna exclusiva y la lactancia mixta bajo el concepto de lactancia natural.

2.2. Lactancia materna

La lactancia materna es considerada desde la Antropología de la Salud como un fenómeno biocultural (8), de modo que las creencias, valores, costumbres y tradiciones propias de cada cultura van a modificar temporo-espacialmente la presentación del hecho biológico.

2.2.1. Antecedentes

La leche materna ha constituido desde tiempos inmemoriales el sustento básico del ser humano. Ayudándonos a superar vicisitudes históricas nos ha acompañado a lo largo de la historia adaptándose a nuestras necesidades nutricionales. Sin embargo, esta realidad ha sufrido variaciones temporales, sociales y culturales (9).

La historia ha constatado las diferencias entre clases pudiéndose decir que, en general, las madres de clases humildes amamantaban a sus hijos, mientras que las que disfrutaban de una posición de poder (realeza, burguesía, etc.) encomendaban estos menesteres a las nodrizas, figuras ya presentes en la Grecia Clásica y de vital importancia para entender este fenómeno en el mundo occidental, en el que ha sido una realidad extendida hasta finales del siglo XIX.

A comienzos del siglo XX, en torno al año 1900, el porcentaje de madres lactantes se situaba en torno al 90% y tras la segunda guerra mundial se inicia un descenso paulatino, alcanzándose el nivel más bajo en 1970 donde solamente el 25% de mujeres lactaban (10).

2.2.2. Estado actual

En nuestro país existen pocos estudios actualizados sobre la lactancia materna. En 1984 se planteó un estudio andaluz (11) como el primer paso en el marco del Programa de Salud Materno-Infantil que quería implantarse como consecuencia de la constatación del descenso de la lactancia natural y la menor duración de ésta en aquellas que la iniciaban. Era lógico pensar que el primer paso fuese obtener datos de la situación de partida mediante la realización de un estudio sobre la lactancia materna en Andalucía, con el fin de aportar información acerca de la prevalencia de la lactancia natural, su duración una vez iniciada, así como de las razones que llevan a su abandono. A pesar de haber sido planificado para estudiar el fenómeno en las ocho provincias andaluzas, sólo pudieron analizar los datos de cuatro (Cádiz, Córdoba, Jaén y Sevilla) (11). Se realizó mediante encuesta sobre una muestra estratificada por lugar de residencia de 1.423 madres que llevaban a sus hijos a los puntos de va-

cunación, encontrándose una prevalencia al nacer del 62% que disminuía al mes al 55%, al 20% al tercer mes, al 15% a los seis meses, alcanzando cifras del 8% al año.

El estudio más extenso que disponemos en nuestro país es el ya introducido "Informe técnico sobre la lactancia materna" realizado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y publicado en abril de 1999. En éste por diversos motivos (económicos, organizativos, de cooperación, etc.), tan sólo se obtuvieron datos de dieciocho provincias, ninguna andaluza, encontrándose una prevalencia al mes de vida del 77,6%, a los tres meses del 54,9%, a los seis meses del 24,8% y a los doce meses del 7,2% (5).

El estudio más reciente que disponemos en España es el elaborado por Hostalot y cols. (12) en el 2001, en el que se analizan los factores socio-culturales y sanitarios que influyen en la elección y mantenimiento de la lactancia materna. Se captó a 200 madres en la maternidad del Hospital de Tortosa (Tarragona) que, posteriormente fueron seguidas telefónicamente a los quince, treinta, noventa y ciento ochenta días. En él se refleja que el 78% de los niños al alta recibían lactancia materna exclusiva, a los quince días seguían el 89,7% de éstos y a los seis meses el 39%. La media de abandono fue 2,5 meses.

2.2.3. Beneficios de la lactancia materna

Los beneficios de la lactancia materna son tanto para el niño como para la madre:

A) Para el lactante:

Debido a la composición idónea, ya que es producida por la madre para su hijo, responde exactamente a las exigencias del niño, consiguiendo el desarrollo físico y psicomotor óptimo (13, 14), por encima del que cualquier fórmula artificial le pudiera ofrecer.

Consecuencia de este desarrollo óptimo es el hecho demostrado de que los niños alimentados con lactancia materna son más inteligentes que los que han sido lactados artificialmente (14, 10).

