

ORIGINALES

Lactancia materna y parto gemelar

M.R. Rozas^a, J. Costa^b, M.V. Cambredó^b, N. Colomé^b, M.T. Bravo^c y M. Grau^b

^aEscuela de Enfermería. Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Salud Materno-Infantil. Universidad de Barcelona.

^bHospital de Sabadell. ^cHospital General de Catalunya.

Objetivo. Conocer la situación de la lactancia materna (LM) tras un parto gemelar y averiguar los factores que influyen en la decisión, duración y motivos de interrupción de la misma.

Diseño. Estudio observacional, retrospectivo.

Emplazamiento. Hospital de Sabadell. Barcelona.

Participantes. Todas las mujeres que tuvieron un parto gemelar entre enero 1994 y junio 1997 (n = 72).

Resultados principales. Sesenta y cuatro mujeres (88,9%) iniciaron LM, siendo exclusiva en 37 casos (57,8%) y mixta en los 27 restantes (42,2%). El motivo principal de la elección fue «la mejor alimentación» (100% de los casos).

La edad de la madre, el tipo de parto, el peso de los niños, el ingreso en neonatología, la situación laboral, el nivel de estudios materno o la existencia de ayuda doméstica no han influido en el tipo de lactancia inicial ni en la duración de ésta.

Las mujeres con asesoramiento previo inician LM en mayor número que las no asesoradas (p = 0,026). Casi la mitad de ellas ha recibido la información a través de la matrona o la enfermera.

La duración media de la LM ha sido de 102 días. A los 2 meses lactan la mitad de las que iniciaron y a los 4 meses un 26,5%.

Conclusiones. Observamos un elevado inicio de la LM en los partos gemelares, casi similar al de los partos únicos. Existe mayor predisposición a la lactancia en aquellas mujeres con conocimientos previos sobre el tema. La duración de la LM es ligeramente superior a los estudios revisados.

El adecuado soporte prenatal, posnatal y puerperal de los profesionales sanitarios puede tener una influencia positiva en el éxito de la LM en partos gemelares.

Palabras clave: Educación sanitaria; Gemelar; Lactancia materna.

BREAST-FEEDING AND BIRTH OF TWINS

Objectives. To investigate the breast-feeding (BF) situation after birth of twins and find what factors affect the decision to breast-feed, its length and the reasons for stopping it.

Design. Retrospective, observational study.

Setting. Sabadell Hospital, Barcelona.

Participants. All the women who gave birth to twins between January 1994 and June 1997 (n = 72).

Main results. 64 women (88.9%) began BF. It was exclusive in 37 cases (57.8%) and mixed in the other 27 (42.2%). The main reason for choice was «better feeding» (100% of cases). The age of mothers, the type of birth, the weight of the children, admissions to the New-born Baby Department, work situation, mother's educational qualifications and the existence of domestic help affected neither initial breast-feeding nor its length. Women with prior counselling started BF in greater numbers than those not counselled (p = 0.026). Almost half of them received the information through the matron or nurse. Mean length of BF was 102 days. After two months, half of those who began BF were still breast-feeding; and at four months, 26.5%.

Conclusions. We observed a high level of starting breast-feeding after twin births, almost the same as for single births. Women with previous knowledge of the question are more likely to breast-feed. The length of BF is slightly greater in the studies reviewed. Adequate prenatal, postnatal and puerperal support from health-workers can have a positive effect on the success of BF after twin births.

(Aten Primaria 2000; 26:224-230)

Introducción

La leche materna es el alimento fisiológico por excelencia, no sólo para el recién nacido, sino también para el lactante durante los 12 primeros meses de vida y, por tanto, el que mejor se adapta a sus necesidades¹. Los datos proporcionados por la American Academy of Pediatrics demuestran que la alimentación al pecho constituye para el lactante la mejor nutrición, ofrece protección inmunológica y alérgica, facilita un mejor desarrollo y favorece el contacto madre-hijo².

Se ha comprobado durante siglos que una madre puede alimentar a más de un niño simultáneamente. Sólo un pequeño porcentaje de las mujeres (menos del 4%) es incapaz de producir un suministro suficiente de leche³. Contrariamente a la creencia anterior de que existía un límite en la producción de leche⁴, la glándula mamaria puede responder a las demandas nutricionales de los gemelos realizando los ajustes bioquímicos necesarios. La repetida succión de la mama que realizan los bebés llega a duplicar los valores de prolactina en relación con los obtenidos en mujeres que amamantan a un solo hijo⁵. Diversos estudios han demostrado además que la lactancia materna (LM) puede tener éxito al alimentar a trillizos e incluso a cuatrillizos⁶⁻⁸.

