

GUÍA PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-HOSPITAL GENERAL



COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA

Índice:

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos. Métodos e Hipótesis.

1.2. *IHAN: Los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.*

1.3. Papel de los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna.

- Bases normativas.
- Actividades de promoción.
- Beneficios

2. Recomendaciones de actuación en el SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. Información sobre Lactancia materna.

2.1. Información sobre la lactancia materna.

2.2. *Las 10 claves de la lactancia materna.*

3. Recomendaciones de actuación DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO.

3.1. Actuaciones principales

- *Contacto piel con piel seguro*
- *Retraso de somatometría y profilaxis del recién nacido*
- *Fomentar el agarre espontáneo al menos durante 50-70´tras el nacimiento*

3.2. Factores de riesgo de dificultades en la lactancia

3.3. Recomendaciones en casos especiales.

4. Recomendaciones durante el INGRESO EN LA PLANTA DE MATERNIDAD.

4.1. Al ingreso en planta.

4.2. Durante la estancia en Maternidad.

4.3. En el momento del alta

4.4. Criterios de suplementación. Cómo y cuánto.

5. Recomendaciones de actuación en caso de INGRESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE NEONATOS.

5.1. Fomento de la lactancia materna.

5.2. Extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna.

5.3. Administración de la leche materna.

5.4. Limitación del uso de chupete.

6. Recomendaciones de actuación en el SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y EL LACTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

6.1. Los 7 pasos de la IHAN en el Centro de Salud.

6.2. El profesional referente en lactancia materna en el centro de salud.

6.3. Actividades de promoción de lactancia materna en Atención primaria.

Actuaciones generales

6.4. Signos de amamantamiento ineficaz

6.5. Opciones anticonceptivas.

6.6. Reincorporación de la madre a la vida laboral activa.

6.7. Introducción de la alimentación complementaria.

6.8. Lactancia prolongada. Embarazo y lactancia. Lactancia en tándem.

7. NOCIONES DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

8. INCOMPATIBILIDADES CON LA LACTANCIA MATERNA

8.1. Enfermedades de la madre

8.2. Enfermedades del recién nacido

8.3. Medicaciones

8.4. Exploraciones radiológicas

8.5. Drogas de abuso y otras sustancias

ANEXOS

1. *Dossier para las madres: Beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño. Señales del recién nacido. Volúmenes que tolera el recién nacido*

2. *Ficha de observación de una toma.*

3. *Compresión mamaria.*

4. *Consejos de extracción y almacenamiento de la leche materna y la higiene del sacaleches.*

5. *Situaciones especiales que pueden dificultar la lactancia.*

6. *Técnica de amamantamiento correcto.*

7. *Alimentación durante la lactancia.*

8. *Protocolo piel con piel.*

1. INTRODUCCIÓN

La evidencia científica acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna para la alimentación del recién nacido y lactante.

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los resultados de estudios recientes dibujan una situación poco alentadora.

El amamantamiento debe ser protegido y apoyado de manera eficaz mediante actuaciones coordinadas y siguiendo las recomendaciones internacionales vigentes.

Los profesionales sanitarios nos encontramos en una situación privilegiada para influir positivamente con nuestra actuación en este sentido. Mantener al día la formación en lactancia materna y ser un agente activo, capaz de apoyar y promover la lactancia, y ayudar en la resolución de los problemas, es un reto gratificante que deparará grandes beneficios para todos: niños, madres, profesionales sanitarios y la sociedad en general.

El Comité de Lactancia Materna del Área del Hospital de Alicante, constituido en junio de 2009, ha elaborado esta guía fundamentada en las directrices de la OMS y del Plan Europeo de Promoción de la lactancia materna, para los profesionales de la salud del departamento implicados en la promoción y planificación de las actuaciones en el embarazo y durante el periodo de lactancia de los niños.

1.1. Objetivos. Métodos e Hipótesis.

Objetivo general.

- Esta guía pretende recoger las principales actuaciones y pautas clínicas de consenso que facilitan el éxito de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y de la lactancia complementada con otros alimentos a partir de los 6 meses, hasta los 24 meses o más.

Objetivos secundarios

- Formación y capacitación en lactancia materna a todo el personal vinculado con la asistencia a mujeres y recién nacidos-lactantes.

Métodos

- Actuaciones concretas:
 - Proporcionar una guía de solución de problemas (anticipatoria) a la familia lactante.
 - Reforzar hechos, deshacer mitos y malentendidos y establecer expectativas realistas.
 - Evitar la distribución indiscriminada y gratuita de sucedáneos de leche materna o contravenir el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.

- Incluir a miembros de la familia o allegados en las actividades de educación para la salud sobre lactancia materna (Sala de encuentro).
 - Asegurarse de que la madre sabe realizar la extracción de leche materna, en los casos en que sea necesaria, así como las técnicas para la adecuada conservación de la leche extraída.
 - Apoyar el amamantamiento durante la hospitalización / separación de madre y lactante.
 - Ofrecer pautas de manejo y guía anticipatoria para la lactancia materna tras el reingreso de la madre al mundo laboral.
 - Discutir con los padres las distintas opciones anticonceptivas adecuadas para la madre que amamanta.
- Impartición de al menos un curso al año de 20 horas de duración para profesionales sanitarios de esta área de salud.
 - Al menos en un 50% de los centros de salud del Área, se impartirán 2 horas o más de formación en lactancia materna a las gestantes, dentro del programa de preparación al parto.
 - En un 30% de los centros de salud del Área y en el hospital existirá una política escrita de apoyo a la lactancia materna.

Hipótesis.

- Los índices de lactancia materna al inicio aumentarán en un 5% el primer año.
- Disminuirá en al menos un 5% el número de madres que habiendo iniciado la lactancia la abandonen antes de dejar el hospital.
- Se observará un aumento de al menos un 10% en prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 6 meses, sobre las cifras recogidas al inicio del programa.
- Un 30% de los niños del área que tomen lactancia materna a los 6 meses, no habrán recibido alimentación complementaria antes de los 6 meses.
- Al menos un 10% de los niños del Área llegarán al año tomando lactancia materna.

1.2. IHAN: LOS DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL (OMS 2002)

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud. (*La Guía*)
2. Capacitar a todo el personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. (*Curso de Lactancia Materna*)
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. (*Talleres de preparación al parto*)

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. (*Protocolo piel con piel precoz y seguro*)
5. Mostrar a las madres la técnica de amamantamiento y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos. (*Observación de la toma, Puerperio y Maternidad*)
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado. (*Criterios de suplementación y registro de suplementos*)
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 h del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

1.3. PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

Las políticas de planificación y promoción deberían ajustarse a las estrategias del plan europeo de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Bases normativas.

El Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos tienen la responsabilidad de adecuar su política de lactancia:

- Directrices de la OMS
- Plan Europeo de Promoción de la Lactancia Materna
- Código de comercialización de sucedáneos de leche materna

Actividades de promoción.

Los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario y en Atención Primaria tienen la responsabilidad de participar en actividades e iniciativas que impulsen propuestas sobre promoción y protección como las que siguen:

- Estimular y participar activamente en el cumplimiento de los 10 puntos de la iniciativa hacia una “Feliz lactancia natural”, en todas las maternidades para aumentar el número de “Hospitales IHAN” (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia).
- Extender la Iniciativa IHAN a los centros de salud, guarderías y empresas, y así colaborar para que estos centros hagan las adaptaciones necesarias con el fin de que las madres

que lo deseen puedan ejercer su derecho a alimentar a sus hijos con lactancia materna.

- Colaborar con colegios e institutos para que los niños reciban conocimientos básicos sobre la importancia de la lactancia materna y su lugar como norma de alimentación del lactante.
- Promover iniciativas que promuevan alianzas entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Fomentar y participar en la creación de bancos de leche materna y/o donación de leche.
- Promover la creación de grupos locales de madres lactantes y de talleres de lactancia en los centros de salud y animar a las madres y a sus familias a participar o formar grupos de apoyo que, aunque numerosos y en fase de crecimiento, siguen siendo insuficientes en la actualidad.

Beneficios

Los beneficios de la lactancia materna son innumerables e inciden en muchos ámbitos de nuestra vida:

- Beneficios de salud para la madre.
- Beneficios para el niño: infecciones, enfermedades crónicas y desarrollo óptimo.
- Beneficios sociales.
- Beneficios económicos.
- Beneficios ecológicos.

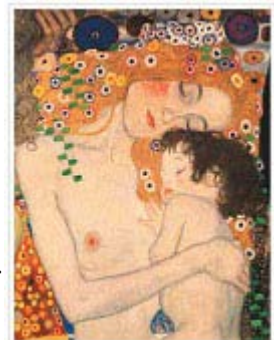
2. Recomendaciones de actuación en el SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Profesional: matrona de Atención primaria.

2.1. INFORMACIÓN SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

- a) **Clases prenatales estructuradas sobre lactancia, individuales o en grupo, de entre 30 y 90 minutos de duración.** Deben contener información teórico-práctica sobre:

- Beneficios de la lactancia materna, para la madre y el niño. [ANEXO 1](#)
- Anatomía y fisiología de la mama. Lactogénesis. Tipos de leche,
 - *Calostro*, rico en inmunoglobulinas
 - *Leche de transición* que se produce entre el día 4 y 15 post-parto
 - *Leche madura*, con un volumen de 700-900ml/día durante los seis primeros meses post-parto. La leche a su vez varía a lo largo de la gestación, día y toma.
- Cuidados de la mama.



- Técnicas de agarre y amamantamiento correcto. ANEXO 6.



- Prevención de los problemas de alimentación al pecho.
- Alimentación y cuidados de la madre lactante. ANEXO 7.
- Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento.
- Informar de recursos útiles en la WEB, como la página www.e-lactancia.org para consultas sobre compatibilidad de medicación y lactancia.
- Incluir información sobre Grupos de apoyo a la lactancia.

El material proporcionado debe ser científicamente exacto, congruente y adecuado a los niveles de comprensión y sensibilidad cultural. A ser posible, en diferentes idiomas.

Si alguna mamá desea información sobre preparación de biberones se le proporcionará en la consulta individual, pero no a nivel grupal.

- No se entregará a las madres maletitas de promoción de las casas comerciales, y cualquier material entregado debe ser respetuoso con el **código de comercialización de sucedáneos de leche materna**.
- Se incluirá a los miembros de la familia u otros allegados** en las sesiones de educación en lactancia materna.
- Se aconsejará a la madre gestante que **evite el tratamiento prenatal de los pezones invertidos o no-protráctiles con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman**. Se aconsejará a la madre lactante que evite la expresión prenatal del calostro, masaje del pezón o aplicación de cremas en la mama.