Previene la mortalidad por diversas causas, la morbilidad infecciosa (infecciones gastrointestinales, respiratorias, del tracto urinario u otitis media), ya que es rica en sustancias antiinfecciosas (15, 16, 17).

De igual forma al proceder de su madre disminuye el número de reacciones alérgicas, ya que las proteínas son homólogas.

B) Para la madre:

La lactación favorece la involución uterina debido

² La utilización de esta clasificación en estudios a gran escala entrañaría un alto grado de influencia de los sesgos de memoria y clasificación en los resultados del estudio.

a que mediante la succión del niño se produce un reflejo hormonal de secreción de oxitocina.

Se ha demostrado la asociación del amamantamiento con la reducción del cáncer de mama y de ovario, así como de fracturas futuras de cadera en las mujeres postmenopáusicas.

La lactancia materna es utilizada también como método anovulatorio (15, 10), aunque si se precisa una fiabilidad alta es recomendable utilizar otros medios de refuerzo.

C) Para ambos:

Está demostrado que favorece los lazos psicoafectivos entre la madre y el hijo. Este hecho repercute favorablemente potenciando la salud de ambos. Al estar siempre preparada para su consumo, a la concentración y temperatura adecuada, ser higiénica y además económica, permite responder oportunamente a las exigencias del niño consiguiendo que se vivencie la lactación como una experiencia positiva y enriquecedora para la madre.

2.2.4. Factores reforzadores de la lactancia materna

Los estudios en torno a la lactancia materna han demostrado la existencia de factores asociados a una mayor prevalencia de la lactancia materna como son: haber tomado la decisión de amamantar durante el embarazo, haber recibido educación sobre la L.M. antes del parto, tener experiencias satisfactorias previas, disponer de un apoyo social y profesional en el postparto y el amamantamiento, así como el amamantamiento precoz (7, 18, 19).

2.2.5. Factores de abandono de la lactancia materna

Para el estudio sistemático de los factores relacionados con la no iniciación o abandono de la lactancia materna resulta interesante la diferenciación entre factores de no iniciación o abandono temprano y factores de abandono tardío.

2.2.5.1. Factores de no iniciación o abandono temprano

Desde la literatura científica nacional e internacional se apunta como problemas tempranos que pueden aparecer en la lactancia materna los relacionados con:

A) Pezones planos o invertidos

Se entiende por pezón plano aquél que no sobresale cuando es sometido a frío o estimulación y por invertido aquél que se proyecta hacia el interior. Pese a la aparente dificultad, sendas situaciones no suponen ninguna contraindicación para la lactancia. Lo que determina en estos casos

su viabilidad no es su aspecto, sino su practicidad. Actualmente se están revisando recomendaciones como el estiramiento del pezón con los dedos índice y pulgar (ejercicios de Hoffman), al carecer de base científica y producir lesiones en las glándulas de Montgomery y el desencadenamiento de contracciones uterinas (10, 20).

B) Dolor en los pezones

1. Producido por grietas

Superada la primera semana de lactancia, en la que es frecuente que se experimenten molestias leves en los pezones, la persistencia de molestias se suele relacionar con la aparición de grietas.

2. Por sobreinfección

Cuando el dolor es persistente e intenso podemos encontrarnos ante una infección por hongos o bacterias; analizando el cultivo del exudado distinguiremos el tipo. De entre las infecciones bacterianas la más frecuente es la producida por el estafilococcus aureus. Con el tratamiento precoz por vía sistémica con antiestafilocócicos se resolverá el problema evitando la aparición de mastitis (21).

C) Ingurgitación mamaria

Tras el postparto inmediato se produce de manera fisiológica, entre el segundo y cuarto día, un aumento del flujo sanguíneo y linfático hacia las mamas dando lugar a una sensación de tensión y dolor acompañante. La ingurgitación postparto puede dar lugar a dificultades en el agarre del niño reduciendo la salida de leche y entrando en un círculo vicioso, el cual puede desembocar en la obstrucción de conducto galactóforo o incluso en mastitis. La lactancia precoz y frecuente con posición correcta se ha demostrado útil tanto para la mejora como para su prevención (10).

D) Conductos obstruidos

La obstrucción de un conducto galactóforo por acúmulo de leche se produce por una disminución del drenaje lácteo por un vaciado defectuoso o ineficaz. A la palpación se puede observar rigidez, tirantez y dolor. Si se prolonga en el tiempo puede derivar en una mastitis.

