

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío

normativa de lactancia materna

Elaborado por
la Subcomisión
de Lactancia Materna

2014



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Secciones



COORDINADORA:
PILAR SERRANO AGUAYO

AUTORES:
ANA MARTÍNEZ RUBIO
BEATRÍZ LÓPEZ GARCÍA
ELENA DÍAZ SALIDO
CONCEPCIÓN ALVAREZ VAYO
ESPERANZA VILLALÓN RENDÓN
GEMMA MATILDE CALDERÓN LÓPEZ
ISABEL ARENILLA VÉLEZ
ISABEL DELGADO PECELLÍN
JOSEFA AGUAYO MALDONADO
MONTSERRAT IZAGUIRRE RODRÍGUEZ
PILAR SERRANO AGUAYO
ROSALÍA MANCHEÑO MORALES
SEBASTIEN MACORS
EVA ALFARO LARA

Anexos



Normativa de Lactancia Materna
ISBN - 10: 84-695-9601-2

INTRODUCCION

La promoción de la Lactancia Materna (LM) es una de las maneras más eficaces de mejorar la salud de nuestros hijos. Tiene también efectos beneficiosos para las madres, las familias, la comunidad, el sistema de salud y social, el medio ambiente, y la sociedad en general¹.

La protección, promoción y apoyo a la LM son una prioridad de salud pública porque:

- La LM es la forma natural de alimentar a bebés y niños pequeños. La LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida asegura un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Después de este tiempo, la LM, junto con una alimentación complementaria apropiada, sigue contribuyendo a la correcta nutrición, desarrollo y salud del lactante y el niño pequeño².

- La LM no es completamente apoyada y promovida. Muchas instituciones sanitarias y sociales proveen servicios que a menudo representan obstáculos a la iniciación y continuación de la LM. Como resultado, no todos los niños en nuestro medio consiguen este inicio ideal en la vida.

- Los bajos índices y el abandono precoz de la LM conllevan importantes implicaciones adversas sociales, para la salud para las mujeres, los niños y el medio ambiente, resultando un gasto mayor en recursos sanitarios y un aumento de las desigualdades en salud.

Lograr mejoras en la práctica e índices de LM (iniciación, exclusividad y duración) resultaría en: una mejoría en la salud de los niños y las madres, más padres seguros, satisfechos y contentos con su experiencia de lactancia; y personal sanitario con conocimientos mejorados y por lo tanto mayor satisfacción en su trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconociendo la gran importancia que tienen los servicios de maternidad en el éxito de la LM, y los obstáculos que a menudo existen en este entorno para la iniciación y continuación de la misma, hizo la declaración conjunta OMS/UNICEF “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural” y lanzó la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)” para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas basadas en la evidencia que protejan, promuevan y apoyen la LM exclusiva desde el nacimiento³. Posteriormente se han realizado otras acciones conjuntas en ese sentido, como el Plan Europeo de protección, promoción y apoyo a la LM⁴.

Este plan proponía como objetivo lograr que en el año 2010 el 50% de los hospitales universitarios o formativos estén acreditados con la designación IHAN, así como incorporar el cumplimiento de todos los criterios de la IHAN en las normas del sistema de acreditación de calidad de un servicio de maternidad. Así mismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, junto con varias

Secciones



asociaciones profesionales y científicas, elaboró en 2007 (Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud⁵) y 2010 (Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones Basadas en Pruebas y Buenas Prácticas⁶) que recogen las buenas prácticas para que los cuidados durante el parto y tras el mismo favorezcan la LM exitosa. La IHAN (“Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” que pasa a denominarse en 2009 “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”) se constituye como una herramienta de calidad, que comienza con una autoevaluación del propio centro, en la que se analizan las prácticas que se llevan a cabo y en como éstas afectan a la LM, para posteriormente hacer propuestas de mejora de las mismas, con el fin de mejorar la tasa de inicio y continuación de LM. Un sistema de evaluación externo acredita el nivel de calidad alcanzado.

Los objetivos de la IHAN son:

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la LM.
- Promover la LM exclusiva los primeros seis meses.
- Asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de fórmula artificial a los hospitales.
- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en posteriores estadios.

Las practicas mejoradas para una lactancia feliz, propuestas por la IHAN, llamadas “10 pasos hacia una lactancia feliz” son:

- 1 Disponer una **política por escrito** relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
- 2 **Capacitar** a todo el personal para llevar a cabo esa política.
- 3 **Informar** a las embarazadas de los beneficios de la LM y como realizarla.
- 4 **Ayudar** a las madres a **iniciar la LM** en la media hora siguiente al parto.
- 5 Mostrar a la madre **como se debe dar de mamar** al niño y como mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.

Anexos



6 No dar a los recién nacidos **más que la leche materna.**

7 Facilitar la **cohabitación** de la madre y el hijo 24 horas al día.

8 Fomentar la lactancia **a demanda.**

9 **No dar** a los niños alimentados a pecho chupetes.

10 Fomentar el establecimiento de **grupos de apoyo** a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los Centros sanitarios deben cumplir el [Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna](#) y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o a bajo precio.

Las madres que deciden alimentar artificialmente a sus hijos, habiendo recibido información sobre la alimentación infantil completa, correcta y óptima, deben ser respetadas en su decisión y deben conseguir toda la ayuda que necesiten para hacerlo eficazmente, así como recibir información experta sobre qué, cuando y como se debe administrar la alimentación artificial. Debido a que el vínculo y la nutrición implican mucho más que la simple alimentación, cualquier ayuda a las madres debe hacerse extensiva más allá de la alimentación, para asegurar el establecimiento de una relación óptima con el niño.

Esta política de lactancia, constituye el primero de esos diez pasos, y pretende ser el punto de partida para lograr los cambios adecuados en las prácticas de este centro para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

OBJETIVOS DE LA NORMATIVA DE LACTANCIA MATERNA

General:

- Promover iniciativas encaminadas a aumentar el inicio y duración de la lactancia materna.

Específicos:

- Proporcionar información adecuada y unificada a los profesionales sanitarios al cuidado de madres y niños sobre como promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

- Facilitar la adquisición de competencias por los profesionales sanitarios que permita alcanzar un nivel de calidad suficiente en la asistencia a madres y niños, como para que nuestro centro hospitalario sea acreditado por la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia)

Declaración de intenciones

Conociendo la importancia que tienen las prácticas de asistencia a las madres y a sus hijos en el mismo proceso del parto, primeros momentos tras el nacimiento, y primeros años de vida, sobre el establecimiento y mantenimiento de un vínculo sano y un apego seguro, este centro se propone cuidar dichas circunstancias con

Secciones



especial esmero, y proponer un modelo de atención a madres e hijos, que respete los derechos del niño, la carta de derechos del niño hospitalizado, con especial atención a no separar a madre-hijo, independientemente del tipo de alimentación que elijan, salvo circunstancias extremas que lo requieran, y de ser necesaria, será lo más breve posible, y habrá de ser obligatorio argumentarla sólidamente.