2.2. LAS DIEZ CLAVES DE LA LACTANCIA MATERNA



1. **Amamantar pronto, cuanto antes, mejor.** La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. **Ofrecer el pecho a menudo día y noche.** La madre debe saber que pasará mucho tiempo amamantando a su bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No debe mirar el reloj y darle el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerá un buen suministro de leche.
3. Asegurarse de que **el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.**
4. **Permitir que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee, hasta que lo suelte.** Después ofrecerle el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.** Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la leche se produce gracias a la succión del bebé en la toma.
6. **Evitar los biberones "de ayuda" y de suero glucosado,** llenan al bebé y minan su interés por mamar, el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
7. **Evitar el chupete,** al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho, y tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
8. **Recordar que un bebé también mama por razones diferentes al hambre,** como por necesidad de succión o de consuelo. Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar al bebé.
9. **La madre debe cuidarse.** Necesita encontrar momentos de descanso y centrar su atención más en el bebé que en otras tareas. Debe solicitar ayuda a las personas más cercanas.
10. **Buscar apoyo.** El grupo local *Lactalicante* tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita, así como el responsable correspondiente en su Centro de Salud.

3. Recomendaciones de actuación DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO.

Profesionales: equipo de paritorio (matronas, ginecólogos, pediatras, auxiliares de enfermería y celadores de partos).

Para la promoción de la lactancia materna entre las mujeres que dan a luz en nuestro hospital se tendrán en cuenta **tres puntos fundamentales:**

- 1) Promocionar contacto **piel con piel** precoz y seguro durante las dos primeras horas tras el nacimiento. [ANEXO-8](#).



- 2) **Retrasar procedimientos innecesarios** hasta las dos horas post-parto, antes de que la mujer y el recién nacido abandonen el área de paritorios.
- 3) **Fomentar el agarre espontáneo al menos durante 50-70' tras el nacimiento.** Después, si la madre lo desea, se le puede ayudar a su colocación con mínima intervención.

1. Contacto Piel con piel.

- *Criterios:*
 - Agarrar al minuto de vida mayor de 7.
 - Líquido claro, o teñido con recién nacido vigoroso.
 - Parto eutócico.
 - No exista patología neonatal por la que deba ser atendido por pediatría inmediatamente.
 - No exista patología materna que lo impida.
 - Lo desea la madre

- Se valorará la temperatura del recién nacido y se le realizará una primera valoración sobre la mamá.
 - Se procederá a la *sección del cordón* cuando deje de latir, o dejado pasar mínimo 60 segundos del nacimiento, y a la *identificación* del recién nacido encima de la madre.
 - En caso de tener que llevarlo a la mesa caliente, para alguna maniobra que no se pueda posponer, volverá con su madre en cuanto la maniobra acabe, y si su estado lo permite.
2. **Se retrasarán los procedimientos rutinarios** (antropometría y profilaxis ocular y antihemorrágica) hasta las dos horas post-parto y se realizarán todos a la vez para evitar separaciones innecesarias. Siempre que sea posible realizar en presencia de la madre y/o el padre.
- *Somatometría*: peso, talla, perímetro craneal y perímetro torácico.
 - *Antihemorrágica*: se recomienda administrar la vitamina K intramuscular mientras el recién nacido está succionando del pecho de su madre, ya que hay evidencia de que esta práctica disminuye los signos de dolor.
 - *Oftalmía neonatal*: Se recomienda administrar la pomada ocular tras el primer contacto con la madre (también a las dos horas, no más allá de 4 horas postparto) para minimizar las interferencias sensoriales en el proceso de búsqueda.

3. **Fomentar el agarre espontáneo al menos durante 50-70´ tras el nacimiento.**

Cuando la mujer pase al puerperio se procederá a la *observación* del amamantamiento para detectar posibles dificultades en el agarre del niño/a al pecho. Observaremos:

- Los signos de una posición correcta ([ANEXO 6](#))
- Los signos de agarre correcto (foto pág 8)

Proporcionar ayuda a la madre por parte de la matrona y la auxiliar de paritorio para la colocación del niño al pecho (en caso de ser necesario) y dar nociones básicas.

Recordar las 10 claves de la lactancia materna.

3.2. Factores de riesgo de dificultades en la lactancia. [ANEXO 5.](#)

Si se detecta algún factor de riesgo, **se anotará en la historia clínica**, puesto que estos casos requieren mayor observación y apoyo por parte del personal de planta implicado.

Ante la presencia de dificultad a la lactancia, se les informará de la existencia del *grupo de ayuda hospitalario*: qué enfermera de la Maternidad le podrá ayudar, qué Matrona/s...

La madre y el personal sanitario conocerán que la mayoría de las dificultades que aparecen durante la lactancia, o al inicio de la misma, son susceptibles de abordaje y mejora, y no deberían conllevar el abandono del amamantamiento.

3.3. Recomendaciones en casos especiales.

- **Cesárea:**

Siempre que sea posible y tras valoración por parte de pediatría:

- Se mostrará el niño/a a la madre y pasará a la sala de puerperio donde si es posible, y el padre lo desea, se realizará el contacto piel con piel con el padre.
- Tan pronto como la madre abandone el quirófano y su estado físico lo permita pasará el niño/a con ella y se procederá como en el caso del parto eutócico.

4. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN DURANTE EL INGRESO EN LA PLANTA DE MATERNIDAD

Profesionales: Enfermeras, Matronas, Pediatras, Auxiliares

4.1. Al ingreso en planta:

- Se preguntará a la madre qué alimentación desea ofrecer a su hijo, y se anotará en la historia del recién nacido (si no viene anotado desde partos.)
- Preguntar si la madre tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que pueda interferir con la lactancia.
- Si en partos no ha sido posible, al llegar a planta, fomentaremos que la madre se ponga el niño al pecho, se ayudará a la madre a amamantar a su hijo lo antes posible, favoreciendo el contacto piel con piel seguro.

4.2. Durante la estancia en Maternidad:

- Se le entregará el *dossier informativo* sobre lactancia materna, en caso de que la madre desee ofrecer pecho.

[Sp.san.gva.es](http://sp.san.gva.es) *Lactancia materna: lo natural. (biblioteca virtual). En castellano, valenciano, árabe, rumano e inglés.*

- Se recordarán las “*diez claves de la lactancia materna*”, haciendo hincapié en ofrecer pecho a demanda, pero que conviene despertar al recién nacido y ofrecerle el pecho, si no lo pide a menudo (al menos cada 2-3 horas), sin limitar la duración de la toma.
- Se le indicarán las *señales de demanda* del recién nacido.
 - Señales precoces: movimientos y sonidos de succión y movimiento de manos.
 - Señales intermedias: ojos abiertos, sonidos suaves y estado de alerta.
 - Señales tardías: lloro y agitación.



- Señalaremos la importancia de una *postura correcta*. Se valorará la postura y forma de cogerse el niño (interviniendo sólo si es necesario).
- No se ofrecerá a los recién nacidos chupetes, tetinas, ni ningún otro líquido diferente a la leche materna. Si alguna vez hemos de dar algún líquido al niño, lo haremos con *jeringa, cuchara o vasito*.
- Si fuera necesario *suplementar*, se optará inicialmente por leche materna, y en segundo lugar con leche artificial (sólo bajo prescripción del pediatra).
- Se comentará a la familia la importancia, para la madre y el bebé, de un *ambiente tranquilo* y que se benefician de una restricción de visitas.
- Se retirará lo antes posible todo lo que pueda entorpecer la lactancia materna (sueros, accesos venosos, sondaje vesical, catéter epidural.) Tratamiento del dolor de la madre.
- Se le explicará la importancia de las *tomas nocturnas*, ofreciendo el pecho evitando, largos periodos de ayuno (más de 4 horas).
- Evitar todo tipo de comentarios o frases que hagan aumentar la inseguridad de la madre (*"el niño se queda con hambre"*, *"no tiene leche"*, *"está seco"*, etc.).
- Observar al menos una toma de pecho al día, para detectar posibles problemas respecto de la técnica de amamantamiento, agarre ineficaz... y apuntarlo en la historia clínica del bebé. *Ficha de observación de una toma*, una vez al día (ANEXO 2)

- Se ofrecerá toda la ayuda e información, tanto a la madre como al padre o familiar implicado directamente en el cuidado del bebé.
- Si tiene problemas o dudas volveremos más tarde para ayudar a la madre, y si no podemos o no lo conseguimos, pediremos ayuda a algún compañero.
- No habrá alusiones referentes a cualquier alimento que no sea la leche materna mediante carteles, pósters o publicidad en forma de muestras gratuitas.

4.3. Antes del alta.

- Se comprobará que los padres **conocen la forma de despertar** a un lactante somnoliento. En concreto:
 - Que conocen los distintos estadios de transición del sueño a la duermevela, de la duermevela a la alerta tranquila, de alerta tranquila a llanto.
 - Que saben que deben despertarle al menos cada tres horas, o cuando exhibe alguna señal de estar listo para mamar, conociendo que algunos lactantes se duermen para controlar el malestar, incluyendo el hambre.
 - Que saben estimular al lactante: quitando mantas y ropa; cambiando el pañal; poniendo al bebé en contacto piel con piel con madre o padre; masajeando espalda, brazos o piernas.
- Se comprobará que saben **detectar cuándo el comportamiento o los acontecimientos se desvían de lo esperado**, y dónde consultar en ese caso (conocen “lo que es normal” en su recién nacido). **Signos de amamantamiento eficaz**. Informaremos sobre la existencia de una persona responsable sobre el asesoramiento en lactancia materna en su centro de salud.
- Se reflejará la **situación en el momento del alta de la lactancia materna**: dolor, pezoneras, suplementación y tipo de leche ...
- **Valoración peso en 24-48h** según indicación pediátrica.

4.4. Criterios de suplementación. Cómo y cuánto.

OJO: Se requiere una adecuada valoración previa de la toma al pecho: agarre y observación de más de una toma (ficha de observación de la toma).

Cómo: Se ofrecerá el suplemento en jeringa o vasito. Se valorará en cada caso la idoneidad del método de suplementación: desde el suplementador con sonda hasta la tetina en casos seleccionados.

Cuánto: 50% de una toma completa según peso y día de vida (depende de la indicación, pero en general unos 5ml/kg)

- **Primera elección:** Leche materna extraída, administrada con jeringa, vasito o cuchara.
- **Segunda elección:** Leche artificial tipo 1, administrada con jeringa, vasito o cuchara.

Indicaciones clínicas razonables:

- Recién nacidos con **riesgo de HIPOGLUCEMIA**: no se consigue alimentación precoz al pecho en los primeros 30-60 min de vida.
- **HIPOGLUCEMIA LEVE** que no precisa tratamiento intravenoso.

- **Pérdida de peso suprafisiológica del 8-10%** con lactogénesis retrasada (más allá de los 3-5 días) o con clínica de deshidratación. Pérdida >10%. “Fiebre de sed”. **Ictericia** asociada, próxima a ingreso.
- Pretérminos tardíos o “bellos durmientes” o “bajo peso”, en definitiva, **condición del RN que implica menor succión del pecho** (requiere apoyo con el sacaleches)
- Gemelares: No de entrada.
- **Enfermedad materna** que limite la colocación al pecho/ Retraso lactogénesis / Hipogalactia 1ª
- Facilitar el agarre al pecho, si no se ha conseguido tras las primeras 24h de vida en el RN a término. Dolor intolerable con el agarre al pecho que no se alivia con los consejos.

5. Recomendaciones de actuación en caso de INGRESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE NEONATOS.

En caso de necesaria separación de madre-hijo, reforzaremos la promoción de la lactancia, y asesoraremos sobre las técnicas de extracción y conservación de la leche materna.