En la actualidad el principal obstáculo para dar el pecho a los gemelos no suele ser la cantidad de leche sino el tiempo del que dispone la madre⁹. Otras causas que desaniman a la mujer a la práctica de la LM serían la falta de conocimientos sobre el tema, las dificultades físicas y emocionales asociadas a la carga que supone cuidar a más de un niño, a lo cual se añade además una falta de apoyo social⁵. A todo esto habría que sumar la influencia que podemos realizar los profesionales sobre la decisión de la madre de dar el pecho o alimentar a sus hijos con leche de

Correspondencia: M. Rosa Rozas García.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Campus de Bellvitge.
C/ Feixa Larga, s/n. Pavelló de Govern, 3.^a planta, despacho 208.
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 3-V-2000.

fórmula. Muchas mujeres reciben mensajes de ambivalencia sobre la lactancia por parte del personal sanitario¹⁰. Aunque un 95% de éste aprueba el ideal de que «el pecho es lo mejor»¹¹, si la madre tiene alguna dificultad con el método natural no dudan en recomendar de inmediato la alimentación artificial, con lo que la mujer interpreta que «la leche de fórmula es igual de buena». Esta creencia se reafirma con la multitud de propaganda comercial que distribuyen los laboratorios farmacéuticos y que, en ocasiones, es entregada en los propios servicios de maternidad o pediatría¹². Todos estos factores pueden hacer creer a la mujer que las ventajas de la leche materna no son tan importantes, cuando la evidencia científica sigue estando al lado de la lactancia natural¹.

En las últimas décadas el mundo occidental ha experimentado un descenso en la incidencia de la lactancia materna, debido en parte a la mayor seguridad y eficacia que ofrece la alimentación artificial y a los cambios en el estilo de vida de la mujer (acceso al mundo laboral, variación de su papel social y estatus, sensación de deterioro de su imagen corporal, aumento de la calidad de vida). No obstante, en la actualidad se está produciendo un retorno a la forma tradicional de alimentación al pecho, como resultado de una mayor cultura nutricional, concienciación social y apoyo de los profesionales sanitarios¹¹.

En 1989 la OMS y el UNICEF redactaron 10 puntos para favorecer la promoción de la lactancia materna en los servicios de obstetricia¹³. Este decálogo está destinado a promover las condiciones que favorecen la lactancia natural durante los primeros momentos de la vida del recién nacido.

Los profesionales de la salud podemos prestar un apoyo importante en el proceso de adaptación de la madre ante un parto gemelar. Tanto desde el área hospitalaria como en el ámbito de la asistencia primaria, debemos facilitar a la mujer toda la información necesaria para la promoción y el mantenimiento de la lactancia, comentando tanto los aspectos técnicos como las incidencias que pueden manifestarse durante ella. Además, es importante ofrecer el soporte emocional necesario¹⁴ para conseguir un amamantamiento satisfactorio y eficaz.

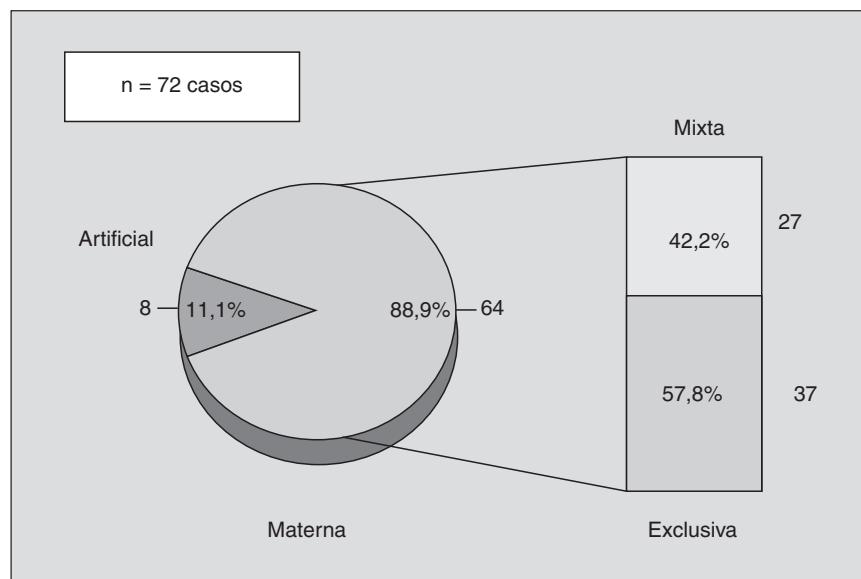


Figura 1. Tipo de lactancia inicial (n y %).

El objetivo de nuestro estudio fue conocer cuál es la situación de la lactancia materna tras un parto gemelar en nuestro medio. Pretendemos asimismo averiguar aquellos factores que influyen en la decisión de la mujer sobre el tipo de alimentación que proporcionará a sus hijos, la duración y los motivos de interrupción de la lactancia, así como valorar si las características del parto influyen en la decisión y en el éxito de la lactancia.

Material y métodos

Realizamos un estudio observacional retrospectivo incluyendo a todas las mujeres que tuvieron un parto gemelar en el Hospital de Sabadell durante el período comprendido entre enero de 1994 y junio de 1997. La muestra estaba formada por un total de 72 mujeres. Los criterios de exclusión definidos fueron: muerte de uno de los gemelos, contraindicación de la lactancia materna, no deseo de participar en el estudio o imposibilidad de localizar a la mujer.