Este centro hospitalario se compromete a establecer de forma correcta la LM desde el primer día:

- Manteniendo juntos a las madres y sus hijos las 24 horas del día.
- Realizando la primera puesta al pecho lo antes posible después del parto.
- Facilitando el amamantamiento sin horario: cada vez que el niño quiera y hasta que no quiera más.
- Suplementando la lactancia materna solo por prescripción médica y bajo los supuestos científicamente justificados.
- Evitando los chupetes, tetinas, pezoneras
- Proporcionando información y apoyo a las madres, y solución a los problemas de lactancia que puedan presentarse.
- Rechazando publicidad directa o indirecta en el Hospital, sobre sucedáneos de leche materna y artículos que puedan poner en peligro la LM, y en general, respetando el “Código de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna” de la Organización Mundial de la Salud.
- Capacitando a los profesionales sanitarios implicados en la atención a madres y niños mediante cursos teórico- prácticos.
- Facilitando al alta un seguimiento adecuado en Atención Primaria y el contacto con los grupos locales de apoyo a la LM.
- Considerando a cada madre y su hijo una unidad inseparable, independientemente del tipo de alimentación que reciba el niño, y facilitando el contacto piel con piel.

Anexos



SECCION 1. POLITICA DE LACTANCIA EN AREA DE PARITORIO Y REANIMACION POSTANESTESIA

OBJETIVOS:

- Facilitar el inicio de la lactancia, en los primeros momentos de vida, sabiendo que son de importancia clave para el establecimiento y continuación de la lactancia materna.
- Favorecer el establecimiento del mejor vínculo posible entre cada pareja madre-hijo, aun no siendo la lactancia materna posible o elegida por la madre, reconociendo el papel clave de lo que ocurre en los primeros momentos en el establecimiento del apego madre-hijo.

AREA DE PARITORIO

ESTRATEGIAS PROPUESTAS:

1-Facilitar el amamantamiento en la primera hora tras el nacimiento, y proporcionar contacto piel con piel continuo, entre la madre y el bebé, hasta que finalice la primera toma.

Ello se asocia con:

- Establecimiento precoz de succión efectiva y conductas de alimentación
- Refuerzo de la relación madre-hijo
- Mejor control de la temperatura neonatal
- Mejor estabilidad de la glucemia neonatal
- Mejor estabilidad metabólica neonatal
- Aumento de los movimientos intestinales y menor riesgo de ictericia neonatal
- Liberación materna de oxitocina, con repercusión en mayor contracción uterina, eyección de la leche e interacción madre-hijo
- Refuerzo de la habilidad del niño para organizar su estado y modular su sistema motor

Los procedimientos de rutina, tales como administración profiláctica de vitamina K, pesar al bebé, etc. pueden interrumpir la interacción madre-hijo y retrasar la lactancia, por lo que se recomienda sean demorados hasta la finalización del periodo recomendado de contacto piel-piel de dos horas.

Se desaconseja lavar a los recién nacidos, así como aspirar sus vías respiratorias, o realizar sondaje nasogástrico de modo rutinario.

El contacto piel con piel, es también muy aconsejable para mujeres que no van a amamantar, puesto que sus beneficios son muchos otros, independientemente de los relacionados con el logro de la LM.

En nuestro centro se ha elaborado un “Protocolo contacto piel con piel precoz en el parto y nacimiento de bajo riesgo”, disponible a través de las Unidades de Ginecología, Obstetricia y Patología Mamaria, y de Neonatología.

Secciones



2- Asistir a la madre y al bebé en conseguir una posición cómoda y un agarre efectivo.

Tras el parto, la posición más favorable y confortable es la de madre recostada parcialmente hacia atrás, sin estar totalmente tumbada, y el bebé sobre ella bocabajo, situando su cabeza entre los pechos de la madre. No es recomendable forzar al bebé a tomar el pecho. Los recién nacidos, tras el parto, están en situación de alerta tranquila, un momento importante para la toma de contacto y el reconocimiento de su madre. Por sí solo, reptará sobre su madre y acabará encontrando el pezón, y lo tomará, él solo, sin necesidad de intervención por parte del personal ni de la madre. Ello suele ocurrir en algún momento durante las dos primeras horas de vida. El objetivo no es únicamente que tome el pecho, sino que desarrolle todas las conductas que se desencadenan naturalmente en este momento único de la vida de la pareja madre-hijo. Es recomendable no intervenir, y tan solo decir a la madre que el bebé sabe hacer, y basta con que ella cuide de sostenerlo para que no caiga, sin impedir sus movimientos espontáneos de reptación y búsqueda. Estas conductas innatas de los recién nacidos, contribuyen al establecimiento de un vínculo sano y seguro con la madre, por lo que es recomendable facilitar que ocurran en cada pareja madre-hijo, independientemente del tipo de alimentación que tengan previsto llevar a cabo.

3- Mantener a madre y bebe juntos todo el tiempo, desde el momento del nacimiento, y durante el traslado a planta de hospitalización.

Anexos



lactancia materna

AREA DE REANIMACIÓN POSTANESTESIA

Las madres que han de pasar un tiempo en la **sala de reanimación postanestesia**, se benefician igualmente del contacto precoz y estrecho con sus hijos. Una vez la madre esté despierta, en el caso de que haya recibido anestesia general, o si simplemente está en esta sala para observación, puede tener a su bebé en contacto piel con piel. A este efecto, es recomendable adoptar las medidas necesarias en la sala que permitan la mayor intimidad posible en tales circunstancias, y la presencia de la persona que la madre elija, para asistir a la madre en su contacto con el bebé.

Cuestiones prácticas a resolver:

- Los cables de monitorización de la madre.
- Extremidades superiores de la madre libres para sostener al niño en contacto estrecho.
- La disponibilidad de personal para atender a niño y madre en los primeros momentos.
- El mantener el contacto durante la primera hora posterior a la cesárea.

Los cables de monitorización materna se colocarán desde el principio, no encima del tórax, sino en los hombros y parte lateral izquierda del pecho, externamente a la mama izquierda.

Para asegurar que la mano de la madre que se pueda liberar para sujetar a su hijo sea la dominante, siempre que sea posible, la vía de acceso venoso estará colocada en la mano no dominante.

Es conveniente asegurar que alguien permanezca junto a la madre para ayuda y vigilancia. Si no es posible que algún personal sanitario esté presente, puede contarse con el padre o persona elegida para asegurar la estabilidad de madre y niño.