Los **objetivos** de actuación por parte del personal sanitario son:

5.1. Fomentar la lactancia materna:

- Información en la primera visita a la Unidad sobre los beneficios de la LM para los recién nacidos, especialmente para los prematuros, o enfermos.
- Ingreso de los recién nacidos el mínimo tiempo necesario.
- Permitir el contacto entre madre-hijo:
 - o Sin limitación de visitas
 - o Mayor tiempo posible de contacto
 - o Permitir contacto piel con piel, bracitos
 - o Método Madre-Canguro: iniciar lo más pronto posible, succión no nutritiva
- Flexibilidad en los horarios de las tomas para evitar suplementaciones.
- No suplementar de forma rutinaria.
- Posibilidad de que la madre pueda ofrecer la toma sin uso de tetinas.

5.2. Extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna (ANEXO 4)

Favorecer el uso del sacaleches a pie de incubadora.

5.3. Administración de leche materna:

- Preferentemente, alimentar a los RN directamente del pecho de sus madres
- Evitar la administración de la leche con biberón en lo posible: considerar jeringuilla, suplementadores, cucharas, vaso o SNG, y siempre que se pueda fomentar la participación de los padres en la alimentación de sus hijos.

- Si el RN no puede mamar directamente del pecho, lo alimentaremos mientras mantenga el contacto con su madre.

Utilizar LM por este orden:

1º) Directamente del pecho

2º) Recién extraída

3º) Refrigerada: durante menos de 24h y calentada a temperatura ambiente al baño María

4º) Congelada: descongelar la cantidad necesaria para evitar desperdicios, descongelada en nevera durante varias horas, y calentar al baño María hasta la temperatura ambiente.

(La leche almacenada se administrará en orden cronológico de recepción)

5.4. Limitar el uso de chupete:

- Recién nacidos que ya pueden realizar la toma por succión: se limitará el uso del chupete cuando haya problemas de agarre al pecho.
- Recién nacidos que por su situación clínica o inmadurez todavía realizan la toma por sonda: el estímulo de la succión se realiza mediante el contacto piel con piel, mientras la toma se administra por sonda. En caso de ausencia de piel con piel, se podrá ofrecer chupete durante la toma para estimular la succión.

6. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y EL LACTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

6.1- LOS SIETE PASOS DE LA IHAN EN EL CENTRO DE SALUD

1. Política de Lactancia
2. Capacitación de Profesionales
3. Formación de madres gestantes
4. Apoyo a la madre que amamanta
5. Fomentar la LM exclusiva los seis primeros meses y complementada con otros alimentos, hasta los dos años o más
6. Proporcionar una ambiente acogedor para madre y lactante
7. Promocionar la colaboración entre personal sanitario, grupos de apoyo y población local

6.2- EL PROFESIONAL REFERENTE EN LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD

Cada Equipo de Atención Primaria tiene un profesional sanitario como Referente de lactancia materna (R.L.) en su centro de salud (C.S).

El referente de lactancia es el consultor y coordinador en el C.S. en temas de L.M. y sus **funciones** serán:

- Organizar la atención a las madres lactantes
- Ayudar a las madres y sus familias a comprender la lactancia materna y conocer sus ventajas y beneficios
- Organizar un taller de lactancia en su centro de salud
- Ayudar a las madres a armonizar la lactancia con su vida habitual y apoyo al incorporarse al trabajo

6.3- ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA EN EL C.S

Actuaciones generales:

- Al *alta hospitalaria*, se informará a la madre que pida cita si tiene dificultades con la lactancia en su centro de salud, donde se le atenderá sin demora. Para ello, todos los implicados en el C.S. deben estar informados que estas consultas sobre lactancia materna deben resolverse cuanto antes y prestar atención inmediata.
- Se realizarán *actividades de educación en LM*, de forma estructurada, para asegurar los conceptos presentados en la preparación al parto y en el hospital, haciendo especial hincapié en pautas anticipatorias para la resolución de problemas comunes que pueden interferir con el mantenimiento de la lactancia.
- Los profesionales de AP evaluarán en la *primera visita* (7-10 días de vida) la ganancia ponderal y/o otros factores clínicos indicativos de amamantamiento eficaz, que nos harán valorar de nuevo el agarre al pecho y la lactancia.
- El personal instará a la madre a amamantar a demanda o cada 2-3 horas y siempre que muestre *signos de hambre*, enseñando a madre y familiares como reconocer estos signos: bebé despierto, movimientos de búsqueda, hociqueo, bostezo, protestas o llanto. Y permitir al lactante que esté en el pecho hasta que quede satisfecho.
- Durante el *primer mes* se revisará al lactante las veces necesarias hasta que se haya establecido un patrón adecuado de bienestar con la lactancia y/o ganancia ponderal.
- Información a los médicos de Familia de recursos en la red sobre medicamentos compatibles con la lactancia (www.e-lactancia.org).

6.4 SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO INEFICAZ:

- Pérdida de peso del lactante mayor del 7% respecto al peso al nacimiento.
- Pérdida continuada de peso después del día 3.
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días.
- Heces meconiales después del día 4.
- Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del día 4.
- Lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehúsa las tomas.
- Deglución no audible durante las tomas.

- No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5.
- Dolor de pezones persistente o creciente.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando.
- Lactante que no ha empezado a ganar peso después del día 5.
- Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14.

En el apoyo en AP se intervendrá activamente para corregir el amamantamiento ineficaz. Si la eficacia del amamantamiento no queda demostrada:

- Reevaluar las técnicas de amamantamiento y estimular la succión con calostro o leche exprimida o con gotas de agua, si es necesario.
 - Supervisar una toma.
 - Iniciar la extracción de leche con bomba.
- Evitaremos la *suplementación* a menos que esté médicamente indicada, en cuyo caso se ofrecerá al lactante, utilizando un método de alimentación que no comprometa la transición al pecho posteriormente, y:
 - Se calculará el volumen de suplemento basándose en la edad y el peso del lactante, permitir cualquier cantidad de ingesta del pecho.
 - Se utilizará la leche de la madre como primera opción. De esta forma se mantiene el estímulo de succión apropiado para aumentar la producción de leche. Ofreceremos el suplemento tras la toma de pecho.
 - Se explicarán a la madre los beneficios de cualquier cantidad de leche materna, por mínima que sea.

6.5. OPCIONES ANTICONCEPTIVAS

- Explicaremos a la madre que durante los primeros 6 meses de vida del lactante, el amamantamiento a demanda muy frecuente, en LM exclusiva en madres sin menstruación y con tomas nocturnas, el riesgo de embarazo es bajo, pero no cero.
- Los métodos de barrera son una buena opción en los primeros meses.
- Si se aconseja métodos farmacológicos, mejor utilizar píldoras de progesterona sola.
- Si se administra progesterona sola en inyección, no lo haremos antes de las primeras 6 semanas, para asegurar una correcta lactogénesis.

6.6. REINCORPORACIÓN DE LA MADRE A LA VIDA LABORAL ACTIVA.

Cuando la madre lo desee, se proporcionarán consejos de alimentación y apoyo para continuar la lactancia tras la incorporación al mercado laboral.

6.7. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Se favorecerá la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, manteniéndola hasta los 2 años o más, tanto tiempo como deseen la madre y el bebé.
- Se aconsejará la introducción gradual de otros alimentos para complementar la leche

materna, según recomendaciones de su pediatra.

- Los alimentos se ofrecerán después de las tomas de pecho y sin forzar.
- Opciones para introducir cereales evitando el uso de leche de fórmula.
- Se introducirán en primer lugar los alimentos ricos en hierro o enriquecidos.
- La introducción de los alimentos se hará de forma gradual, uno nuevo cada 2 o 3 días.
- No se adicionará sal ni azúcar. NO se ofrecerá miel a los lactantes de menos de 1 año.
- Mantener al menos 4 tomas diarias de pecho para asegurar un aporte lácteo suficiente.
- Cuando desee destetar se aconsejará hacerlo gradualmente eliminando una toma cada tres o cuatro días. Puede aplicar compresas frías y exprimir manualmente la leche del pecho en cantidad suficiente para aliviar la congestión mamaria si esta aparece.

6.8. LACTANCIA PROLONGADA, EMBARAZO Y LACTANCIA. LACTANCIA EN TANDEM

Continuar amamantando más allá de los 2 años o hasta que la madre y el hijo lo deseen, es una decisión "de crianza" y no médica.

La madre que queda embarazada mientras amamanta necesita saber que las objeciones más comunes durante el embarazo son infundadas. Es importante dejar de lado los mitos y temores que ponen en peligro la responsabilidad de una madre para determinar el camino a seguir en la crianza de su hijo.

Ante un nuevo embarazo, la mujer puede continuar con su lactancia si así lo desea.

- Amamantar puede estimular las contracciones de Braxton-Hicks o falsas contracciones que mejoraran con reposo e hidratación.
- Los primeros meses del embarazo se reduce algo la producción de leche y no es posible aumentar su producción, aunque retorna hacia el final del embarazo. Algunos bebés se destetan voluntariamente en ese momento, también porque cambia el sabor de la leche. Es frecuente que vuelvan a querer mamar con la llegada del nuevo bebé, aunque se hubiera destetado.
- Explicaremos que es posible que note molestias en los pezones por la mayor sensibilidad de estos.
- Durante los últimos meses del embarazo la leche se convierte en calostro. Siempre habrá calostro para el recién nacido.
- La lactancia en tándem minimiza la ingurgitación mamaria y asegura un buen volumen de leche.
- Las contracciones provocadas por la oxitocina de la lactancia no son perjudiciales para el feto ni aumentan el riesgo de parto prematuro.
- Las *razones médicas para considerar el destete durante el embarazo* incluyen:
 - Dolor o sangrado uterino no filiado
 - Amenaza de parto prematuro.
 - La continua pérdida de peso de la madre durante el embarazo.

7. NOCIONES DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Definición: Conjunto de habilidades y técnicas para apoyar de forma *efectiva* a la madre que desea amamantar.

Acompañar, escuchar, entender, aclarar, informar, apoyar y respetar, reflexionar.

Niveles de aprendizaje del adulto:

1. El aprendiz adulto espera *FRANQUEZA* y *HONESTIDAD*
2. El aprendiz adulto es un *PARTICIPANTE ACTIVO* del proceso de aprendizaje. Evita actitudes paternalistas.
3. Un *CLIMA DE APRENDIZAJE EFECTIVO* crea una *IMPRESIÓN POSITIVA*.
4. Cada encuentro es *INDIVIDUALIZADO* para cada madre y recién nacido. Valora si se encuentra en su “momento enseñable”
5. Los 3 NIVELES DE APRENDIZAJE.
 - *Cuéntame* y puedo recordar (VERBAL)
 - *Muéstrame* y puedo entender (VISUAL)
 - *Implicame* y puedo controlar (PRÁCTICA)

Atmósfera: propiciemos una atmósfera adecuada para favorecer el “*Empowerment*”: Sensación de valor y control.