E) Mastitis

La mastitis, al igual que la ingurgitación o la obstrucción de conductos, puede cursar con sensación de hinchazón de una zona del pecho, dolor y calor. Es una celulitis que implica infección del tejido conectivo interlobulillar mamario. Pese a confundirse con frecuencia con la ingurgitación, es de naturaleza bien diferente. En la mastitis se producen inflamación e infección que a su vez puede ser focalizada y/o extenderse hasta la producción de abscesos e incluso infección sisté-

mica. La sintomatología en este caso es más variada y se puede diferenciar entre síntomas locales: enrojecimiento, calor, hinchazón, induración y dolor a la palpación del lóbulo afecto y síntomas pseudo-gripales: fiebre, escalofríos, malestar general y en ocasiones, cefaleas, náuseas y vómitos.

F) Contraindicaciones médicas.

Entre las contraindicaciones destacan la galactosemia, ser hijo de madre drogadicta, la tuberculosis activa materna no tratada y la infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Constituye también contraindicaciones los tratamientos con isótopos radioactivos, anti-metabolitos, y quimioterápicos anticancerosos y un número muy reducido de otros fármacos.

G) Prematuridad y bajo peso al nacer.

En ambas situaciones es debido fundamentalmente a las pautas rígidas de las instituciones sanitarias en las que habitualmente se ingresan a estos niños.

2.2.5.2. Factores de abandono tardío

Como problemas tardíos en la continuación de la lactancia materna se hace referencia a los relacionados con:

A) Las mamas y los pezones (descritos con anterioridad).

B) El niño

1. En cuanto a horarios y ritmo de alimentación, se describen dos ritmos típicos del lactante: el constituido por tomas frecuentes, cada 3-4 horas, durante el día y la noche; y el caracterizado por las tomas frecuentes durante el día seguida de una pausa nocturna espontánea de entre cinco a seis horas. El resultado final en cuanto a ingesta de leche diaria es el mismo.

2. En cuanto horario y ritmo de sueño, debido al triptófano presente en la leche materna se induce más fácilmente el sueño. Carece de sentido pues introducir un biberón por la noche para que duerma seguido. Además le producirá más gases, intolerancia y disminuirá el estímulo al pezón materno necesario para la prolongación de la lactancia materna. Como medida favorecedora de la lactancia prolongada se aconseja la cohabitación, así como compartir la cama con la madre favoreciendo así las tomas nocturnas.

3. En cuanto a los llantos y cólicos, se denominan cólicos a los episodios repetidos, prolongados, intensos, e incontrolables de llanto, durando éstos de 2 a 3 horas al día, más de 3 días a la semana. Normalmente coinciden con el final de la tarde y la noche y durante éstos el bebé realiza mo-

vimientos de flexión de las extremidades sobre el vientre, a veces ventosea y tiene el abdomen tenso y distendido (20).

4. *En cuanto al patrón de excretas*, debemos considerar que tanto en el aspecto como en el ritmo de las deposiciones puede haber gran variabilidad dentro de la normalidad. Suelen ser de color amarillo oro, con una parte semilíquida y otra grumosa y acompañadas de gases. En cuanto a la frecuencia oscila entre 8 al día, normalmente post-prandiales, las 2 o 3 veces a día o incluso 2 o tres veces por semana.

5. *En cuanto a la ganancia de peso*, existe la tendencia a considerar que debe ganarse una cantidad determinada de gramos por semana, sin tener en cuenta que puede variar desde los 80 a los 150 gramos, e incluso superar éstos dependiendo del niño, y ser totalmente normal.

6. *En cuanto a los suplementos o "ayudas" con biberones*, los cuales se explican por la existencia de madres con sensación de hipogalactia, brotes de crecimiento del lactante que demanda mamar más a menudo y/o la presión de familiares y amigos, así como social.

7. *En cuanto al destete e introducción de nuevos alimentos*, debemos afrontar la situación como un acondicionamiento a algo diferente (del inglés *weaning*), no se trata de un abandono del pecho, sino de la introducción progresiva de nuevos alimentos.

8. *En cuanto a enfermedades intercurrentes del lactante*, la evidencia científica ha demostrado que los niños amamantados enferman en menor proporción, unas cinco veces menos, además de constituir una eficaz protección frente al botulismo, diarreas, enterocolitis necrotizante, bronquiolitis por virus respiratorio sincital (VRS), alergias y otitis (22, 23).