Los datos fueron recogidos desde la base de datos informatizada del registro perinatal del hospital y a través de un cuestionario telefónico diseñado expresamente para el estudio.

1. *Del registro perinatal obtuvimos las siguientes variables:* edad, paridad, semanas de gestación, tipo de parto (vaginal o cesárea), peso de los gemelos e ingreso en neonatología (sí/no).

2. *Mediante la encuesta telefónica recogimos:*

– Datos relacionados con la lactancia: tipo de lactancia inicial en ambos gemelos, mo-

tivo de elección del tipo de lactancia, duración de la LM y motivos de interrupción de ésta.

– Conocimientos que poseía la mujer sobre lactancia: experiencia previa, realización de cursos de preparación para la maternidad y fuentes de asesoramiento sobre lactancia.

– Datos del núcleo familiar: situación laboral durante el período de lactancia, nivel de estudios y ayuda doméstica durante la lactancia

Para el análisis de los datos utilizamos el programa estadístico SPSS 7.5 para Windows. Se efectuó un análisis descriptivo de todas las variables. La asociación entre las variables se realizó mediante las pruebas de ji-cuadrado y t de Student-Fisher. El nivel de significación estadística aceptado fue del 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Lactancia inicial

De los 72 casos estudiados, un 88,9% (64 casos) inició LM. De éstos, el 57,8% (37 casos) realizó LM exclusiva (LME) y un 42,2% (27 casos) lactancia mixta (LMI). Únicamente el 11,1% (8 casos) decidió lactancia artificial (LA) (fig. 1).

La LME es considerada por el 100% de las encuestadas como «la mejor alimentación». Además, 6 de ellas (16,2%) añaden «motivos afectivos». En cuanto a la LMI, observamos que un 77,77% (21 casos) la realiza por «consejo del neonatólogo o de la matrona». Las 6 restantes

argumentan motivos de «poca leche» (2), «organización y trabajo» (2) e «ingreso o patología materna» (2). De las 8 mujeres que decidieron LA, 3 (37,5%) lo hicieron por «motivos de organización y trabajo». Las 5 mujeres restantes adoptaron LA por «experiencia anterior negativa, patología previa, ingreso materno, falta de leche o consejo del ginecólogo».

Las fuentes de asesoramiento sobre lactancia se indican en la figura 2, destacando que el 40,3% de las mujeres es asesorado por la matrona o la enfermera.

Relación entre el tipo de lactancia inicial y otras variables

Un 89,7% de las nulíparas y el 87,9% de las mujeres con hijos previos inician LM, sin detectarse diferencias significativas. Tampoco hay diferencias según la edad de la madre (LM, \bar{x} 30,3; desviación estándar [DE], 4,54; LA, \bar{x} 31,13; DE, 4,32).

La LM se ha realizado en un 91,3% de los partos vaginales y en el 84,61% de las cesáreas, diferencias no significativas (ns).

Un 96,77% de los recién nacidos (RN) pretérmino y el 82,92% de los RN a término inician LM (ns, $p = 0,06$).

No hay diferencias entre el peso medio de los RN en el grupo LM (\bar{x} , 2.458 g; DE, 431 el primer gemelo; \bar{x} , 2.405 g; DE, 425 el segundo) y el grupo LA (\bar{x} , 2.583 g; DE, 321 el primero; \bar{x} , 2.593 g; DE, 424 el segundo).

Un 92,5% de los neonatos ingresados y el 84,4% de los que no precisan ingreso inician LM (ns).

El 84,4% de las mujeres que trabajan y el 92,5% de las que no trabajan inician LM (ns).

El 93,8% de las mujeres con ayuda familiar o remunerada y el 79,2% sin ayuda inician LM (ns, $p = 0,07$).

Un 92% de las mujeres con estudios primarios y el 81,8% con secundarios o universitarios inician LM (ns). El 92,3% de las mujeres que asesoradas han lactado, mientras que de las no asesoradas únicamente lo hace un 57,1% ($p = 0,026$).

Lacta el 90,2% de las que carecen de experiencia previa y el 87,1% de las que sí la tenían.

Un 100% de las mujeres que realizaron cursos de preparación para la maternidad inició LM, mientras que