Madre: *VULNERABILIDAD, AUTOCONFIANZA* y *AUTOESTIMA*

Cuidaremos:

- Lenguaje corporal
- Tono de voz
- Palabras y frases positivos
- Apoyo emocional
- Escucha activa y empática
- Respuestas con sensibilidad

TERMINOLOGÍA Y ACTITUDES QUE CONVIENE EVITAR:

- Paternalismo.
- No enjuicies ni etiquetas.
- Terminología negativa e imágenes que debiliten la autoconfianza materna.
- Palabras que impliquen éxito o fracaso, “adecuado o inadecuado”, que la madre esté haciendo o diciendo algo mal.

Ejemplos:

- Sustituye “**pero**” por “**y**”: “*Estás manteniendo a tu bebé en una buena postura (pero) y si además le giras un poco más la cabeza, el bebé incluso se cogerá mejor...*”

- “**debes** o **deberías**” (enjuiciamos) por **Refrasear**: “*Deberías alimentar al bebé a demanda*”, por “*Cuando alimentos a tu bebé a demanda, estarás satisfaciendo sus necesidades*”
- **Muletillas** (*¿vale?, ¿de acuerdo?...*) por **Silencio controlado**.
- **Mensajes mezclados**. Procura que tus palabras produzcan el efecto deseado.

Palabras enjuiciadoras:

- *Bien, mal, adecuado, inadecuado, incorrecto*
- *Normal*
- *Suficiente*
- *Demasiado (llora demasiado)*
- *Problema*

Frases enjuiciadoras:

| | |
|--|--|
| <i>¿Succiona bien?</i> | ¿Cómo es la succión? |
| <i>¿Sus deposiciones son normales?</i> | ¿Cómo son sus deposiciones? |
| <i>¿Está aumentando de peso lo suficiente?</i> | ¿Cómo va el peso? |
| <i>¿Tiene algún problema con el pecho?</i> | ¿Cómo notas el pecho? (si es por algo físico) O ¿Cómo va con el pecho? (si es de lactancia) |
| <i>¿Te llora mucho de noche?</i> | Cuéntame cómo es una noche |

LO QUE SÍ CONVIENE HACER:

- Selecciona palabras o expresiones que *corrijan* las prácticas inapropiadas sin comprometer la autoconfianza de la madre.
- Suplementa los mensajes verbales con demostraciones, refuerzos visuales e instrucciones escritas para fortalecer la comprensión del mensaje.
- Utiliza la primera persona del plural: “*A todas nos ha pasado...*”
- Elogia sus acciones y valida sus emociones y preocupaciones. Muéstrale libertad para ser ella misma.
- Muestra preocupación, de forma genuina y cálida. Sé flexible en cada momento.

POSTURA. Recuerda mantener una “POSTURA ABIERTA”:

De Pie:

- Piernas semiflexionadas que no descienda el nivel de la cabeza. Ambos pies apoyados en el suelo.

- Brazos a cada lado (escuchar) o semiflexionados a la altura de la cintura >90° (hablar)
- Mentón ligeramente inclinado.

Sentada:

- Manos sobre las rodillas si no hay mesa, o una a cada lado sobre la mesa SIN apoyar los codos (apoyar los antebrazos en el borde de la mesa)

EVITAR:

Cruzar las manos, brazos, piernas o pies: esta postura muestra desinterés y distancia emocional.

CINÉTICA.

- Para atraer su atención:
 - **Inclinarse** hacia adelante: expresa interés.
 - **Distancia:** “Ni muy lejos ni muy cerca” Guíate de la reacción materna. *Lejos:* expresa estar muy ocupada o desinteresada. *Cerca:* invade su espacio de confort personal.
 - **Altitud:** expresa quién posee el mayor control o importancia. A la altura o inferior a la de la madre, la pone en situación de control, mayor autoconfianza y *empowerment*.
 - **Tacto:** puede expresar calidez, ánimo, caridad... pero debe venir en el momento y contexto oportunos. ¡**PEDIREMOS PERMISO** antes de TOCAR sus pechos o a su bebé!
 - Aprende a leer el lenguaje corporal de las madres (reacciones, gestos o mensajes no verbales, signos de discomfort físico...)
 - **Semblante.** SONRÍE. “*Necesito tu sonrisa para sonreír...*”
 - **Imagen** cuidada (limpia, presentable ...)
 - **Contacto visual:** Mantén el contacto visual el 85% del tiempo, pues el fallo en establecer contacto visual manda un mensaje negativo. Es el elemento más importante del lenguaje corporal.

En el proceso de consejería:

- Escucha empática
- Ten paciencia
- Formula preguntas abiertas (son las que no se pueden responder con un SI/NO, las que empiezan con “W” en inglés): “¿come pecho?”, Por: “¿qué come el bebé?”
- Focaliza, resume, enfatiza lo afirmado
- Tranquiliza, esperanza
- Ofrece una o dos sugerencias (no órdenes), sencillas, cortas y pertinentes.
- Explica, informa, corrige, anticipa
- Elaborar un plan conjunto, con un objetivo, genera un compromiso y ofrece seguimiento.
- Busca fuentes externas ante las dudas, o apoyo de otros colegas.
- Respeta la autonomía de la madre.
- Acepta su gratitud y deja la puerta abierta.

8. INCOMPATIBILIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA

Todo el personal que atiende al bebé y su madre debe identificar las contraindicaciones y “falsas contraindicaciones” más frecuentes para la lactancia materna, y en estos casos, asegurarse de que la madre practica y conoce la manera más segura de alimentar al bebé.

8.1. Enfermedades de la MADRE:

A. Contraindicaciones absolutas:

Expreso deseo materno de no lactar.

VIH. Factores que aumentan el riesgo de transmisión:

- Carga viral alta.
- Recuento bajo de CD4.
- Mastitis.
- La OMS recomienda en países subdesarrollados mantener la lactancia materna en mujeres infectadas por VIH.

Virus tipo1 de la leucemia humana de cel T.

TRATAMIENTOS:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Bromocriptina/Cabergolina (tratamiento prolactinoma)
- amantadina, amiodarona, bromuro, cloramfenicol, dipirona, metronidazol, sales de oro, radiofármacos.

Consumo de drogas: cocaína, anfetaminas, cannabis.

B. En los siguientes casos se realizará una valoración individualizada:

- Hepatitis C: no contraindica, salvo infección reciente con alta carga viral.
- Citomegalovirus: contraindica la prematuridad y la inmunodeficiencia del lactante.
- Herpes Zóster: contraindica las lesiones herpéticas activas en el pezón o cerca de ellos.
- Sífilis: contraindica las lesiones cutáneas en pechos o pezones (hasta que se traten o desaparezcan).
- Tuberculosis activa: existe controversia por el contacto directo madre-hijo.
- Chagas: contraindicado sólo si fase aguda.
- Brucelosis: hasta 72h después de iniciado el tratamiento.
- Infecciones bacterianas graves.
- Varicela, Sarampión, Brucelosis, Enfermedad de Lyme.
- *Miastenia Gravis*: contraindica episodios severos con elevación de anticuerpos y gran sobre esfuerzo materno.

- Cáncer de mama: suspender si tratamiento (depende del tratamiento, puede dar del pecho sano).
- Enfermedades maternas graves o crónicas: *miastenia gravis*., según afectación materna y sus tratamientos.

8.2. Enfermedades del RECIÉN NACIDO

Contraindicaciones absolutas:

- Galactosemia en el lactante.

Contraindicaciones relativas:

- Enfermedades del lactante: fenilcetonuria y enfermedad de la orina del jarabe de arce.

8.3. MEDICACIONES

Explorando la posibilidad de una alternativa terapéutica, existen pocas enfermedades maternas cuyo tratamiento contraindique de modo absoluto la lactancia.

Para más información consultar: <http://www.e-lactancia.org>.

MINIMIZACIÓN DEL EFECTO de los medicamentos tomados por la madre

- Evitar la formulación de acción prolongada (se acumulan aún más en el lactante)
- Programar la dosis: recomendar a la madre que consuma el medicamento inmediatamente después de la toma de lactancia.
- Seleccionar el medicamento que alcance la leche con menor intensidad.
- OBSERVAR al lactante: patrones de alimentación, hábitos de sueño, irritabilidad, erupciones cutáneas.

FÁRMACOS QUE INHIBEN LA PROLACTINA

- Alcaloides del ergot
- Estrógenos
- Anticolinérgicos (antiespasmódicos o antihistamínicos de 1ª generación)
- Diuréticos de uso prolongado, especialmente tiazídicos
- Abuso de pseudoefedrina
- Gonadotropinas
- Antiparkinsonianos precursores de la dopamina
- Prostaglandinas en la primera semana posparto.

8.4. EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS

- **Radiografías, TAC, RMN** (con o sin contrastes yodados* o compuestos de gadolinio), son compatibles con la lactancia.
- **Gammagrafías** (contrastes radiactivos obligan a suspender la lactancia durante el tiempo que dure el radionúclido en el cuerpo de la madre y su periodo de semidesintegración) Se extraerá y desechará la leche.

(*) Productos inertes que se excretan sin liberar yodo

Recomendaciones:

- Intenten emplear el radionúclido de vida media más corta
- Almacenar leche extraída previamente para ofrecerla en el tiempo de espera.
- Extraer y desechar la leche durante el tiempo de espera
- I-131 y Estroncio-89M para tratamiento, obligan a suspender la lactancia.

8.5. DROGAS DE ABUSO Y OTRAS SUSTANCIAS

El consumo de drogas contraindica la lactancia materna. Aquellas sustancias toleradas socialmente café, alcohol, y tabaco deben ser reducidas o eliminadas y alejadas siempre de la toma de pecho.

Se hace mención especial a la METADONA: (25mg/día-150mg/día). Es **compatible** con la lactancia, poco paso (¿extracción y eliminación de la leche a las 3-4h de la dosis?) No se observan efectos adversos asociados a la lactancia materna, a ninguna dosis entre 25 y 180mg/día.

Informaremos del mayor riesgo de **muerte súbita del lactante** cuya madre es consumidora de tabaco y otras drogas.

9. FUENTES DE INFORMACIÓN

<http://www.e-lactancia.org/> de APILAM

PubMed. Criterios de búsqueda:

Breastfeeding OR breast feeding OR milk OR lactation OR colostrum OR prolactin AND "fármaco"

LactMed (Drugs and Lactation Database)

<http://toxnet.nlm.nih.gov/html/LACT.htm> + "fármaco"

<http://www.lactanciasegura.com>

Recomendaciones de la Food and Drug Administration

<http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/Guidances/ucm127505>

Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics*. 2013;132:e796-809.

ANEXOS

ANEXO 1: BENEFICIOS LACTANCIA MATERNA. VOLÚMENES DE TOLERANCIA DEL RN.

Enlace con pag web Conselleria: Lactancia materna, lo natural.

BENEFICIOS LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de la lactancia materna son indiscutibles tanto para el niño como para la madre en términos de salud y tanto en países desarrollados así como en desarrollo, gran cantidad de muertes infantiles y maternas podríamos evitar con una correcta promoción y apoyo a la lactancia materna.