C) La madre

Desde el segundo o tercer día pueden las madres enfrentarse a una nueva responsabilidad, el cuidado de su hijo en su hogar, el cual afrontan prácticamente solas. Es importante en el cuidado materno vigilar los siguientes aspectos:

1. *En relación con la dieta materna*, han de cuidar la hidratación de la misma y en caso de necesidad pueden iniciar una dieta hipocalórica moderada con supervisión.

2. *En relación con las enfermedades maternas*, debemos tener claro que son contadas las situaciones en las que la lactancia materna está con-

traindicada, a saber: tuberculosis en fase activa, infección por VIH, tratamiento antineoplásico y algunos tratamientos antifitoides. Es conveniente en enfermedades maternas que requieran ingreso que el niño pueda también hacerlo, continuando de esta forma la lactancia.

3. *En relación con los fármacos durante la lactancia*, es cierto que la gran mayoría de los medicamentos que puede requerir una mujer lactante son inocuos.

4. *En relación con la depresión y otras alteraciones psiquiátricas*, podemos decir que es muy inferior, durante el embarazo, a las tasas ajustadas de la población en general. Sin embargo durante el postparto aumentan espectacularmente hasta un 1-2 por 1.000, siendo del 50 al 75% alteraciones afectivas, del 10 al 20% alteraciones esquizofrénicas, del 1 al 12% alteraciones psiquiátricas orgánicas y en torno al 12% problemas de ansiedad.

5. *En relación con la anticoncepción*, la LM. es un buen método siempre que se cumplan los requisitos del método MELA (Método de Lactancia y Amenorrea).

6. *En relación con la crisis de lactancia*, momentos en los que de forma repentina se produce una disminución de la secreción láctea, es fundamental la diferenciación de los casos objetivos y subjetivos. La mayoría de las veces es ella quien siente que los pechos no están tan llenos como al principio, disminución del reflejo de eyección o que el lactante reclama con más frecuencia.

7. *En relación con la vuelta al trabajo*, las madres que amamantan suelen experimentar con ansiedad la aproximación del momento de reincorporarse al trabajo tras el permiso maternal.

D) Dificultades de índole social

Superando las barreras del modelo médico dominante y su consideración de los problemas de salud desde la perspectiva biológico-individual pasamos a detallarlas:

1º. *La presión para el consumo de fórmulas*, infusiones y otros alimentos infantiles, así como de accesorios, chupetes, tetinas, biberones, termos, hervidores, esterilizadores, etc. Ésta es ejercida por los fabricantes, la familia, los amigos y en última instancia por la sociedad. La industria realiza su promoción a través de toda la mercadotecnia que gira en torno a la alimentación infantil.

2º. *La sociedad del bienestar*, en su afán por la

denomina *situation-responsive nursing*. Este, junto con el enfoque antropológico de cuidados transculturales de Madeleine Leininger y el *human caring* de Jean Watson constituyen, a nuestro modesto entender, la perspectiva enfermera válida para comprender el fenómeno de estudio.

búsqueda de la comodidad a cualquier precio, de lo inmediato, la huida del compromiso, convierten al amamantamiento en una exigencia mucho mayor que el "práctico" biberón.

3º. *Los modelos educativos transmitidos por los familiares sobre el rol cuidador de la madre* es aún mayor si consideramos el caso de las abuelas. Desafortunadamente, en el mundo occidental, las abuelas de hoy vienen de una fuerte etapa de introyección de la lactancia artificial, la sociedad ha olvidado el arte de amamantar, perdiéndose los valiosos modelos de las madres, hermanas y amigas.

4º. *El chupete*, considerado como necesario e inofensivo por la mayoría de los profanos, al menos en los momentos iniciales, puede confundir al lactante que se inicia en la toma del pecho, por lo que se recomienda no utilizar el chupete hasta que la lactancia esté totalmente establecida.

5º. *Los profesionales de la salud* ejercen una influencia notoria en la decisión de amamantar de las madres pero, si bien es verdad, en ocasiones las intervenciones inadecuadas de los profesionales favorecen el destete. Entre las causas de esta interacción ineficaz se señalan a la presión ejercida por los laboratorios que comercializan las fórmulas; la falta de tiempo, esgrimida por los profesionales, para atender las dudas de las familias que desean amamantar; la consideración errónea de que al ser la lactancia materna algo natural, si fracasa, será por causas naturales y no por un inadecuada interacción profesional-usuario, proceso que en el caso enfermero, siguiendo el modelo conceptual de Moyra Allen³, implicaría el fallo del rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje óptimo de las habilidades cuidadoras de la cliente⁴. Así mismo, resulta indudable la influencia negativa que, mediante aprendizaje modelado, ejercen los profesionales que no son coherentes con su discurso en asuntos tales como la lactancia materna.