En caso de no ser posible el contacto piel con piel de la madre y su recién nacido, por las circunstancias que sean, y mientras se resuelve dicha situación, la segunda mejor opción es que el recién nacido permanezca en contacto piel con piel con su padre o persona que la madre elija.

OBJETIVO GENERAL

Llevar a la práctica todas aquellas acciones que faciliten la protección, promoción y apoyo a la LM en el área de puérperas de nuestro Hospital.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aplicar los “diez pasos para una lactancia feliz o exitosa” de acuerdo con UNICEF/OMS, descritos en la Introducción de este documento.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

1-Recoger historia sobre lactancia. Conversar con la madre acerca de su deseo de amamantar, sus experiencias previas, la información y creencias de que dispone y el apoyo con que cuenta. En caso de que no desee amamantar, explorar respetuosamente los motivos, por si dependen de problemas a los que se puede ofrecer solución. En caso necesario, hacer sugerencias que puedan promover una lactancia exitosa, dando información adecuada ante conceptos equivocados, información o impresiones erróneas acerca de la alimentación al pecho.

2-Verificar que la madre ha iniciado en paritorio el contacto piel con piel con su hijo y/o la LM. En caso negativo, iniciarlo lo más pronto posible. También en caso de cesárea.

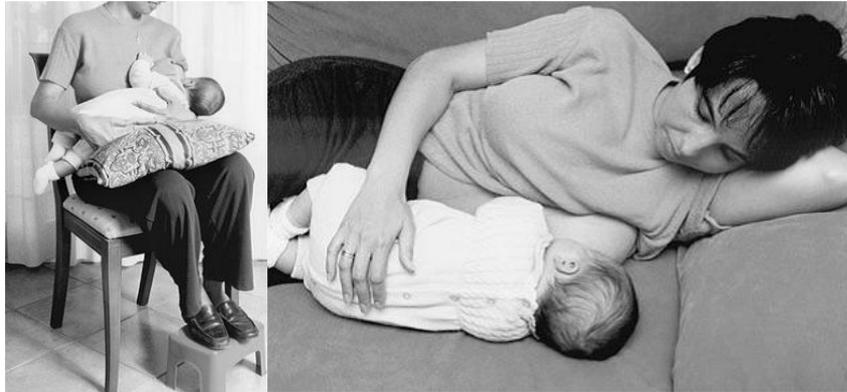
3- Si tras evaluación de la toma, se considera adecuado, se asistirá a la madre y al bebé para lograr una posición (del cuerpo) cómoda y un agarre (de la boca) efectivo. La transferencia eficaz de la leche ocurre cuando la posición (del cuerpo) y el agarre (de la boca) son adecuados. La posición que mejor facilita el agarre correcto puede variar según cada mujer y bebé. Una posición y agarre adecuados minimizan la inflamación y el trauma del pezón, y por tanto el dolor y la aparición de lesiones (grietas, úlceras)

4- Observar al menos una toma cada 8 horas durante la estancia hospitalaria, por personal con conocimientos y habilidad en lactancia, y anotar en historia de la madre mediante la hoja de “observación de una toma” (Ver anexo E, página 50).

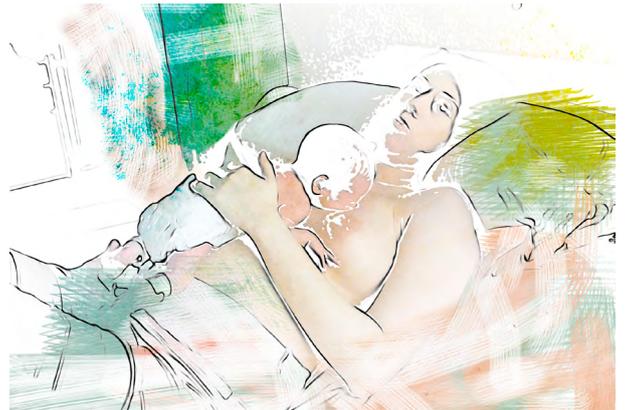


Observar en el niño signos de posición (del cuerpo) eficaz. *Hay dos tendencias*

1 Agarre dirigido por la madre: el niño bien apoyado, vuelto hacia la madre y situado a la altura de su pecho.



2 Agarre dirigido por el niño: el niño bien apoyado, y situado bocabajo entre los pechos de la madre, que está inclinada hacia atrás, no totalmente horizontal. Más detalladamente, la de madre recostada parcialmente hacia atrás, sin estar totalmente tumbada, y el bebé sobre ella boca abajo, situando su cabeza entre los pechos de la madre. No es recomendable forzar al bebé a tomar el pecho. En esta posición, los bebés están tranquilos y en algún momento deciden tomar el pecho, para lo que ellos solos, con la sola sujeción para evitar que caigan, reptaran hasta el pecho y harán una toma. Conviene que la madre y el bebé estén sin ropa, o con algo que los cubra a los dos (sábana o manta p ej.), ya que el contacto piel con piel, facilita que el bebé esté dispuesto a mamar por sí mismo.





Observar en el niño signos de agarre (de la boca) eficaz.



- Boca bien abierta
- Labios evertidos
- La barbilla contacta con el pecho
- Agarre es asimétrico (hay más areola visible por encima de la boca del bebé que por debajo)

Observar en el niño signos de transferencia de leche.

- Patrón de succión/deglución/respiración con ritmo sostenido, con pausas periódicas de descanso.
- Se escucha la deglución que hace el bebé
- Los brazos y manos del bebé se van relajando a lo largo de la toma
- La boca del bebé está húmeda al final de la toma

Observar en la madre signos de transferencia de leche.

- La mama se va ablandando a lo largo de la toma
- Relajación y somnolencia
- Sed
- Contracciones uterinas y aumento del flujo de loquios durante o tras la toma.
- Goteo de leche del otro pecho mientras el bebé mama.
- Tras la toma el pezón aparece elongado pero no aplastado.

5-Mantener ambiente tranquilo para lactar. Las madres suelen sentirse cohibidas ante personas que miran. Es importante preservar la intimidad de cada madre con su recién nacido. A veces las visitas no son una ayuda, pero con la orientación adecuada pueden serlo. Es recomendable mantener un control de las visitas (pocas personas y poco tiempo) e informarles de la importancia de preservar la intimidad de estas madres. Así como hacer sugerencias a las madres para lograr que las visitas sean una ayuda en lugar de un obstáculo (por ejemplo que parte del tiempo de visita lo empleen en ayudar con tareas domésticas, que las visitas de cortesía sean breves)

6- Enseñar a las madres a reconocer y responder a las señales precoces de hambre, y confirmar que el bebé está haciendo al menos 8 tomas al día a partir de las 24-48 horas (si el alta se produce antes, advertir a la

lactancia materna



madre sobre número mínimo de tomas).