En cuanto a los **niños**, estas son las ventajas de las cuales, si son amamantados cuyas madres siguen las recomendaciones de la OMS se pueden beneficiar:

- Disminución en la infancia de enfermedades de carácter infeccioso como: gastroenteritis aguda, infecciones del tracto respiratorio inferior, otitis medias.
- Disminución de eczemas, alergias alimentarias, rinitis alérgicas, asma.
- Disminuye a nivel oral las caries y la maloclusión.
- Ya en niños no amamantados o adultos tendrán presión arterial más baja, menor sobrepeso y obesidad, menores niveles de colesterol total, menor riesgo de diabetes tipo 2 y un coeficiente intelectual ligeramente más elevado.

En cuanto a sus **madres**:

- Menor anemia por la amenorrea lactacional.
- Disminuye el riesgo de cáncer de pecho y ovario.
- Aumento de la pérdida de peso post parto.
- Y menor riesgo de osteoporosis.

No solo debemos de hablar en términos de salud porque también a nivel **económico y social** la lactancia materna nos reporta beneficios:

- Es totalmente gratuita su dispensación.
- Mejora la salud de los niños por lo cual van menos al médico e ingresan menos en los hospitales.
- Disminuye el absentismo laboral de los padres.

En cuanto a los beneficios **medioambientales** cabe reseñar que la lactancia materna es natural, renovable, segura para el entorno, se produce y se consume sin polución.

Tamaño del estómago de un recién nacido

Día
1



tamaño de
una cereza



5-7 ml

Día
3



tamaño de
una nuez



22-27 ml

Semana
1



tamaño de
un durazno



45-60 ml

Mes
1



tamaño de
un huevo



80-150 ml

ANEXO 2: FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS TOMAS

(Tomado de: *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del Participante OMS/UNICEF*)

(Este documento puede ser reproducido siempre y cuando no se haga para obtener ganancias ni beneficios comerciales.)

Nombre de la madre: _____ Fecha: _____

Nombre del bebé: _____ Edad del bebé: _____

(Los signos entre paréntesis se refieren al recién nacido, no a bebés mayores)

Signos de que la lactancia funciona bien

POSICIÓN DEL CUERPO

- Madre relajada y cómoda
- Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- (Nalgas del bebé apoyadas)

Signos de posible dificultad

- Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
- Cuerpo del bebé separado de la madre
- Cuello del bebé torcido
- (Sólo apoyados la cabeza o los hombros)

RESPUESTAS

- (El bebé busca el pecho)
- El bebé explora el pecho con la lengua
- Bebé tranquilo y alerta mientras mama
- El bebé permanece agarrado al pecho
- Signos de eyección de leche (chorros, entuertos)
- (No se observa búsqueda)
- El bebé no muestra interés por el pecho
- Bebé inquieto o llorando
- El bebé se suelta del pecho
- No hay signos de eyección de leche

VÍNCULO AFECTIVO

- Lo sostiene segura y confiadamente
- La madre mira al bebé cara a cara
- Mucho contacto de la madre
- La madre acaricia al bebé
- Lo sostiene nerviosamente y con torpeza
- La madre no mira al bebé a los ojos
- Lo toca poco, no hay casi contacto físico
- La madre lo sacude

ANATOMÍA

- Pechos blandos después de la mamada
- Pezones protráctiles
- Piel de apariencia sana
- Pechos redondeados mientras el bebé mama
- Pechos ingurgitados (pletóricos)
- Pezones planos o invertidos
- Piel roja o con fisuras
- Pechos estirados o halados

SUCCIÓN

- Más areola sobre la boca del bebé
- Boca bien abierta
- Labio inferior evertido
- Mentón del bebé toca el pecho
- Mejillas redondeadas
- Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas
- Se puede ver u oír al bebé deglutiendo
- Más areola por debajo de la boca del bebé
- Boca no está bien abierta
- Labio inferior invertido
- Mentón del bebé no toca el pecho
- Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
- Sólo mamadas rápidas
- Se oye al bebé chasqueando

TIEMPO

- El bebé suelta el pecho espontáneamente
- La madre retira al bebé del pecho

El bebé mamó durante minutos.....

NOTAS:

© Adaptado, con autorización, de la ficha del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia" de H. C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992.

ANEXO 3. COMPRESIÓN MAMARIA

-Se usa para optimizar una toma, es decir conseguir que el bebé tome más leche en menos tiempo y evitar que esté mucho tiempo mamando con pocos resultados.

-Es buena idea usarlo para bebés dormilones que están mucho tiempo al pecho pero comen poco.

Algunos bebés que maman mucho rato y comen poco no se despiertan durante la noche para mamar.

-Otro motivo para usar la compresión del pecho es cuando la lactancia es dolorosa, de este modo disminuimos el tiempo que el bebé está al pecho, pues ingiere mucha más cantidad de leche en menos tiempo.

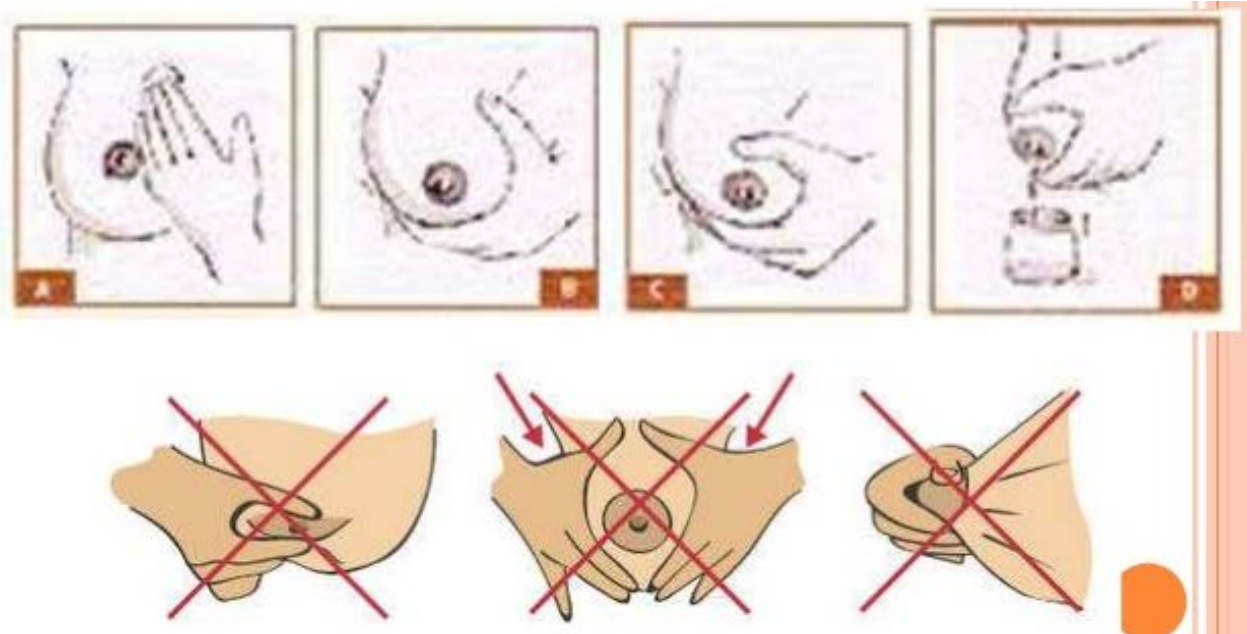
La Compresión del pecho no se usa cuando el bebé esta “deglutiendo” leche activamente. Se usa cuando ya no le escuchamos tragar y parece que la succión es menos activa. Es posible que la boca se esté moviendo pero ya no tan ampliamente como antes.

Compresión mamaria



ANEXO 4: CONSEJOS EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE

- 1) Lávese las manos antes de manipular la leche.
- 2) Masaje mamario. Extracción (manual / sacaleches)



3) TIPO DE RECIPIENTE

- a) Los mejores contenedores para el almacenamiento de la leche humana son los de plástico duro apto para uso alimenticio o cristal.
- b) Las bolsas de plástico no se recomiendan debido a que pueden presentar pérdidas o derrames.
- c) Los recipientes deben ser lavados previamente con agua caliente y jabón (o en el lavavajillas mejor); si están estériles, tanto mejor.
- d) No usaremos los recipientes de laboratorio para tal efecto.

4) TIEMPOS DE CONSERVACIÓN

- a) La leche puede conservarse en la nevera de hasta 5 días (4°C).
 - i) Colóquela en la parte más baja y más posterior de la nevera, porque es la más fría. Nunca en la puerta.
- b) La leche puede conservarse en congelador de 3 a 6 meses (en congelador que tiene una puerta independiente de la nevera, -15°C).
 - i) En congelador tipo arcón (-20°C), 6-12 meses.

5) CANTIDAD DE LECHE

- a) Puede juntar leche de varias extracciones en un solo recipiente (por ejemplo, si se extrae leche varias veces al día, puede poner la leche de un día entero en un solo recipiente, para luego congelarlo todo junto y no tener mil botes con poca leche ocupando un montón de espacio en el congelador).
- b) No obstante, conviene almacenar la leche en porciones pequeñas para minimizar sus pérdidas (entre 30 y 60 ml).

6) TRANSPORTE DE LA LECHE

- a) Hágalo en una nevera portátil con uno o más acumuladores de frío (más cuanto más largo sea el viaje, y cuanto mayor sea la temperatura ambiental.)

7) DESCONGELACIÓN DE LA LECHE

- a) La leche más antigua se debe utilizar en primer lugar.
- b) El bebé puede tomar la leche fría, a temperatura ambiente o calentada.
- c) Lo ideal es descongelarla en la nevera desde el día anterior.
- d) Si lo anterior no es posible o no ha dado tiempo suficiente, debe descongelarse al baño maría.
- e) Nunca descongelar o calentar en el microondas. Esto elimina muchas de las propiedades beneficiosas de la leche y además existe un alto riesgo de calentarla demasiado y quemar al bebé.
- f) Agitar suavemente la leche para que se mezcle la grasa con el resto.
- g) Una vez descongelada, la leche puede mantenerse en la nevera durante 24h, no debe volver a congelar.

SACALECHES. Higiene y mantenimiento:

1. EN GENERAL, es conveniente que siga las instrucciones del fabricante. Algunos modelos no aceptan determinados métodos de esterilización.
2. ANTES DE TOCAR. Es muy importante que manipule siempre su sacaleches con las manos recién lavadas.
3. LAVADO DEL SACALECHES. Después de cada uso, lávelo con agua caliente y detergente (tipo *mistol*). Si fuera posible, es conveniente el lavado en un lavavajillas; el grado de limpieza mejora si se emplea un programa con agua caliente.
4. ESTERILIZACIÓN. Esterilice el sacaleches cada 1-2 días. Para ello, deberá seguir las instrucciones del fabricante, ya que no todos los modelos se pueden esterilizar de la misma manera. Déjelo secar al aire. Si realiza el lavado habitual en el lavavajillas, la esterilización puede hacerse menos frecuentemente.