6º. *Las visitas de familiares y amigos*, aunque normalmente agradables y culturalmente aceptables, en ocasiones pueden interferir en la lactancia de diferentes formas: limitando el tiempo de disponibilidad de la madre para el bebé, dificultando la lactancia a demanda si la madre prefiere la intimidad para estos menesteres, reduciendo el descanso materno o incluso con comentarios.

7º. *La persistencia de mitos relacionados con la lactancia materna* (10) que, pese a ser ideas más

⁴ Las fuentes explícitas subyacentes a su concepción del metaparadigma enfermero son la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) y la filosofía de los cuidados de salud primarios de la Organización Mundial de la Salud (1978).

³ M. Allen orienta su modelo a la promoción de la salud en la familia, entiende el cliente-familia como un continuo indivisible. La interacción entre los principales conceptos de su modelo, la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración, conforman la estructura organizadora de los cuidados que Allen

o menos irracionales, carentes de base lógica o científica, han arraigado en el sistema de creencias individuales o sociales. Los mitos populares y sanitarios los desarrollamos en las figuras 1 y 2 respectivamente.

E) El rechazo del pecho o huelga de lactancia. Aunque son similares ambos conceptos, podemos establecer diferencias entre ambos. El rechazo suele ser mantenido, unilateral y aunque puede aparecer en cualquier período de la lactancia lo hace frecuentemente desde el principio. Sin embargo la huelga de lactancia suele ser bilateral, transitoria e intermitente.

MITOS POPULARMENTE ACEPTADOS

Cuando el niño llora es porque tiene hambre.
Los pechos pequeños no son buenos para amamantar.
Con pezones planos o invertidos es inútil intentarla.
No se puede dar de mamar a gemelos.
Es normal que duela dar el pecho.
El calostro no alimenta.

El chupete es el mejor consuelo.
El chupete es necesario para que aprenda a entretenerse y calmarse solo.
Si el bebe llora antes de tres horas es que la leche materna no es suficiente.
Si se toma medicación no se puede dar el pecho.
Para que duerma durante toda la noche es necesario darle un biberón.
Un biberón es un descanso para la madre ya que permite que se llenen las mamas.

MITOS SANITARIOS EXTENDIDOS

La pausa digestiva neonatal es necesaria para que el estómago del recién nacido se vacíe.
Lo primero que se le debe administrar es suero glucosado para comprobar la tolerancia.
Si el niño pesa más de cuatro kilos necesitará suplementos para evitar hipoglucemias.
Hay que preparar los pechos durante el embarazo.
Hay que lavarse los pechos antes y después de dar de mamar.
Si la madre tiene pezones planos es inútil intentarla.
Las tradicionales pomadas son necesarias para