Las señales precoces de hambre incluyen:

- Movimientos de succión
- Ruidos de succión
- Movimientos de mano a la boca
- Movimientos rápidos de los ojos
- Sonidos de arrullo o susurro
- Inquietud

El llanto es una señal tardía de hambre y puede interferir con el amamantamiento eficaz. Es mejor no esperar tanto, y ofrecer el pecho cuando el niño muestra señales precoces de hambre.

7- Confirmar que la madre entiende el funcionamiento de la lactancia y de la producción de leche, especialmente el papel de drenar el pecho con frecuencia. Es importante que la madre sepa que a mayor succión del bebé, mayor producción de leche; que la cantidad de leche se adecua a la succión, y que no necesita más cantidad de leche que aquella que su hijo requiere. Los chupetes, tetinas y darle al bebé otros líquidos o alimentos son una interferencia a la producción de leche. También lo es la lactancia con restricciones de tiempo. Cuanto más amamante al bebé, más leche tendrá. No hay que esperar a que el pecho “se llene”, puesto que la leche se produce también durante la toma, no solo se cuenta con la que se acumula entre tomas. No es conveniente ni útil tomar alimentos ni productos dietéticos a los que se atribuyen propiedades de aumentar la producción de leche. No sirven para nada y pueden ser un obstáculo a la lactancia. Se ofrece un pecho y hasta que el bebé lo suelte por sí mismo no se ofrecerá el segundo (suelen ser 15 a 30 min.). Algunos niños solo toman un pecho cada vez porque no necesitan más.

8- Confirmar que la madre conoce cómo despertar a un bebé dormilón y sabe reconocer las señales de alarma, cuando el bebé no toma suficiente leche (las contrarias a señales de lactancia efectiva que se describen más adelante). Se recomienda ofrecerle el pecho cuando muestre señales precoces de hambre, o al menos asegurar que hace 8 tomas cada 24 horas.

Las estrategias para despertar a un bebé incluyen:

- Quitar las mantas y coberturas que lo tapan
- Cambiarle el pañal
- Ponerlo en contacto piel con piel con la madre (Muy útil. A veces tardan un poco. Puede que empiecen a mamar aparentemente dormidos)



- Masajear suavemente la espalda abdomen, brazos o/y piernas del bebé.

9-Evaluar en madre y bebé las señales de lactancia efectiva, e intervenir si la transferencia de leche es inadecuada.

Los signos de lactancia efectiva en el niño incluyen:

- Pérdida del peso de nacimiento menor del 7 % (procurar que sea la misma báscula y condiciones del niño)
- Al menos 3 deposiciones en 24 horas, después del primer día de vida
- Al menos tres micciones al día desde el 4º día, claras o amarillo pálido
- Bebé satisfecho tras las tomas
- Deglución audible durante las tomas
- No sigue perdiendo peso después del tercer día
- Ganancia de peso a partir del 5º día
- Peso de nacimiento recuperado en el 10º día

Los signos de lactancia efectiva en la madre incluyen:

- Aumento observable de firmeza, peso, tamaño de las mamas y aumento observable del volumen de leche en el 5º día
- Pezones sin lesiones
- Las mamas aparecen menos llenas tras la toma

Si no se observa lactancia efectiva en las primeras 24-48 horas:

- Reevaluar técnica de lactancia (posición, agarre, signos de transferencia de leche en la madre y el niño)
- Si persiste el problema, y la pérdida de peso supera el 7%, iniciar expresión de leche (manual o con bomba) para administrársela al niño. Si no se dispone de leche de la madre, se puede suplementar, en orden de preferencia: leche pasteurizada de donante, fórmula artificial
- Retrasar el alta hospitalaria hasta que se asegure lactancia efectiva.
- Remitir a la madre y al niño a un profesional de la salud con experiencia en lactancia (consultora de lactancia certificada (IBCLC), médico, enfermera, matrona)
- Asegurar valoración del niño por profesional de Atención Primaria inmediatamente tras el alta hospitalaria.

10- Evitar el uso de chupetes, tetinas y suplementos (glucosados, fórmula artificial, infusiones) salvo que estén medicamente indicados (Ver anexo A, pagina 35).



lactancia materna

11-Identificar factores maternos e infantiles que pueden comprometer la habilidad de alguno de ellos para un amamantamiento eficaz, y proporcionar asistencia y seguimiento adecuados.

Factores de riesgo del niño, incluyen pero no se limitan a:

- Intervenciones o trauma obstétrico (incluyendo el uso de oxitocina intraparto)
- Menos de 38 semanas de gestación
- Habilidad inconstante para mantener un agarre efectivo
- Succión ineficaz
- Somnolencia persistente o irritabilidad
- Largos intervalos entre tomas (más de tres horas)
- Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia
- Pequeño o grande para la edad gestacional
- Frenillo sublingual corto
- Nacimiento múltiple
- Déficits neuromotores
- Anomalías cromosómicas
- Anomalías maxilofaciales (p ej. labio leporino o paladar hendido)
- Enfermedades agudas o crónicas (p. ej. cardiopatías)
- Uso de chupete o tetinas.

Factores de riesgo maternos, incluyen pero no se limitan a:

- Dificultades con lactancias anteriores
- Intervencionismo en el parto
- Separación madre-hijo
- Ausencia de cambios prenatales en las mamas
- Pezones dañados, con grietas o sangre
- Plétora o ingurgitación mamarias que no se alivian
- Dolor de mama persistente
- Percepción materna de leche insuficiente
- Enfermedad aguda o crónica
- Uso de medicación por parte de la madre
- Anomalías de pezón o mama
- Cirugía o traumatismo mamario
- Algunas alteraciones hormonales

12- Identificar posibles contraindicaciones a la lactancia materna (Ver anexo A, pagina 34).

13- Si está medicamente indicado, proporcionar nutrición para el bebé usando un método de suplementación que tenga poca probabilidad de comprometer la transición a lactancia materna exclusiva (vasito, cucharita, etc)



14- Se proporcionará a las **madres con cesárea** el apoyo necesario para que su hijo permanezca a su lado y ayuda extra para iniciar y mantener la lactancia materna.

15- Confirmar una **cita para el bebé en atención primaria en los 5 a 7 primeros días** tras el nacimiento.