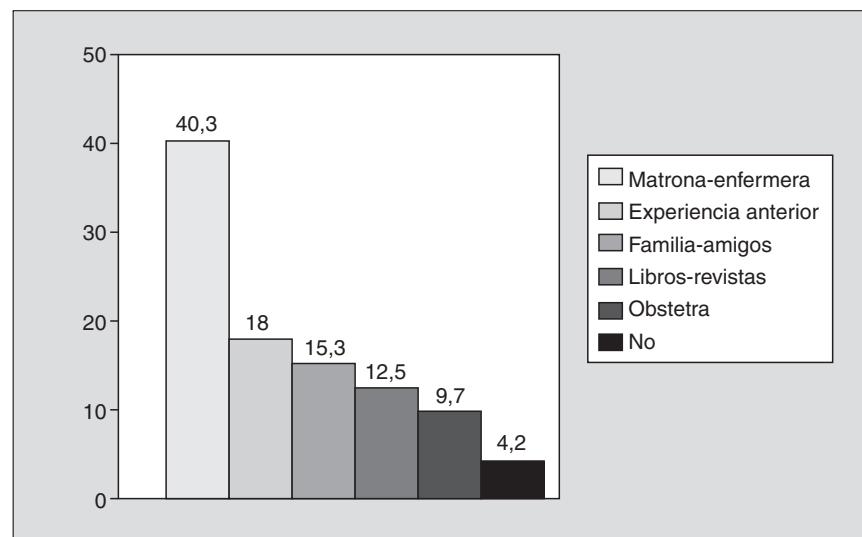


Figura 2. Fuentes de asesoramiento de la lactancia materna (%).

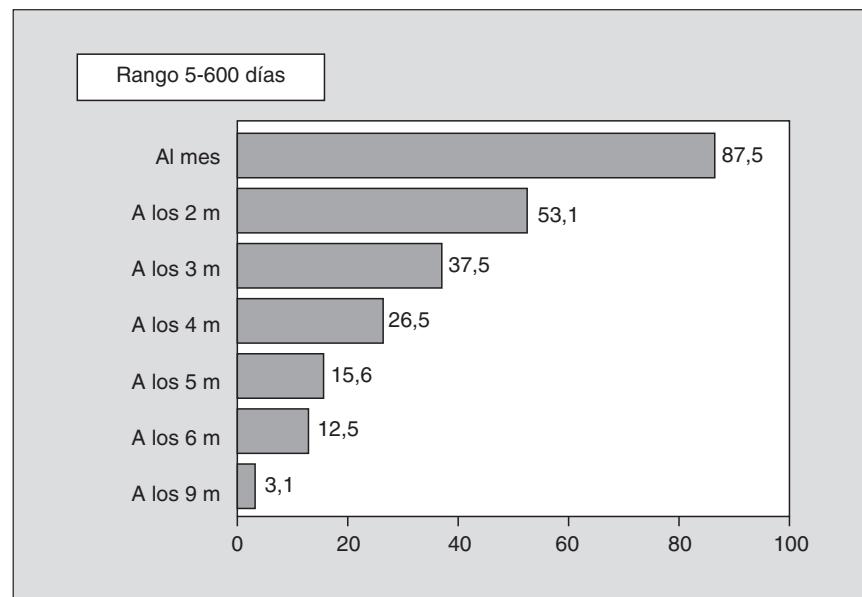


Figura 3. Mantenimiento de la lactancia materna (%).

de las que no lo hicieron sólo lactó el 85,2% (ns, $p = 0,08$).

Duración de la LM y variables que influyen

En las 64 mujeres que realizaron LM, ha oscilado en 5-600 días, con una media de 102 días. En la figura 3 podemos ver cuál ha sido la evolución a lo largo de los meses, de modo que al mes lacta un 87,5% de las mujeres y pasados 6 meses sólo sigue lactando un 3,1% de ellas.

Observamos diferentes causas de interrupción en función del momento de abandono. En el grupo que lactó menos de un mes (8 mujeres), la mitad interrumpió por comentar «falta de leche» (fig. 4). Entre 1 y 3 meses (32 mujeres) el motivo más frecuente fue «angustia o falta de ganas de la madre» (14 mujeres, 43,75%) (fig. 5). Para el grupo que lactó 3-6 meses (16 mujeres), la razón principal fue «motivos sociales o de trabajo» (fig. 6). De los 8 casos que lactaron más de 6 meses, la mitad lo interrumpió por

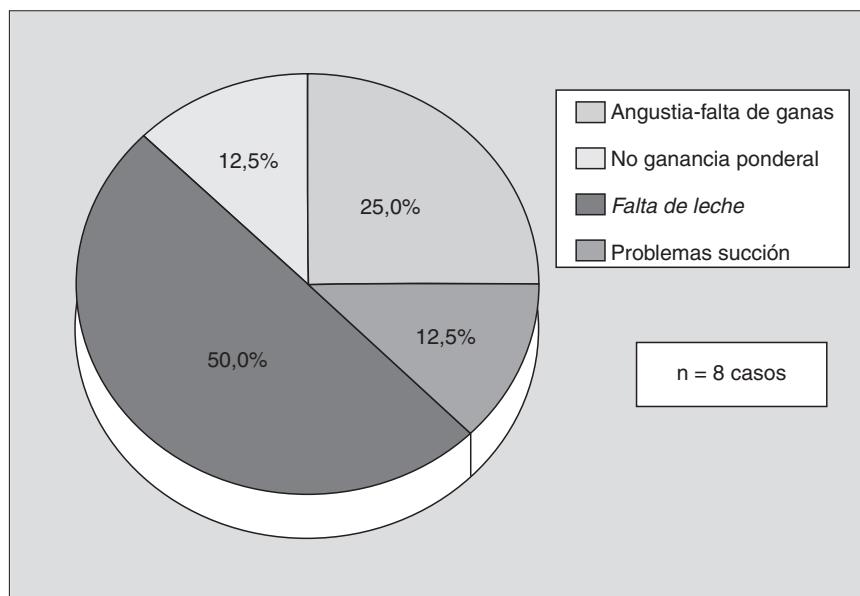


Figura 4. Motivos de interrupción de la lactancia materna antes de un mes (%).