ANEXO 5: SITUACIONES ESPECIALES QUE PUEDEN DIFICULTAR LA LACTANCIA MATERNA

Madre

1. SENSIBILIDAD EN PEZONES
2. GRIETAS Y DOLOR
3. PEZONES PLANOS O INVERTIDOS
4. INGURGITACIÓN
5. FALTA DE SUBIDA DE LECHE
6. PUNTO BLANCO O PERLA DE LECHE
7. MASTITIS

Bebé

1. CONFUSIÓN TETINA-PEZÓN. USO DE CHUPETE
2. BEBÉ ANSIOSO, BEBÉ POCO EXIGENTE, BEBÉ QUE RECHAZA EL PECHO
3. FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS TOMAS APARENTEMENTE EXCESIVAS
4. PROBLEMAS ANATÓMICOS Y ENFERMEDADES EN EL BEBÉ QUE DIFICULTEN EL AGARRE Y LA SUCCIÓN: FRENILLO, RETROGNATIA, LABIO LEPORINO Y SÍNDROME DE DOWN
5. CRISIS DE CRECIMIENTO O CRISIS DE LACTANCIA
6. POCO AUMENTO DE PESO. TABLAS DE CRECIMIENTO

1. SENSIBILIDAD EN PEZONES

Puede ocurrir que los primeros días se tenga una ligera molestia en los pezones perfectamente soportable, pero que pasa en poco tiempo. Si dura más tiempo se debe reevaluar a la madre en busca de otras condiciones que causen la molestia.

2. GRIETAS Y DOLOR

Pueden ser varias las causas que las provoquen:

- a) Lesiones derivadas de la posición y colocación al pecho del bebe es la más frecuente, sobre todo las primeras semanas de la lactancia.
- b) También debe evaluarse la succión del bebe, descartando la existencia del síndrome de confusión tetina-pezón, la lengua o frenillo corto (anquiloglosia), un reflejo hipertónico en lengua o mandíbulas o micrognatia.
En estos casos puede ser muy útil intentar posturas de amamantamiento “de fútbol americano” o “a caballito”.
- c) Embarazo en curso, el aumento de sensibilidad en los pezones es a menudo el primer síntoma en los cambios hormonales derivados del embarazo.
- d) Procesos inflamatorios o/y dermatológicos: eczema, dermatitis de origen alérgico, psoriasis.
- e) Procesos circulatorios o de isquemia transitoria en los pezones (síndrome Raynaud).

f) Mastitis o disbiosis.

g) Obstrucción de un conducto lácteo

Se presenta como consecuencia de un vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Los principales factores predisponentes son: una mala técnica de lactancia y la utilización de ropas apretadas, especialmente sujetadores de talla o modelo inadecuado, que producen una compresión excesiva. En raros casos puede obedecer a una malformación u otras lesiones de la mama (quistes, tumores), que favorecen la estenosis y la obstrucción del conducto.

Síntomas: Bulto doloroso en el pecho que se acompaña a menudo de enrojecimiento de la piel de esa zona. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales. Si la situación no se resuelve se puede formar un galactocele (quiste de leche).

Tratamiento:

- Aumentar la frecuencia de las tomas, aplicando calor local antes de las mismas.
- Si hay mucho dolor, ofrecer primero el lado sano para que se ponga en marcha el reflejo de eyección y después el lactante pueda extraer la leche de la mama afecta sin dificultad.
- Colocar al niño de forma que su lengua facilite el drenaje del conducto (la zona del pecho que mejor se vacía es la que queda en contacto con la lengua).
- Durante la toma realizar un masaje suave de la zona afectada, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para garantizar un drenaje completo.
- Si el niño no vacía bien el pecho utilizar un sacaleches para terminar de extraer la leche del conducto obstruido.
- Se recomendará a la madre que utilice un sujetador adecuado, que no comprima.

ALGUNAS RECOMENDACIONES:

PEZONERAS:

- Pueden ser útiles para facilitar el agarre sólo en determinados casos.
- Pueden ser de ayuda en el caso de grietas ya instauradas muy dolorosas mientras se busca y trata la causa que las provoca.
- Deben ser del tamaño adecuado al pezón de la madre en erección.
- Deben de ser de silicona fina tipo "contact".
- Deben de colocarse dándoles la vuelta hasta la zona del pezón y colocarlas sobre la piel favoreciendo el mayor contacto posible para facilitar el vacío perfecto de la boca-pezonera-piel.

CREMAS ANTIGRIETAS:

Las de lanolina purificada no necesitan ser retiradas del pecho antes de la toma y son muy eficaces para facilitar el cierre de la grieta. Pero la mejor prevención es un buen agarre y dejar secar al aire tras la toma.

DISCOS AIREADORES:

Son muy útiles para ayudar a cicatrizar las grietas ya que evitan el roce de la ropa sobre la grieta con el consiguiente dolor y facilitan el aireado de la piel evitando la maceración.

3. PEZONES PLANOS O INVERTIDOS.

No está recomendada la preparación de los pezones en la gestación.

Aunque se tengan los pezones planos o invertidos es posible dar el pecho. El pezón plano sale normalmente ante cualquier estímulo. En cambio, el pezón invertido no se corrige con las maniobras de estimulación.

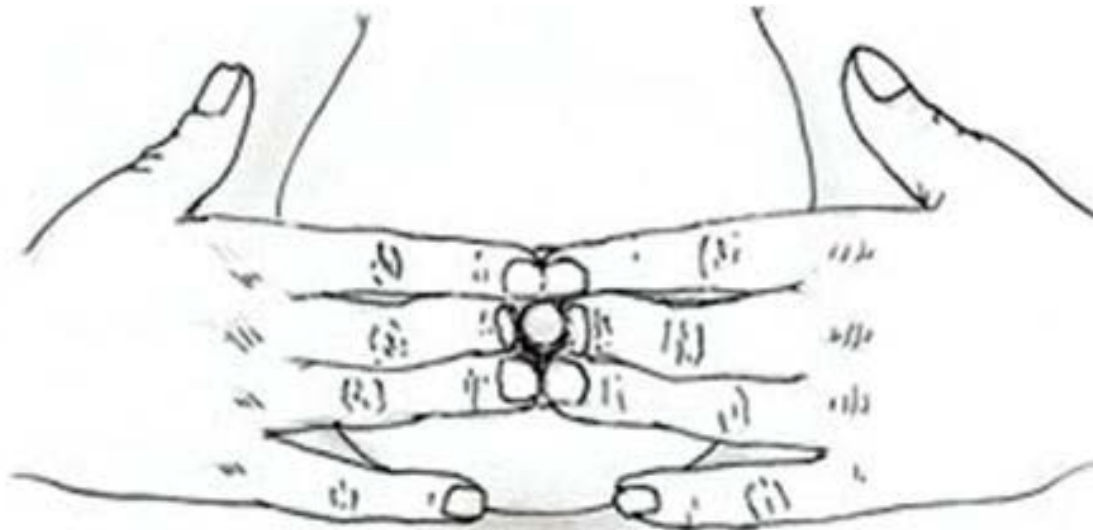
Algunos recomiendan el uso de pezoneras en el caso de pezón invertido; su eficacia no está demostrada. Se usarán sólo como último recurso.

En ocasiones, el tamaño grande de los pezones puede suponer cierta dificultad para el agarre del bebé. Esto se facilita dando de mamar en posición acostada en decúbito supino, hasta que el bebé sea capaz de lograr un agarre correcto, a medida que va creciendo.

4. INGURGITACION

Estas molestias son debidas en parte al enorme aumento de flujo sanguíneo que se precisa para iniciar la producción de la leche. Durante la primera semana después del parto, cuando el calostro cambia para ser leche, las mamas llegan a llenarse. Esto suele disminuir entre el tercer y quinto día, pero si el bebé no saca la leche a medida que se va formando y se acumula en los alvéolos mamarios, provoca que los senos se pongan más duros, calientes y causen dolor. Si el bebé realiza sus tomas correctamente y vacía las mamas, tomando día y noche a demanda, no debería haber riesgo de sufrir congestión mamaria, pero si aún así se llega a producir se debe insistir en varios puntos:

- Lactancia a demanda sin restricciones.
- No interferir con chupetes ni tetinas que agotan al bebé y provocan que no mamen todo lo necesario y lo hagan de manera incorrecta.
- Posición adecuada.
- Se puede probar la aplicación de calor húmedo antes de las tomas y frío local entre toma y toma si la madre siente alivio con ello.
- Algunas madres aprovechan la cercanía de un bebé mayor para ayudarlas a extraer la leche mamando, puede ser otro hijo, un sobrino, etc., e incluso existe la posibilidad de pedirlo a la pareja si ésta está dispuesta.
- Técnica del drenaje linfático:
Esta técnica es el mejor consejo que se le puede dar a una madre en esta situación.



Drawn by Kyle Cotterman

Consiste en un drenaje linfático con los dedos colocados rodeando el pezón tal como indica la imagen y presionando hacia la espalda durante unos tres minutos. Al hacerlo probablemente comenzará a fluir leche, pero ese no es el objetivo. El objetivo es que la areola quedará totalmente blanda y el bebé será capaz entonces de mamar perfectamente y drenar la mama. Realizar antes de cada toma y siempre que tengamos la areola tan dura que no podamos hundir el dedo.

- Es aconsejable el uso de analgésicos si la molestia o dolor son importantes.

En todo caso dejar claro a la madre que el proceso dura pocos días y luego todo vuelve a la normalidad.

5. FALTA DE SUBIDA DE LECHE

Puede deberse a varias causas:

- Puede ser no real, no todas las mujeres notan la famosa subida de leche, es decir, no notan que el pecho se les hincha y endurece, pero hay que fiarse de signos indirectos, es decir, el aumento de peso del bebé, que esté activo, que moje 4-5 pañales al día y que las cacas son normales.
- Retención placentaria.
- Problemas tiroideos.
- Poca estimulación, por separación de madre-hijo o imposición de horarios.
- Una vez se han descartado causas orgánicas, anatómicas o de agarre, se ha de recomendar a la madre el contacto piel con piel, para favorecer al máximo la estimulación.

6. PUNTO BLANCO O PERLA DE LECHE.

A simple vista, se aprecia un punto blanco, pequeño, brillante y nacarado, que se infla cuando mama el bebé y se desinfla después, y que se acaba convirtiendo en un pellejo blanquecino, luego costra y luego se desprende. Todo ese proceso dura aproximadamente entre 5 y 7 días. Duele mucho, como un escozor o quemazón agudo y penetrante.

Son los llamados puntos blancos, conductos obturados que pueden ser de origen traumático (por ejemplo, cuando el bebé cierra la boca fuerte y tironea la cabeza hacia atrás o intenta seguir con la mirada a alguien que pasa por delante sin soltar el pecho), o bien son causados por una alteración microbiana o infección de la mama.

Cuando la causa es traumática y el punto es muy exterior, se puede aplicar calor, a continuación levantar la capa superficial de piel con una aguja estéril y presionar para drenar el conducto obstruido. En cambio, cuando las perlas de leche son de origen infeccioso o inflamatorio suelen ser profundas y lo que asoma “sólo es la punta del iceberg”, por lo que pincharlas suele causar más dolor e inflamación. En este segundo caso, lo más recomendable es la realización de un cultivo bacteriológico.