16- Proporcionar **materiales adecuados de educación en lactancia materna a cada madre.** Se entregará folleto elaborado por nuestro centro "Folleto informativo para madres y familias sobre lactancia materna" (Ver anexo H página 61) asegurándose que la madre lo entiende. Si no es así, se deben dar las explicaciones adicionales oportunas para que la madre entienda esa información. En caso de que la madre haya optado por lactancia artificial, o ésta esté indicada, se le entregará el "Folleto informativo para madres y familias sobre lactancia artificial" (Ver Anexo J, página 70). No debe entregarse el de lactancia artificial a madres que han optado por lactancia materna.

17- **Incluir e implicar a otros miembros de la familia, o personas significativas, en la educación sobre lactancia materna.**

18- Proporcionar **guía anticipada para los problemas más comunes de lactancia materna** (cómo identificarlos, corregirlos, dónde conseguir ayuda...) (Ver anexo F página 52 "Problemas más comunes de lactancia materna").



19- Confirmar que las madres comprenden las conductas normales de los bebés amamantados y tienen expectativas realistas respecto al cuidado del bebé y el amamantamiento (principalmente que es muy probable que el bebé necesite el 100 % de su tiempo en las primeras semanas, que tomarlo en brazos lo suele calmar y no lo malcría, que puede ofrecer el pecho siempre que quiera sin temor a empachar al niño, que le será útil obtener ayuda con las otras tareas, que es probable que el niño se despierte varias veces por la noche, que le será útil dormir cuando el bebé duerma, y meterlo en su cama con las medidas de seguridad oportunas...)

Las madres han de saber que es normal:

- Que un niño haga entre 8 y 12 tomas en 24 horas, sin ritmo fijo. A veces maman muy seguido, para en otro momento espaciar un poco más las tomas. Algunos maman cada hora durante 2 a 6 horas y luego duermen un rato largo; otros cada 2-3 horas tanto de día

como de noche.

- Como promedio los niños maman 15 a 20 minutos en cada pecho, algunos algo más, y a veces quedan satisfechos con un solo pecho.
- Que los niños dormilones necesitan ser despertados hasta que se establezca un patrón de ganancia de peso adecuado.

Deposiciones y micciones

- Al menos tres deposiciones al día a partir del primero, con cambios de color apropiados (del negro del meconio al amarillo para el 4º día)
- Al menos 6 micciones en 24 horas con orina pálida, a partir del 4º día.

Cambios de peso

- Pérdida menor del 7% en la primera semana
- Recuperación del peso de nacimiento a los diez días
- Ganancia de entre 20 y 35 g al día, una vez superada la pérdida inicial, y hasta el tercer mes. Después puede ganar menos peso.

20-No se permite en todo el recinto del centro hospitalario publicidad de ningún tipo, pero especialmente de sustitutos de leche materna o artículos relacionados (chupetes, biberones etc.). Igualmente no se permite publicidad sobre medicamentos o alimentos que supuestamente aumentan la producción de leche.

21- Explicar cómo hacer la extracción manual de leche a todas las madres. Aquellas separadas de sus bebés recibirán apoyo extra, proporcionándoseles bomba extractora, información de cómo estimular el pecho, extraerse la leche, la leche extraída se enviará al niño, mediante el circuito adecuado (*Ver anexo C de extracción de leche materna, página 40*).

22- Se facilitará información acerca de los grupos de apoyo a la lactancia materna, su utilidad, y el modo de contactar con ellos (*Ver sección 8*)



SECCIÓN 3. POLITICA DE LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL:

Promocionar y facilitar la lactancia materna de la forma más extensa posible en la Unidad de Gestión Clínica de Neonatología (UGC_NN) del Hospital Virgen del Rocío.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apoyar a las madres en su deseo de amamantar a su hijo.
- Animar a las mujeres a la realización del inicio precoz de la extracción de leche materna, en caso de que sus hijos no puedan ser amamantados en los primeros momentos.
- Mantener la producción de leche materna en las situaciones de los pacientes neonatales que son hospitalizados y que no pueden, de manera transitoria, realizar la toma directa al pecho.
- Procurar las condiciones más favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible, también para los recién nacidos enfermos o prematuros.
- Estimular la producción, mantenimiento y extracción de la leche materna en las madres de los niños prematuros, con especial atención a la gran prematuridad, animando a las madres a la extracción periódica de leche materna, siendo muy cuidadosos durante todo el tiempo que transcurre hasta la primera toma de leche al pecho, cuidando la transición de alimentación de sonda a pecho y estimulando la succión no nutritiva junto con el contacto directo piel con piel.
- Garantizar criterios de calidad y seguridad en todo el circuito del procesamiento de extracción, conservación, mantenimiento y administración de la leche materna.
- Aplicar los diez pasos de la Iniciativa Humanización al Nacimiento y la lactancia (IHAN) establecidos por la OMS/UNICEF.
- Llevar a la práctica todas aquellas acciones que faciliten la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en el área de Neonatología.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS:

1- Trabajar bajo el marco de referencia de los Cuidados Centrados en el Desarrollo del niño y su familia.

En este entorno, la lactancia materna se entiende como una de las claves de la humanización de la atención perinatal y del respeto a la fragilidad de nuestros pacientes.



Tratar a las madres con sensibilidad, empatía y respeto, reconociendo su papel como cuidadoras principales.

2-Facilitar una Unidad de puertas abiertas a los padres y familiares más directos.

Facilitar la permanencia de los padres con su hijo las 24 horas del día, dando a conocer los beneficios que esto reporta en el bienestar de su hijo recién nacido. Todo el personal de la Unidad debe de ser facilitador de dicho proceso, respetando el entorno y propiciando la estancia de los padres junto a sus hijos

3- Informar a todas las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, con especial atención en los neonatos enfermos y en la prematuridad.

En el momento del ingreso, tras informar a los padres sobre la situación clínica del recién nacido, se preguntará a la madre si desea recibir información sobre lactancia materna, así como se explorará si existe alguna contraindicación según los criterios del Manual de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

Una vez confirmada la decisión y la intención de lactar por parte de la madre, el personal de enfermería junto con el médico responsable del paciente, proporcionarán información reglada y el plan de actuación individualizado para cada madre, sobre los siguientes aspectos generales: cuándo y cómo empezar a estimular la extracción de leche materna, las medidas de higiene recomendadas, el aprendizaje de la extracción manual, así como técnicas de masaje previa a la extracción de la leche, cómo realizar la extracción en casa y en el hospital, cuáles son los cuidados y medidas de higiene en relación a limpieza del sacaleches, frecuencia de las extracciones, conservación y transporte de la leche, lactancia y medicamentos, cuándo solicitar ayuda.

Como complemento de la información recibida, se entregará a todas las madres que opten por la alimentación con leche materna, un documento con dicha información por escrito. (*Ver anexo C página 40, "Extracción y conservación de la leche materna"*).

Esta información se reforzará en las sesiones de la Escuela de Padres (Taller de LM) y en el Plan de Acogida de la Unidad.