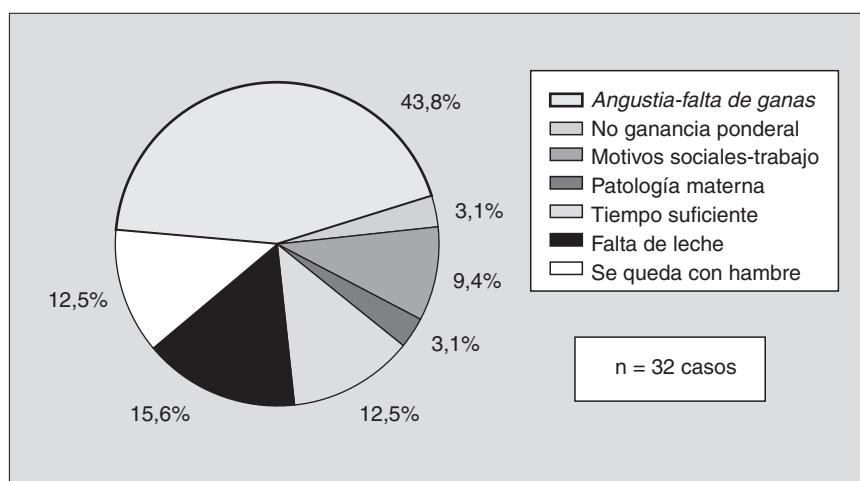


Figura 5. Motivos de interrupción de la lactancia materna a los 30-90 días (%).

considerar «tiempo suficiente», 2 por «se queda con hambre», una por «falta de ganas» y hay que destacar que otra de las mujeres abandonó la lactancia por un nuevo embarazo, siendo ésta la de mayor duración del estudio, con 20 meses de lactancia. La duración media de la LM en las nulíparas es de 88 días (DE, 65), mientras que para las multíparas es 121 (DE, 127). Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, existe una clara tendencia a lactar más tiempo en las multíparas. Al comparar la duración media de la LM, observamos que es menor en las mujeres de edad inferior a 30 años (x,

82 días; DE, 73) que en las de 30 o más años (x 126 días, DE 119) (p = 0,07), aunque sea una tendencia y no un dato estadísticamente significativo.

No hay diferencias en la duración de la LM en función del tipo de parto (vaginal: x, 101 días; DE, 78; y cesárea: x, 108 días; DE, 132).

Tampoco existen diferencias en la duración de la LM si el parto ha sido pretérmino (x, 79 días; DE, 64) o a término (x, 123 días; DE, 119) (p = 0,07), aunque hay una tendencia clara a lactar más tiempo en los partos a término.

Al relacionar la media de los pesos del primer y el segundo gemelo con

la duración de la lactancia, no encontramos diferencias, aunque existe una tendencia a lactar más tiempo en los de peso superior (30 casos; peso medio, \geq 2,500 g; x, 126 días; DE, 123; 34 casos, peso medio, < 2,500 g; x, 82 días; DE, 67).

De igual forma, las madres de neonatos ingresados lactan menos tiempo (x, 83 días; DE, 64 para el primer gemelo; x, 84; DE, 65 para el segundo gemelo) que aquellas de los que no ingresaron (x, 130 días; DE, 129 para el primero; x, 128 días; DE, 129 para el segundo), estando estos datos en el límite de la significación estadística (p = 0,06).

No hay diferencias en la duración de la LM entre las madres que trabajan (x, 96 días; DE, 74) y las que no lo hacen (x, 107 días; DE, 114).

Según la ayuda doméstica, tampoco hay diferencias. Las que tienen ayuda familiar o remunerada (44 mujeres) lactan incluso algo menos (x, 97 días; DE, 103) que las que carecen de ella (x, 114 días; DE, 93).

No hay diferencias en la duración entre las que tienen estudios primarios (x, 94 días; DE, 105) y las han realizado estudios secundarios o universitarios (x, 97 días; DE, 85).

La duración de la LM es algo mayor en las 4 mujeres que no han recibido asesoramiento (x, 116 días; DE, 99), respecto a las 60 que sí lo recibieron (x, 102 días; DE, 100; ns).

Las mujeres que no realizaron educación maternal lactan algo más (x, 109 días; DE, 112) que aquellas que sí la recibieron (x, 87 días; DE, 52; ns).

Aunque tampoco hay diferencias, existe una clara tendencia a lactar más en aquellas mujeres con experiencia anterior (x, 123 días; DE, 130) respecto a las que carecen de ella (x, 88 días; DE, 66).