prevenir y tratar las lesiones y grietas del pezón.
Es conveniente habituar al niño con pausas de tres horas entre tomas.
Se debe dar diez minutos de cada pecho ya que transcurrido este tiempo sólo toma aire.
Si se superan los diez minutos en cada lado aparecerán las grietas.
Transcurridos los tres primeros meses la leche materna pierde su valor nutricional.
Dar el pecho a niños mayores de un año es una perversión que puede acarrear futuras desviaciones psicológicas.
Las madres de hoy son incompetentes como madres.
Cuando la LM no funciona es por la fisiología de la madre y nada se puede hacer.
En el biberón, la tetina y el pecho el niño succiona igual no percibiendo diferencias.
Cuando las madres vienen con quejas es que en realidad no tienen interés en seguir dando el pecho.
Todas las mastitis son infecciosas.
En una mastitis hay que suprimir la lactancia para que el bebé no tome pus.
Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia indefectiblemente.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Paterna Bleda C. La porción de la mujer frente a los roles de género: familia versus empleo. *Apuntes de Psicología* 2001;19(3):403-20.
- García de León MA, García de Cortázar M, Ortega F. *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Editorial Complutense; 1996.
- Aguado AM, Capel RM, González Calbet T, Martínez López C, Nash M, Nielfa G, et al. *Textos para la historia de las mujeres en España*. Madrid: Ediciones Cátedra; 1994.
- Barriuso Lapresa I, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría* 2000;52(3):225-31.
- Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *Anales Españoles de Pediatría* 1999;50(4):333-40.
- Odrozola Aranzabal G, De la Torre Cerrudo C, Sánchez Prados F, Díaz Jiménez C, García Tortosa C, Vázquez Villegas. Lactancia materna en un medio rural. *Centro de Salud* 2000;8(6):364-7.
- Rozas MR. Lactancia materna y parto gemelar. *Atención Primaria* 2000;26(4):224-30.
- Oliver Reche MI. *Etnografía de los cuidados materno-infantiles*. Creencias, valores y prácticas tradicionales sobre la lactancia materna. *Index de Enfermería* 1998;7(22):34-40.
- Fernández Amores R, Martín Santos FJ. Promoción de la lactancia materna: una experiencia de intervención comunitaria y coordinación entre niveles. *Index de Enfermería* 1998;7(22):20-5.
- Aguayo Maldonado J. *La Lactancia Materna*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2001.
- Cerezo Jiménez MA, López Pérez P. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; 1986.
- Hostalat Abás AM, Sorni Hubrecht A, Jovani Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacòs J, Iglesias Niubó J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales Españoles de Pediatría* 2001;54(3):297-302.
- Peraza Roque G. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2000;16(4):402-5.
- La prolongación de la lactancia ayuda a desarrollar la inteligencia de los niños. *Sístole* 1999;(225):39-40.
- American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatric* 1997;100:1035-42.
- Figueredo Santana E, García Roldán R. Costos del tratamiento por enfermedades en niños privados de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1997;13(5):445-8.
- Moreira Díaz E, García Sarria MC. Lactancia materna y vitamina A. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición* 1997;11(1):58-60.
- Bruch Crespierra m, Casas Baroy JC, Riba Travé T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural de Lluçanès (Barcelona). *Enfermería Clínica* 2000;11(2):45-50.
- Matilla-Mont M, Ríos-Jiménez A. *Enfermería y lactancia materna*. *Enfermería Clínica* 1999;(3):93-7.
- Eisenberg A, Murkoff HE, Hathaway SE. *Qué se puede esperar cuando se está esperando*. Barcelona: Ediciones Medici; 1999.
- Quintana Pantaleón R. Pezón plano, grietas, mastitis. En *Taller de Lactancia: I Congreso Español de Lactancia Materna*. Libro de ponencias. Valencia. Febrero 2000.
- Prieto Herrera ME, Russ Durán G, Reitor Landrian I. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2000;16(2):160-4.
- Coronel Carbajal C. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses. *Revista Cubana de Pediatría* 2000;72(4):275-80.



Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



CONVOCA

X Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA".

2. OBJETO:

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por profesionales de Enfermería.

3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.200 Euros y trofeo.

Accesit: 300 Euros y trofeo.

No se podrán acumular más de un premio en un sólo trabajo. La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del Colegio antes de las 18 horas del día 22 de diciembre de 2003. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadernados y empaquetados.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva". No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo. Se acompañará un sobre cerrado donde se indique el seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (seudónimo, título del trabajo, nombre, D.N.I., dirección completa, teléfono, nº de colegiado).

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agencia, pero han de llegar antes de la finalización del plazo establecido.



Reflexión

Victoria Corbacho Durán "Enfermera"

5. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Huelva y día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

6. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán un secretario. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios del año 2004.

8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

B
A
S
E
S

Información:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva
C/ Berdigón n.º 33, 1º izq. 21003 Huelva
Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70
E-mail: Coleg21@enfermundi.com

Colabora:



FUNDACIÓN
CAJA RURAL DEL SUR

Banca por internet @

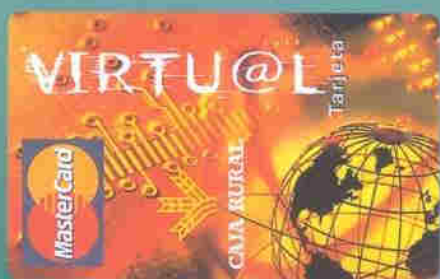
Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**
Acortamos distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com
y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.


CAJA RURAL
DEL SUR