Publicación en la Sala de Estar para Padres de documentos promocionales de la LM.

Se creará una Consulta de LM con agenda abierta, a demanda y reglada, para ayudar a solucionar los problemas con la lactancia.

Permitir una elección informada del tipo de alimentación que los padres desean para su bebé, respetando su decisión.

4- Favorecer el inicio precoz de la LM.

Facilitar el contacto "piel con piel" y el método canguro, debido a los beneficios de esta intervención, que favorece tanto el inicio como la duración de la lactancia. Sabiendo que además mejora la estabilidad física y emocional de los lactantes y de sus madres.

Inicio precoz de la succión si el niño está estable, dando apoyo a la madre. Comenzar con la LM a demanda tan pronto como sea posible.



Fomentar la LM sin restricciones.

No dar a los recién nacidos ningún suplemento salvo prescripción médica.

Ayudar a la instauración precoz de la extracción de leche en las primeras seis horas tras el parto y su mantenimiento, estableciendo mecanismos de colaboración con el personal de la planta de puerperio.

5- Promocionar la LM a demanda.

Facilitar la permanencia de la madre y el contacto “piel con piel”, mediante la disponibilidad de sillones cómodos a pie de incubadora.

En caso de necesidad, utilizar métodos alternativos a las tetinas para niños alimentados a pecho.

Se pueden ofrecer chupetes para aliviar el dolor y el estrés, así como para favorecer la succión no nutritiva mientras se alimenta por sonda si no está la madre. Cuidar la espera mientras los niños no se pueden alimentar directamente al pecho.

Realizar y registrar la “Observación de una toma” (Ver anexo E, página 50) como método para detectar posibles problemas con la técnica de LM.

Fomentar una actitud de empatía y respeto hacia la madre lactante, colaborando con ella para resolver sus dudas y necesidades.

6- Evaluar periódicamente todo el sistema: Procesamiento de leche de la propia madre y gestión clínica en lactancia materna.

Se diseñarán indicadores de calidad de la LM, así como un sistema de monitorización de estos indicadores.

De la misma forma, se incluyen en los acuerdos de gestión objetivos relacionados con la lactancia materna, así como líneas de mejora. En los Mapas de Competencias de los profesionales de la unidad se incluyen acciones de buenas prácticas relacionadas con la lactancia materna.

7- Diseñar e implantar el Protocolo de lactancia artificial y suplementos.

En caso de que la madre tome la decisión informada de alimentar a su hijo con lactancia artificial, será tratada con respeto.

Cumplimiento del “Código de Comercialización de sucedáneos de leche materna”.

Crear un Protocolo de Indicaciones, Prescripción y Administración de leche artificial y suplementos “, según el documento “Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna” (Ver anexo A página 34).

Utilización de métodos alternativos a las tetinas para administrar suplementos prescritos en niños alimentados a pecho.

8. Facilitar la formación en lactancia materna para todos los profesionales de la unidad de Neonatología.



lactancia materna

El entrenamiento y formación continua de los profesionales se está realizando de forma reglada con los criterios de las actividades formativas del Proyecto de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Se ha establecido como uno de los objetivos de la unidad, el mantenimiento de la capacitación de todo el personal, incluido el de nueva incorporación, en la formación adecuada y actualizada en LM.

Incluir la Política de Lactancia Materna, así como las buenas prácticas relacionadas con la lactancia, en la página web de la unidad, de acceso libre para todos los profesionales.

9- Cumplir el “Código de comercialización de sucedáneos de leche materna”.

Dar a conocer las normas de cumplimiento del código ético de comercialización de sucedáneos de la leche materna, donde se realiza especial énfasis en la prohibición de la publicidad de leches artificiales para lactantes. Para ello se ha de contar con un apoyo explícito de la dirección del centro así como con la UGC de farmacia hospitalaria. *(Ver anexo B página 38).*

10- Asegurar la seguridad en el procesamiento de leche de la propia madre.

El proceso asistencial del procesamiento de la leche materna se enmarca en lo que denominamos Circuito de Seguridad de Leche de la Propia Madre. Para mejorar el circuito de seguridad se propone revisar y mejorar la estructura, los procesos y la actividad que conlleva todo su desarrollo. *(Ver anexo I página 70)*



SECCIÓN 4. POLITICA DE LACTANCIA MATERNA EN ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER

OBJETIVO GENERAL

- Llevar a la práctica todas aquellas acciones que faciliten la protección, promoción y apoyo a la LM a mujeres lactantes que consulten en el área de urgencias del Hospital de la Mujer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ofrecer respuesta y ayuda a las madres que consultan en urgencias, sea por motivos de lactancia o no, contemplando siempre la protección, promoción y apoyo a la LM, que suele ser posible en la mayoría de los casos.

- Evaluar la LM en toda mujer lactante, tanto si el motivo por el que consulta está relacionado con la LM como si no, para detectar, prevenir y en caso necesario, dar respuesta a dificultades con la LM de las que la madre no ha hablado.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

1-La valoración que se realiza a toda madre lactante que consulta en urgencias incluirá evaluación de la LM, con búsqueda específica en la anamnesis y exploración de presencia de dolor en pezones o mamas, lesiones, número de tomas y duración aproximada de las mismas, micciones y defecaciones del niño, ganancia de peso, uso de suplementos de líquidos o fórmula artificial, uso de tetinas o chupetes, soporte familiar y del entorno a la LM. Se harán las orientaciones adecuadas a la madre, en caso necesario. Esta evaluación genérica de la lactancia permite tratar o prevenir problemas antes de que adquieran dimensiones mayores.

2-En el (anexo F, *página 52*) se describen someramente los problemas de lactancia más comunes, y un resumen de su manejo clínico. Para descripciones más detalladas, se sugiere al profesional sanitario, que, si lo requiere, consulte textos clínicos específicos de LM

3- osición inadecuada del bebe al pecho y un agarre deficiente. Por ello es necesario hacer una evaluación de la toma (ver Hoja de evaluación de una toma. (Anexo E, *página 50.*)



RECUERDE:

Ante una madre lactante en urgencias, independientemente del motivo de consulta, se deben realizar las siguientes acciones:

- Hacer una historia de lactancia.
- Evaluar una toma (*Ver anexo E, página 50*)
- Informar a la madre que puede continuar amamantando a su bebé, salvo que exista una contraindicación específica de lactancia materna (*Ver anexo A, página 34*)
- Ofrecer analgésicos para tratar cualquier dolor.

Ante dudas de actuación y manejo: contactar con personal formado para ofrecer ayuda al respecto.