7. MASTITIS.

Sus estudios pueden consultarse en: <http://www.ucm.es/info/probilac/> ESTO A BIBLIOGRAFIA

Los síntomas suelen ser dolor en el pecho o los pezones, con o sin heridas, con o sin cambios de coloración, con o sin fiebre, y el dolor no mejora mucho tras corregir la posición. Se refiere el dolor incluso punzante que atraviesa el cuerpo hasta la espalda. Pinchazos dolorosos, sobre todo coincidiendo con el reflejo de eyección (cuando la leche empieza a fluir y el bebé traga). Cuando hay infección, probablemente el bebé mame intranquilo, a disgusto y aumentando la fuerza de compresión para extraer la leche, lo que provoca más inflamación y dolor. También es posible que el bebé rechace el pecho más afectado, ya que la infección provoca una concentración del sodio y altera el sabor de la leche, que puede estar más salada. Es frecuente que una misma madre sufra este problema repetidamente en dos o más lactancias de diferentes hijos.

Muchas de estas afecciones comienzan con dificultades de mal agarre por anquiloglosia (frenillo lingual corto) o retrognatia (mandíbula inferior retraída).

Normalmente las mujeres que sufren infección debido a un problema mecánico como éstos mejoran sensiblemente cuando el problema desaparece (a raíz de cortar el frenillo, por ejemplo) pero algunas necesitan acabar también el tratamiento antibiótico para curarse.

En el caso de infecciones leves y moderadas, funciona —aunque de manera más lenta— la administración a la madre de probióticos como lactobacilos aislados de la leche materna, tomados tres veces al día. Los efectos se notan a partir de una o dos semanas de

administración

Mientras se consigue el diagnóstico y el tratamiento, se aconseja:

- Uso de discos aireadores, lo que ayudará a que, si se usa una pomada antibiótica, ésta permanezca más tiempo en la piel del pezón y de paso evitará el roce y el arrancamiento de costras al retirar los discos absorbentes. También existen a la venta en farmacias discos protectores de hidrogel para pezones dañados que pueden ser de utilidad en estos casos.
- Optimizar la toma usando la técnica de compresión del pecho.
- Una pezonera de tamaño adecuado puede ayudar a algunas madres con pezón plano o corto cuyos hijos tienen anquiloglosia o retrognatia, pues se alarga el pezón y el roce en el punto S (donde se junta el paladar duro con el blando), favoreciendo así una succión más eficaz.
- No aplicar la propia leche para curar los pezones, ya que en presencia de infección puede resultar contraproducente.
- Lavar muy bien las manos antes y después de amamantar.
- Cambiar a menudo los discos empapadores.

8. ENFERMEDADES DE LA MADRE QUE DEBAN SER TRATADAS CON MEDICAMENTOS.

En estos casos, es posible comprobar la compatibilidad o no de una medicación en la web www.e-lactancia-org donde se ofrece información veraz y actualizada de cada medicamento acerca de su compatibilidad clasificándolos en 4 grupos según sea más o menos compatible y ofreciendo, si lo hay, una alternativa válida en el caso de que ese medicamento no sea aconsejable.

9. CONFUSIÓN TETINA-PEZÓN. USO DE CHUPETE

Disfunción motora oral secundaria por el uso de chupete o biberón. Se produce cuando el niño modifica su patrón habitual de succión-deglución. Ocurre cuando se da al niño un chupete o biberón en las primeras semanas.

El niño es incapaz de extraer leche de manera adecuada en esta posición, por lo que cuando tiene hambre succiona con fuerza y está tiempo al pecho sin lograr saciarse. Esto favorece la ingurgitación mamaria. Además, con frecuencia puede producirse una erosión en la punta del pezón y una fisura circular en la base del pezón, muy dolorosas para la madre y que dificultan la extracción de leche.

Esto puede corregirse haciendo masajes con el dedo índice (pulpejo hacia arriba) en la boca del niño, ejerciendo presión sobre la lengua y retirando el dedo paulatinamente. Este ejercicio hay que repetirlo varias veces al día hasta lograr que la lengua del niño envuelva el dedo y sobrepase la encía inferior.

Para prevenir la disfunción que con frecuencia es difícil de corregir, mientras el niño no sea capaz de mamar, debe recibir leche de su madre con vaso, cuchara, jeringa o suplementador. No se deben dar chupetes ni biberones, como mínimo el bebé debe de tener 6-8 semanas de vida antes de ofrecer chupete.

10. BEBÉ ANSIOSO, BEBÉ POCO EXIGENTE, BEBÉ QUE RECHAZA EL PECHO.

Es importante aprovechar las primeras horas de actividad para conseguir que el bebé se agarre al pecho unas cuantas veces consecutivas. En la fase siguiente, de somnolencia, hay que instruir a los padres para que aprovechen los momentos de alerta para ponerlo al pecho, sin necesidad de esperar a que llore. Tener el bebé a su lado (alojamiento conjunto) le permitirá a la madre aprovechar estos momentos y detectar los signos iniciales (movimientos de la cabeza, de la lengua, de las extremidades, sonidos) de que puede querer cogerse al pecho, y que preceden al llanto. Si en este período el bebé duerme muchas horas seguidas (más de 3 o 4) sin manifestar ningún interés por cogerse al pecho, hay que aconsejar a los padres que intenten despertarlo con suavidad. Lo que suele dar mejor resultado (pero no siempre) es cogerlo, cambiarle el pañal, hablarle y aproximarle al pecho.

Algunos bebés presentan durante las primeras 36 horas períodos de llanto e irritabilidad que, a veces, no mejoran poniéndolos al pecho sino que incluso llegan a rechazarlo o se enfadan todavía más cuando se intenta. Hay que tranquilizar a las madres aclarando que este llanto o irritabilidad precoz no es por hambre, sino una forma de reaccionar de algunos bebés, de temperamento más irritable, probablemente como respuesta a todos los cambios sensoriales del postparto. Conviene explicarles que intenten calmarlos aumentando el contacto físico (la madre o el padre), eliminar exceso de estímulos sensoriales luz, ruido, olores y que intenten ponerlo al pecho cuando esté calmado o después de calmarlo. La ayuda del padre, de una abuela o de alguna persona del personal sanitario que sea capaz de calmar al bebé es fundamental para la madre.

11. FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS TOMAS APARENTEMENTE EXCESIVAS.

Como ya hemos comentado, el comportamiento al mamar de cada bebé puede ser muy diferente. Hay bebés muy tranquilos, que posiblemente pasarán más de 30 minutos en cada pecho las primeras semanas y que pidan muy a menudo, con lo que la madre se angustia porque pueda pensar que no es normal ese comportamiento o que su leche no sea “buena”, porque tenga presiones externas de amigos y familiares o porque la madre sienta que no puede hacer nada más que estar sentada amamantando. En estos casos, es necesario tranquilizar a la

madre y explicarle que es algo temporal y que con el paso de los días o semanas se irá regularizando. El uso de un adecuado sistema portabebé ergonómico (no las típicas mochilas comerciales) puede ser muy útil para permitir a la madre moverse, hacer cosas en casa o atender a hermanos mayores al tiempo que el bebé está mamando.

De todas maneras, deberemos asegurarnos de que ese tiempo excesivo en el pecho no es síntoma de que algo en la lactancia va mal, como por ejemplo una succión no efectiva que obliga al niño amamantar continuamente para conseguir saciarse. Se le preguntará a la madre si tiene dolor (muchas veces hay grietas y la madre las asume como algo normal), si el bebé hace deposiciones adecuadas, si aumenta de peso adecuadamente y se explorará la boca del bebé por si hubiera un problema anatómico.

12. PROBLEMAS ANATÓMICOS Y ENFERMEDADES EN EL BEBÉ QUE DIFICULTEN EL AGARRE Y LA SUCCIÓN: FRENILLO, RETROGNATIA, LABIO LEPORINO Y SÍNDROME DE DOWN **Frenillo lingual corto o anquiloglosia.**

Ante este problema consultar con el especialista.

(Este punto ha sido extraído y resumido de la web del grupo de apoyo Albalactancia y se puede consultar en <http://www.albalactanciamaterna.org/lactancia/frenillo-lingual-corto-anquiloglosia>)

a) Sd Down

Se puede obtener información en la siguiente dirección web:
<http://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/down.html>

13. CRISIS DE CRECIMIENTO O CRISIS DE LACTANCIA

En el transcurso de la lactancia se pueden dar situaciones en las que se produce un desajuste entre la oferta y la demanda de leche.

Todos los bebés las experimentan a edades similares, lo que nos permite esperarlas y estar preparados para sobrellevarlas, aunque cabe señalar que las fechas indicadas son aproximadas, y pueden variar en función de cada díada madre-hijo.

A los 17-20 días de vida:

Los bebés necesitan aumentar la cantidad de leche que fabrica la madre y la única manera que tienen de hacerlo -recordemos que el pecho fabrica en función de la demanda- consiste en multiplicar el número de tomas, en pegarse literalmente al pecho de la madre durante 3-4 días. Una vez logrado el objetivo, el niño volverá a hacer tomas más espaciadas y la lactancia retomará su curso normal.

A las 6-7 semanas de vida

En este momento también se produce un cambio en la composición de la leche, cuyo sabor

varía significativamente y de forma transitoria. La leche tiene un sabor más salado, y a algunos niños no les gusta el cambio. Al igual que en la crisis de los 17 días, una vez normalizada la situación, (lo que puede producirse al cabo de aproximadamente una semana), los niños recuperan el patrón de lactancia anterior a la crisis.

A los 3 meses

La crisis de los tres meses es a menudo el momento en que se inicia la suplementación con leche artificial y el abandono paulatino de la lactancia materna. La sensación de rechazo y de falta de leche se apodera de la madre, aunque en realidad lo que está ocurriendo es perfectamente superable si se entiende y se maneja de forma adecuada.

A los tres meses los bebés son expertos en el arte de la succión, y en una toma de escasos minutos pueden extraer toda la leche que necesitan. A partir de los tres meses se producen grandes cambios en su cerebro; las conexiones neuronales se multiplican a toda velocidad y su inteligencia, cada vez más desarrollada, les abre un mundo de sensaciones. Ahora quieren investigar todo el mundo que les rodea y se distraen con facilidad. Y la madre produce leche en la cantidad suficiente y el reflejo de eyección lo desencadenan en 2,2 min (hay que esperar para comer).

a. **Poco aumento de peso. Tablas de crecimiento**

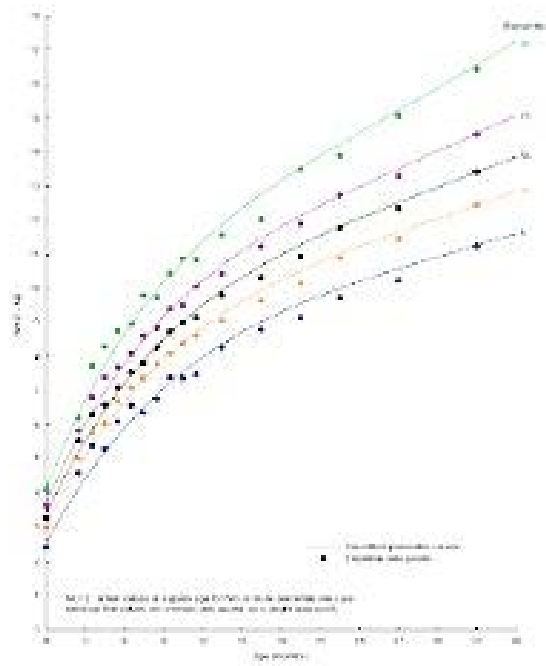
La preocupación por el peso es muy frecuente entre las madres lactantes, pero en la mayoría de los casos todo está funcionando bien y el niño está ganando adecuadamente. La OMS ha confeccionado gráficas a partir de niños alimentados óptimamente al pecho que son más adecuadas para valorar el crecimiento de los lactantes. Están disponibles desde abril de 2006 en: <http://www.who.int/childgrowth/en/>

Es necesario que las madres tengan claro que las gráficas se realizan a partir de datos estadísticos (son un “modelo estadístico”) por lo que la mitad de los niños normales están por debajo de la media. Es más importante la valoración clínica del niño: su aspecto, vivacidad, si moja 4-5 pañales diarios. Es más importante la velocidad de crecimiento que el peso en un momento determinado. También es importante que la madre sepa que la ganancia de peso de un bebé puede fluctuar entre valores mínimos y máximos que son completamente normales, para no generar angustia innecesaria.