Discusión

Hemos observado un elevado inicio de la LM en los partos gemelares (89,9%), porcentaje ligeramente inferior al de los partos simples, ya que un 94% de éstos inició LM en nuestro hospital durante el mismo período de tiempo. Cabe destacar que estos resultados son superiores a los obtenidos por otros autores¹¹, que indican un inicio inferior de la lactancia tras el nacimiento de un hijo único. Addy¹⁵ revisó en su estudio 173 cuestionarios de madres con un parto gemelar y observó que únicamente die-

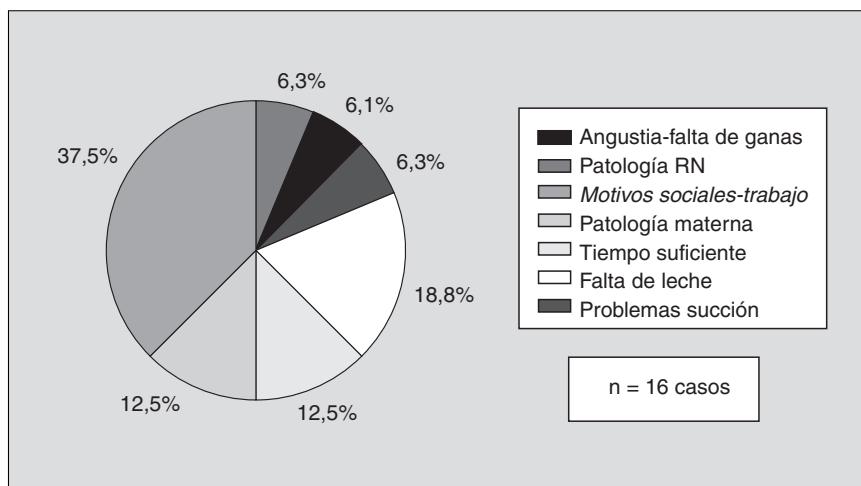


Figura 6. Motivos de interrupción de la lactancia materna a los 91-180 días (%).

ron el pecho desde el nacimiento un 23%. Creemos que nuestros mejores resultados pueden ser debidos a la política activa que realizan las matronas, enfermeras, obstetras y neonatólogos en el fomento de la lactancia. Algunos autores corroboran la idea de que existe un desconocimiento por parte del profesional de la salud de la fisiología de la lactancia y de su importancia en el desarrollo biopsicosocial del niño^{12,16}. Al igual que ellos, creemos necesario fomentar la formación de los profesionales que van a facilitar la educación sanitaria a la población.

Las mujeres de nuestro grupo consideran que la LM es la mejor alimentación que pueden ofrecer a sus hijos. Un número reducido de ellas incluye los motivos afectivos como aspecto a considerar en su elección. En el amamantamiento se pone de manifiesto una actitud y relación humana total con el bebé, que ejerce unos efectos beneficiosos no sólo para el niño sino también para la madre, tanto en el plano fisiológico como psicológico¹⁶. No hemos encontrado diferencias entre el tipo de lactancia inicial con relación a la edad de la madre, el tipo de parto, el ingreso en neonatología, ni a las variables sociales estudiadas (situación laboral, nivel de estudios materno y existencia de ayuda doméstica). En cuanto al hecho de existir hijos previos, tampoco hemos detectado diferencias, al igual que otros estudios¹⁷, aunque algunos autores indican que las madres primíparas fracasan con mayor frecuencia en la continuación de la lactancia que aquellas que han tenido una expe-

riencia anterior¹⁸. Tampoco resulta significativo el nivel de estudios materno, a diferencia de otros resultados en los que aparece una mayor predisposición a la LM en mujeres con superior nivel de instrucción^{9,19}. Consideramos que existe una predisposición en nuestro grupo a la lactancia, que bien podría estar influida por el asesoramiento recibido tanto desde el área de asistencia primaria como desde el hospital. En la serie estudiada observamos que hay mayor predisposición al inicio de la lactancia en las mujeres que poseen conocimientos previos sobre el tema, de modo que, al igual que otros autores, podemos afirmar que la educación sanitaria influye favorablemente en el inicio de la lactancia^{17,20}.

La mayoría de las mujeres ha recibido asesoramiento de la matrona o de la enfermera. De ahí la importancia de que los profesionales posean los conocimientos adecuados, ya que podemos influir en la madre sobre su decisión de lactar o de no hacerlo^{16,21}. El servicio de pediatría de nuestro centro recomienda la lactancia natural, aunque sea concretamente el personal de enfermería quien realice más activamente la educación sanitaria, ya que tiene un mayor contacto con la mujer.

Debemos hacer referencia a los cursos de preparación para la maternidad (CPM), que se realizan durante el embarazo y que son impartidos por matronas. Aunque en nuestro grupo únicamente una cuarta parte de las mujeres realizó CPM, todas ellas iniciaron la lactancia, mientras

que las que no acudieron a CPM lactaron menor porcentaje.