- Consultar la compatibilidad de fármacos con la LM (*Ver anexo D, página 40*).
- No dejar de tratar la afección de la madre por ser lactante, sino buscar la compatibilidad de fármacos con lactancia, y en caso de haber incompatibilidad, buscar las alternativas más seguras. Si no las hay, y la madre requiere un tratamiento incompatible con la lactancia, proporcionarle información sobre como extraerse la leche y descartarla temporalmente, para mantener la producción mientras no sea posible amamantar a su hijo
- Recomendar a la mujer que contacte con el profesional de referencia en lactancia en atención primaria lo antes posible para hacer un seguimiento de su proceso.



SECCION 5. POLITICA DE LACTANCIA MATERNA EN OBSERVACION-URGENCIAS Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL INFANTIL

ESTRATEGIAS PROPUESTAS OBJETIVOS

1-Promover, promocionar y apoyar la lactancia materna en madres e hijos que acuden al Servicio de Urgencias y/o tienen hospitalizado a su hijo.

2-Facilitar que todos los niños amamantados que son atendidos Urgencias o son hospitalizados puedan continuar con LM durante la estancia en el hospital y después del alta:

- Proporcionando a los padres la información necesaria para que puedan continuar con la LM durante la estancia en el hospital y después.
- Procurando los medios organizativos necesarios para mantener la LM en caso de ingreso hospitalario del niño

1. Registrar en la historia clínica el tipo de alimentación que recibe el niño (LM, lactancia artificial o mixta, alimentación complementaria y de qué tipo)

2. Hacer una historia clínica de LM a los niños que estén siendo amamantados, independientemente del motivo de consulta (sea relacionado con la alimentación o no).

3. Valorar si la técnica de LM y la ingesta de leche está siendo adecuadas, y dejarlo registrado en su historia clínica. Para ello se recomienda poner atención a:

A- Signos de una hidratación adecuada.

- Fontanela normotensa
- Mucosa oral hidratada
- Cambio de pañal con orina al menos 4-6 veces/día
- Al menos tres deposiciones al día entre el 5º día y el mes de vida. (A partir del primer mes, las deposiciones pueden producirse solo cada varios días o semanas, siendo este patrón de defecación normal en niños con LM exclusiva)
- Niño tranquilo y satisfecho tras las tomas

Valoración ganancia adecuada de peso.

- Niños de 0 a 6 semanas (contando desde el peso más bajo)al menos 140 g/semana



- Niños menores de 4 meses, 100-200g/semana
- Niños de 4-6 meses, 80-150g/semana
- Niños 6-12 meses, 40-80 g/semana (a partir de los 9 meses el peso puede estancarse, incluso algunos niños pierden un poco, y es normal)

B.- Estado del pecho de la madre

La presencia de dolor de pezones, grietas, ingurgitación, mastitis, o alguna otra afección de la mama, deber ser correctamente diagnosticada y tratada. (Ver anexo F, página 52.)

C- Observación de la toma (Ver hoja de observación de una toma anexo E)

4- El personal sanitario que atiende al niño proporcionará información a los padres para facilitar el éxito de la LM

Es importante explorar conocimientos, ideas y mitos sobre lactancia. Se recomienda incluir entre esa información cuales son las señales de alarma de que la lactancia no está siendo adecuada, para poder solucionar y prevenir a tiempo problemas más graves.

Ver estrategias 6 y sucesivas de la sección 2 de este documento.

5- Recomendaciones en caso de ingreso hospitalario del niño

Si un niño que está siendo amamantado, sea cual sea su edad, requiere ingreso hospitalario, se pondrán los medios para que la madre pueda estar con su hijo todo el tiempo que quiera y pueda, con el fin de minimizar periodos de separación y facilitar la LM, así como de respetar los derechos del niño y la familia, y minimizar el impacto psicológico de un ingreso hospitalario en el niño y su familia. Tan solo en el caso de que la patología del niño le impida mamar, será necesaria la extracción de leche materna, para ser administrada al niño por los medios adecuados (sonda nasointestinal, vasito, cucharita, finger-feeding, etc). En ese caso, se facilitará a la madre información acerca de cómo realizar la extracción y el material necesario para realizarla, o al menos información sobre dónde y cómo adquirirlo o alquilarlo. (Ver anexo C, página 40).

En los niños no amamantados que requieran ingreso, se han de respetar los mismos derechos de acompañamiento familiar, descritos en el párrafo anterior.

RECOMENDACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES

ICTERICIA NEONATAL

Una de las causas frecuentes de ictericia neonatal es la ingesta insuficiente de leche, la mayoría de las veces debido a una técnica de lactancia deficiente. Se recomienda hacer una evaluación de la LM y realizar las correcciones adecuadas en cada caso. La lactancia frecuente con técnica adecuada es un modo de disminuir el nivel de bilirrubina en sangre.

Muchos casos de hiperbilirrubinemia neonatal se deben a Síndrome de Gilbert,



que no requiere tratamiento alguno.

El bebé será ingresado al lado de su madre y la lactancia debe continuar a demanda y en exclusiva sin restricciones. No está indicada la restricción horaria de la alimentación al pecho para que el bebé esté más tiempo en fototerapia de forma continua.

No es necesario ni conveniente dar agua ni suplementos. Recomendar aumentar el número de tomas y evaluar la técnica de lactancia es lo adecuado.

En caso de deshidratación es necesario corregirla, si precisa con hidratación intravenosa y mantener la alimentación con leche materna. No está justificado suspender la LM ni siquiera para hacer el diagnóstico de “ictericia por leche materna”.

DIFICULTAD RESPIRATORIA

La causa más frecuente de dificultad respiratoria en los bebés son las bronquiolitis y las bronquitis recurrentes.

En el caso de la bronquiolitis aguda, una medida eficaz para mejorar la función respiratoria y el bienestar del bebé son los lavados nasales con suero fisiológico. Esto, además, facilita la alimentación al pecho.

La succión al pecho es más fisiológica que la de un biberón. Está demostrado que la saturación de oxígeno de la sangre disminuye menos mientras el bebé toma el pecho y así se fatiga menos.

Las tomas al pecho frecuentes y cortas son de gran ayuda para asegurar la hidratación y nutrición del bebé; además al poder regular el volumen ingerido, la distensión del estómago no compromete la función respiratoria.

En caso de producirse alguna regurgitación, la leche materna es más fisiológica y por ello menos irritante para las vías respiratorias del bebé. Si el bebé necesita aerosoles, puede ser de ayuda administrarlos antes de las tomas.

VÓMITOS

Cuando un bebé presenta vómitos debido a cualquier enfermedad intercurrente (infecciones, trastornos digestivos, invaginación...) no se debe limitar la toma de pecho, al contrario, se debe ofrecer con más frecuencia.