Ganancias aproximadas según la AEPED:

0-6 sem 20 gr/día
<4m 100-200 gr/sem
4-6m 80-150 gr/sem
6-12m 40-80 gr/sem

Pasado el primer mes no es necesario pesar al niño cada semana, salvo circunstancias especiales por indicación del pediatra.



ANEXO 6. LA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO



ANEXO 7: LA ALIMENTACION Y CUIDADOS DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

- La dieta de la madre influye muy poco en la composición de la leche. Por supuesto, debe procurar tomar una dieta sana. No hay Alimentos prohibidos. Por supuesto, a algún niño concreto podría molestarle el sabor de algún alimento.
- La mujer debe beber la cantidad deseada de agua, normalmente dar de mamar produce mucha sed.
- Vitaminas y suplementos
Durante la lactancia en general no se necesitan suplementos de hierro (a menos que tenga anemia) ni de calcio.
Sí que es conveniente tomar suplementos de yodo, 200 microgramos al día. Las necesidades de yodo aumentan durante el embarazo y la lactancia, y sólo con la sal yodada no se cubren.
- Café: Haría falta tomar muchísima cantidad para que afectase al niño. Si el niño duerme muy poco, y la madre toma mucho café, mucho chocolate, mucha cola y mucho té, probar a pasarse al descafeinado.
- Evitar Alcohol, pasa a la leche.
- Dieta vegetariana, la estricta (y la dieta ovolactovegetariana, si no toma cada día abundante leche y huevos) no tiene vitamina B12. No hay ningún vegetal que contenga vitamina B12. El alga espirulina, el tempeh, el miso, la jalea real, la levadura de cerveza... NO tienen vitamina B12. Es muy importante tomar suplementos de vitamina B12 toda la vida; y es especialmente importante durante el embarazo y la lactancia. Se han producido problemas neurológicos graves, incluso la muerte, en hijos de madres vegetarianas o macrobióticas que no tomaban suplementos. Encontraremos amplia información, incluyendo dosis y marcas comerciales, en la Web de la [Unión Vegetariana Española](#).

HIGIENE.

- Es suficiente con la ducha diaria.
- Los pezones deben mantenerse lo más secos posible.
- Los primeros días se puede aplicar unas gotas de aceite de oliva o utilizar pezoneras de cera de abeja.

ANEXO 8. CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL SEGURO.

PROCOLO "PIEL CON PIEL SEGURO"

DEFINICIÓN: Colocación del recién nacido (RN) en contacto con la piel de la madre inmediatamente tras el parto, de forma mantenida durante las primeras 1-2 horas, hasta que haya realizado la primera toma al pecho.

BENEFICIOS: Recomendado por multitud de sociedades científicas y organizaciones de salud (AEPED, SEN, UNICEF, Ministerio de Sanidad, OMS, AAP, guías clínicas australiana, canadiense y británica...)

- Regulación de la temperatura corporal del RN (prevención de hipotermia neonatal)
- Regulación de la glucemia neonatal (prevención de hipoglucemia neonatal)
- Favorece el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva, y aumenta la producción de leche.
- Mejora el vínculo madre-hijo.
- Reduce el llanto del RN.

OBJETIVOS:

- Promover la unión madre-hijo y el contacto piel con piel seguro desde el paritorio
- Maternidad segura y centrada en la familia
- Establecer una adecuada lactancia materna temprana (mayor duración tasas de LM)
- Corregir los factores de riesgo de muerte súbita neonatal.

PROCEDIMIENTO:

- Información previa a los padres, y obtener su consentimiento.
- Ambiente adecuado, tranquilo e íntimo.
- Para RN de 35 semanas de gestación en adelante.
- Evaluación nada más nacer: Comprobar llanto, respiración, tono, coloración
- Si la evaluación es positiva, se procede al secado y estabilización sobre vientre materno (a nivel de la placenta). En caso contrario, se cortará el cordón y se llevará a mesa de RCP.
- Apgar 1' y 5'
- Pinzamiento tardío del cordón (60-90", o cuando deje de latir)
- Colocación adecuada de la madre y el RN tras el pinzamiento.
- Vigilancia del bienestar madre-hijo
- Primera alimentación al pecho
- Posponer procedimientos no urgentes (se realizarán a partir de las 2h vida.)
- Se suspenderá de inmediato si aparece contraindicación.

RECOMENDACIONES:

- Madre con capacidad para estar centrada en la realización del Piel con Piel, evitando las distracciones con dispositivos electrónicos o con las visitas.
- Supervisión continua de la diada madre-RN, por el acompañante y/o por el personal sanitario de puerperio.

- Se verificará la posición adecuada del RN durante el piel con piel: cabeza girada a un lado, cuello recto, boca y nariz descubiertos y bien visibles.
- Primera toma de pecho supervisada.
- Se ofrecerá el procedimiento aunque la lactancia elegida fuese la artificial.
- Se ofrecerá el procedimiento al padre en caso de que la madre no se encuentre disponible.

Hoja de valoración: La valoración del procedimiento corresponde al personal de enfermería de Puerperio en las primeras 2h de vida, y posteriormente al personal de Maternidad. Para ello, se realizará una hoja de valoración (“checklist”) para cada diada madre-RN.

Davanzo et al., 2015

- Informar al personal sanitario de actitud a tomar ante hallazgo anormal durante el piel con piel
- Informar a los padres de los factores de riesgo y su prevención
- Se extremarán las precauciones en horario nocturno.
- Se solicitará apoyo de personal cuando la presión asistencial impida la vigilancia de la diada madre-RN.

British Paediatric Surveillance Unit; Herlenius, 2013; Tsao, et al., 2012

RELEVANCIA DE CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES:

1/3 de los casos comunicados de las muertes súbitas neonatales en la primera semana de vida ocurren en las primeras 2h de vida. Otro 1/3 de los casos, entre las 2h-24h de vida.

El 50% de los RN fallecen, y la mitad de los que sobreviven padecen secuelas neurológicas graves.

En las series de casos comunicadas, se encuentran circunstancias comunes en los casos que son considerados factores de riesgo, susceptibles de evitar o aumentar la vigilancia.

FACTORES DE RIESGO (factores comunes en los casos comunicados):

Recién nacido:

- Posición prona o lateral durante el sueño.
- Cabeza cubierta del bebé.
- Intento de la primera toma de lactancia materna

Madre:

- Posición supina
- Primípara
- Obesidad
- Ausencia de supervisión de la diada madre-RN
- Cansancio, medicación intraparto (sedación, opiáceos, sulfato de magnesio), drogas
- Distracción parental con dispositivos electrónicos
- Colecho

CONTRAINDICACIONES:

- Ausencia de deseo materno/paterno
- Sedación, medicación materna o estado materno que impida la correcta atención al RN (incluye el consumo de tóxicos)
- Ausencia de supervisión de la diada madre-RN (ni por familiar ni por profesional)
- Apgar inferior a 7 a los 5 minutos.
- Líquido teñido
- RN con distrés respiratorio, o con signos de obstrucción de vía aérea superior (ronquidos, estridores...) o hipotonía.

ORGANIGRAMA HGUA:

1. Supervisión madre-RN en paritorio. Piel con piel precoz y seguro con vigilancia continua: enfermera-auxiliar de paritorio entrenadas en valorar y reconocer problemas en RN: “*Checklist*”
2. Amamantamiento seguro (primeros días de vida): *Ficha observación de la toma* (importancia de la supervisión de la primera toma y sobre todo en primíparas) Paritorio y Maternidad.
3. Posición correcta durante el sueño y las tomas: *Guía para padres*.
5. En Maternidad: se explicará los consejos a los padres en la primera visita, vigilancia tomas, evaluación RAPP...

≥35 sg



www.thenewbornbaby.com

- Cara del RN visible, nariz y boca descubiertos
- Cabeza del RN inclinada y girada hacia un lado
- Cuello recto, no doblado
- Hombros rectos contra la madre
- El bebé se encuentra pecho con pecho con la madre
- Se pueden sentir los movimientos torácicos y sentir la respiración
- La espalda se cubre con una manta
- Piel del bebé sonrosada y caliente
- Madre reclinada, no tumbada
- Ambos son supervisados mientras duermen

Evaluación RAPP

- Esfuerzo **R**espiratorio

FR
Ritmo de respiraciones
Signos de trabajo

- **A**ctividad

| | |
|------------------|---------------|
| Dormido | Alimentándose |
| Alerta tranquilo | Sin respuesta |
| Alerta activa | |
| Llanto | |

- **P**erfusión

Color piel (rosado, acrocianosis, pálido, gris, cianótico/azulado)

- **P**osición (factor clave en SUPC)

Cabeza
Cuello
Nariz y boca
Extremidades
Tono

Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact

Susan M. Ludington-Hoe, PhD, RN, CNM, CKC, FAAN; Kathy Morgan, BSN, RN, CKC, NNP-BC |
NAJNR, 2014;14(1):28-33.

www.medscape.com



BIBLIOGRAFÍA

La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP

M.T. Hernández Aguilar y J. Aguayo Maldonado

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

An Pediatr (Barc) 2005; 63(4):340-56

OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Informe de la Secretaría. Genève: 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002.

A55/15. Disponible en: <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF>

OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti. WHO. Florencia; 1990, que fue adoptada por la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.34).

Plan Europeo de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Asociación Iniciativa Hospital Amigos de los Niños.

UNICEF. Comité Español

2004

Iniciativa Humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. IHAN.UNICEF

10 Pasos para una Lactancia Feliz.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

OMS/UNICEF 1981.

Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism, and lifelong effect.

Cesar g Vitora et col for the Lancet series group 2016.

Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.2004

Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, et al. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *J Hum Lact.*2015;31(1):47-52.

Rodríguez López J, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar, MT. Revisores. IHAN [sede web].

Episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante el contacto piel con piel precoz.

HerleniusE, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *TransStroke Res.* 2013; 4: 236-247.

PejovicNJ, HerleniusE. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):680-688.

TachBT. Deaths and near deaths of healthy newborn infants while bed sharing on maternity wards. *J Perinatol.* 2014;34(4):275-279.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Downswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;16(5):CD003519