También observamos la tendencia a iniciar LM en los gemelos pretérmino. Pese a este superior inicio, encontramos que los niños que ingresaron en neonatología tienen tendencia a lactar durante menos tiempo que los que no lo hicieron. Como indican otros estudios, entre las causas de este fenómeno se encuentran la inseguridad de la madre ante un niño tan pequeño, la falta de apoyo por parte de los profesionales, el estado crítico del niño y en algunos casos la dificultad de acceso al hospital por un problema de distancia¹⁷. De todas formas, hay que destacar que en la mayoría de los casos el ingreso del niño no constituye un obstáculo para la lactancia y, para su continuidad, la mujer deberá recibir un apoyo especial por parte de los profesionales, ya que la lactancia natural puede realizarse con éxito²²⁻²⁴. La Unidad de Neonatología del Hospital de Sabadell cuenta con una Unidad de Banco de Leche individualizado, que proporciona los medios necesarios a la madre para la LM. Creemos que el fomento de la LM que realiza el personal sanitario durante el período de ingreso del neonato puede ser uno de los motivos para que la mujer inicie LM, aunque la inseguridad de la madre sea una de las causas que contribuyan al abandono precoz una vez que la mujer se encuentra en su domicilio.

Al analizar la duración con relación a la edad de la madre, observamos una tendencia a mayor continuidad de LM en las mujeres con edad superior a 30 años. Estos resultados difieren de los obtenidos por otros autores²⁵, que ante factores socioeconómicos y educativos similares observan un menor inicio y continuación de la lactancia en mujeres mayores de 30 años que en las que se encuentran en el grupo medio del período reproductivo. No encontramos una explicación clara a esta situación, pero podríamos considerar el hecho de que la edad media de la maternidad ha aumentado en los países occidentales, y tal vez sean estudios no comparables.

Hemos encontrado una duración global de la LM ligeramente superior a la de los estudios revisados, teniendo en cuenta que en éstos se trata de partos simples y en nuestro caso nos referimos a partos gemelares. En nuestro estudio al mes lacta un

87,5%, mientras que en la única referencia encontrada de seguimiento de la LM en parto gemelar sólo lo hace un 70% de las mujeres¹⁵.

Podría ser una limitación de nuestro estudio el hecho de que las mujeres fueron encuestadas cuando había transcurrido un período entre 1-4 años desde el parto, aunque creemos que ciertos acontecimientos en la vida reproductiva de la mujer no se olvidan con facilidad, ya que todas las mujeres recordaban con exactitud la duración de la lactancia y otros datos relacionados con ella.

Entre las causas del abandono precoz de la lactancia encontramos como más frecuente la hipogalactia. Estos resultados coinciden con los de otros estudios realizados en mujeres con un único niño^{16,21}, y consideramos, al igual que sus autores, que esta hipogalactia suele producirse por una mala técnica de lactancia debido a la falta de conocimientos de la madre y a una falta de apoyo por parte de los profesionales para continuar el amamantamiento¹⁷.

Por último, observamos que la lactancia va disminuyendo progresivamente a medida que avanzan los meses, en la mayoría de los casos por motivos de organización y trabajo, a lo que se añade la falta de apoyo social a la lactancia. Coincidimos con otros estudios en que el trabajo fuera de casa o la falta de ayuda doméstica no influye en la duración de la lactancia, aunque algunos autores indican que dichos factores producen un fracaso prematuro de aquélla^{17,18}.

Algunos autores indican que el abandono de la lactancia tiene relación con la clase social de la madre, de forma que los motivos de «comodidad» predominan en la clase alta, los de «trabajo» abundan en la clase media y los de «imposibilidad materna» son característicos de la clase baja²⁶. No podemos contrastar estos datos, ya que en nuestro estudio no se incluyó esta variable.

En resumen, entre los factores que pueden influir en la mayor duración de la LM señalamos la multiparidad, el parto a término, el peso de los RN ≥ 2.500 g, el hecho de no ingresar en neonatología y la experiencia anterior de la madre, aunque en nuestro estudio únicamente podemos hablar de tendencias, y tal vez con una muestra mayor serían resultados estadísticamente significativos.

Creemos que el porcentaje de inicio de la LM es altamente satisfactorio,

aunque la duración debiera mejorarse. Es por ello que pensamos que la elaboración de protocolos de intervención y de soporte para la LM en los nacimientos gemelares resultaría efectiva para iniciar y mantener el amamantamiento a los 3 meses del parto. El adecuado soporte prenatal, posnatal y puerperal y los profesionales sanitarios pueden tener una influencia positiva en el éxito de la LM en los nacimientos gemelares y múltiples²⁷.

Los profesionales sanitarios debemos valorar todos aquellos factores que influyen en la decisión de la mujer sobre el tipo de alimentación que proporcionará a su hijo. Para garantizar el éxito de la LM es preciso establecer un plan de cuidados coordinados, en el que se facilite a la madre información sobre la frecuencia de la alimentación, extracción y almacenamiento de la leche, técnicas para incrementar la producción, así como las posiciones para el amamantamiento simultáneo de los niños²⁸.

Además es importante averiguar los recursos sanitarios disponibles en la comunidad y contactar con organizaciones voluntarias o grupos de madres que prestan apoyo a la lactancia materna, ya que una vez que la mujer regresa a su domicilio después del parto puede producirse el fracaso de la lactancia por falta de ayuda tanto física como psíquica. Estos datos serán de gran ayuda a la hora de diseñar estrategias de intervención en nuestro medio, tanto en los programas de educación prenatal como a la hora de introducir cambios en las maternidades^{29,30}, para promover el inicio de la LM y reducir los obstáculos que se presenten durante ella.

Bibliografía

1. Fabre E. Lactancia materna: promoción y contraindicaciones. En: Fabre E, editor. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: Ino Reproducciones, 1995; 397.
2. American Academy of Pediatrics. Breast feeding and the use of human milk. Work Group and Breast Feeding. Pediatrics 1997; 100: 1035-1039.
3. Hefti R. Breastfeeding: then and now. Canadian Nurse 1993; 89 (9): 38.
4. Saint L, Maggiore P. Yield and nutrient content of milk in eight woman breastfeeding twins and one woman breastfeeding triplets. Br J Nutr 1986; 56: 49-58.
5. Gromada KK. Breastfeeding more than one: multiples and tandem breastfeed- ding. NAAGOC'S Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing 1992; 3 (4): 656-666.
6. Royal College of Midwives. La lactancia en circunstancias especiales. En: Royal College of Midwives. Barcelona: AC-PAM, 1994; 83-84.
7. Mead LJ, Chuffo R, Lawlor-Klean P, Meier PP. Breastfeeding success with quadruplets. Jognn 1992; 21: 221-227.
8. Sollid DT, Evans BT, McClowry SG, Garrett A. Breastfeeding multiples. J Perin Neonat Nurs 1989; 3 (1): 46-65.
9. Lawrence RA. Lactancia materna para niños con problemas. En: Lawrence RA, editor. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica (4.ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma, 1996; 450-451.
10. Howard FM, Howard CR, Weitzman M. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding. Obstet Gynaecol 1993; 81: 1048-1051.
11. Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. An Esp Ped 1992; 36: 45-50.
12. Ruiz L, Laurent S, Sullivan K, Canela J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna. An Esp Pediatr 1994; 62 (Supl): 77.
13. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Ginebra: OMS, 1989.
14. Spiro A. Supporting parents who wish to breastfeed twins. Health Visitor 1992; 65 (6): 197-198.
15. Addy HA. The breastfeeding of twins. J Trop Pediatr Environ Child Health 1975; 21: 231.
16. Rodríguez MA, Robledo ML. El período prenatal, etapa decisiva para la promoción de la lactancia materna. Enfermería Clínica 1993; 3 (3): 116-119.
17. Blanco AI, Burgos L, Ruiz MC. Influencia de la educación sanitaria en la elección de la lactancia materna a puérperas, como mejor opción para la alimentación de sus hijos. Enfermería Clínica 1999; 3 (5): 194-199.
18. Hawthorne K. Intention and reality in infant feeding. Mod Midwife 1994; 4: 25.
19. Calvo B, Millán C, Álvarez JD, Devesa R. Actitud materna ante la lactancia natural y dificultades en el puerperio inmediato. Aten Primaria 1992; 10: 650-654.
20. Torres A, López A, Ramón E. Importancia de la educación para la salud en la práctica de la lactancia natural. Aten Primaria 1996; 18: 164-167.
21. Viñas H. Aspectos básicos en la práctica y promoción de la lactancia materna. Enfermería Clínica 1999; 9 (1): 34-40.
22. Hill PD, Ledbetter RJ, Kavanagh KL. Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge. JOGNN 1997; 26 (2): 189-197.
23. Biancuzzo M. Breastfeeding preterm twins: a case report. Birth 1994; 21 (2): 96-100.

24. Meier PP, Engstrom JL, Mangurten HH, Estrada E, Zimmerman B, Kopparthi R. Breastfeeding support services in the neonatal intensive-care unit. *J Obstetr Gynecol Neonat Nursing* 1993; 22: 338-347.
25. Fomon SJ. Leche humana y lactancia materna. En: Nutrición del lactante. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995; 400-414.
26. Morán J. Promoción de la lactancia materna en España. ¿Qué hacer? *An Esp Pediatr* 1992; 36 (1): 51-55.
27. Hattori R, Hattori H. Breastfeeding twins: guidelines for success. *Birth* 1999; 26: 37-42.
28. Bowers N. The multiple birth explosion: implications for nursing practice. *J Obstetr Gynecol Neonat Nursing* 1998; 27 (3): 302-310.
29. Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol* 1994; 18: 517.
30. Almirón P, Fatjo A, Fernández M, Fernández de Sanmamed MJ, Gómez MA, Martí M et al. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Aten Primaria* 1996; 17: 501-506.