La leche materna es un líquido fisiológico. Aporta líquidos y nutrientes. Es importante enseñar a los padres los signos de posible deshidratación. (fontanela hundida, labios resecaos, ojos hundidos, letargia)

DIARREA

Para asegurar la hidratación del bebé se debe mantener la lactancia materna a demanda. Es posible que el bebé lo pida más a menudo debido a la pérdida de líquidos. Es posible que rechace otros alimentos (si ya los tomaba antes) y solo quiera el pecho.

La osmolaridad de la leche materna es la ideal. Aporta buena proporción de agua y nutrientes. Por eso se debe permitir al bebé que haga tantas tomas como desee. La LM es de gran valor en cualquier tipo de diarrea. Incluso aunque se pueda sospechar una intolerancia secundaria a la lactosa, no está indicado suspender la LM.

Es importante enseñar a los padres los signos de posible deshidratación. (fontanela hundida, labios resecaos, ojos hundidos, letargia)

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Se recomienda la LM a demanda y exclusiva. La LM es menos estresante y provoca un menor consumo de oxígeno que la toma de un biberón.

En algunos casos de insuficiencia cardíaca el bebé puede mostrar signos de disnea y cansancio mientras está mamando. Para evitar que pierda peso y asegurar una nutrición adecuada se debe recomendar:

- Tomas frecuentes y cortas
- Compresión mamaria mientras el bebé mama.
- Suplementar con leche materna extraída, ofreciéndosela al bebé por sistema alternativo (no con tetina), es decir con vasito, cuchara, jeringa o, si fuera necesario, sonda nasogástrica.

COLICO DEL LACTANTE

El llanto del bebé siempre es estresante para los padres. Con frecuencia las madres ponen en duda si su leche es suficiente.

Sin embargo el llanto del bebé puede tener muchos otros motivos, siendo el primero de ellos la “llamada de seguridad” o la necesidad de contacto. Todas las especies animales tienen este tipo de llamada, que cesa cuando entran en contacto con su madre. Por eso los bebés se callan cuando alguien los coge en brazos. Es una cuestión de instinto de supervivencia.

La definición del cólico es la de los “3”: *“Bebé menor de 3 meses, que llora durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana, y que el resto del tiempo está bien, sin signos de otra enfermedad”*. De forma típica, este llanto suele ocurrir al final del día o ya entrada la noche y desaparece en unas semanas.

El cólico del lactante es muy frecuente y guarda relación sobre todo con estilos de crianza un tanto rígidos, con normas que restringen el tiempo que el bebé puede estar en los brazos o que intentan regular la LM.

El llanto prolongado es un factor de riesgo de maltrato. Por eso los padres deben recibir apoyo y consejo en varias áreas.

- Técnica adecuada de LM. Se debe observar la toma y descartar situaciones que puedan producir hambre o insatisfacción (horario rígido, mala transferencia de leche). Se debe permitir al bebé acceso libre al pecho, tanto si llora como si no, con técnica correcta.
- Descartar patología del bebé: una de las principales causas de llanto es el reflujo gastro-esofágico con pirosis, si bien en estos casos el bebé tiene muy

Secciones



pocos periodos de tranquilidad. Otros posibles motivos de dolor pueden ser la invaginación, el dolor de oídos, o la intolerancia a las proteínas de leche de vaca. Hace décadas que la teoría de los “gases” fue refutada.

- Estrategias para consolar al bebé. Se debe tranquilizar a los padres, explicándoles que se trata de una cuestión pasajera y reasegurándoles en su competencia como cuidadores del niño. Hay que recomendarles que respondan precozmente al llanto tomando al bebé en brazos. Esta medida es más eficaz para mejorar los cólicos que cualquier otra intervención y no malcría al niño. Se puede recomendar el porteo continuo en bebés irritables, en mochilas y foulards. Los bebés que son tenidos en brazos a menudo no solo lloran menos sino que desarrollan mayor confianza en las personas que les cuidan.

- Desaconsejar otros remedios para el cólico: infusiones, productos de farmacia o parafarmacia, medicamentos, sondajes, sacudir al bebé... Tampoco deben darse biberones “de prueba” o “de ayuda” en caso de llanto sin asegurarse antes de que la LM puede ser mejorada.

Es importante asegurar un seguimiento por parte del pediatra de atención primaria, y dejar claramente especificadas las recomendaciones dadas así como los aspectos a vigilar.

Anexos



SECCION 6. ATENCION A MADRES Y NIÑOS INGRESADOS EN OTRAS AREAS

OBJETIVO GENERAL

- Llevar a la práctica todas aquellas acciones que faciliten la protección, promoción y apoyo a la LM en cualquier área de nuestro Hospital.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Tomar las medidas adecuadas para que una mujer o un niño que estén amamantando y requieran ingreso hospitalario, puedan continuar con LM.
- Animar a la madre a continuar con LM, ya que el beneficio es superior al supuesto riesgo de ingresar al niño con su madre.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Pocas enfermedades de la madre requieren el cese de la LM, y están claramente establecidas y recogidas en el *anexo A, página 35*.

1-Facilitar el alojamiento conjunto de madre e hijo, procurando siempre que sea posible, que en la habitación no haya otras personas ingresadas.

2-Si ello no es posible, proponer al equipo médico responsable de la madre, que, si no hay razón que lo impida, el ingreso de la misma y de su hijo se lleve a cabo en el Hospital de la Mujer.

3-Permitir que personas designadas por la madre se hagan cargo de los cuidados del niño, si ella no está posibilitada para hacerlo, evitando sobrecargar al personal sanitario que atiende a la madre.

4-Si hay dudas acerca de la compatibilidad del tratamiento requerido por la madre con la LM, se consultará en las fuentes adecuadas (Ver anexo D, páginas 48 y 49) o con algún miembro de la Subcomisión de Lactancia. Una gran mayoría de fármacos y actuaciones, son compatibles con la LM, y para los que no lo son suele haber alternativas que no requieren interrupción de la LM, o al menos sólo interrupción transitoria.

5-En el caso de que la LM haya de ser interrumpida temporalmente, facilitar a la madre la información y los medios para extraerse la leche y mantener la producción de leche.

6-Ante procedimientos que requieran separación temporal de madre e hijo (por ejemplo para el tiempo de una intervención quirúrgica y estancia en la sala de despertar, pruebas complementarias largas, etc.), proponer y facilitar la extracción de su leche con antelación, para poder alimentar con ella al niño, mientras la madre esté ausente.

7-En caso de duda con respecto al mantenimiento de la LM en circunstancias especiales, consultar con algún miembro de la Subcomisión de Lactancia (que puede ser localizado a través de la secretaria de la Comisión Central de Calidad (teléfono 312821 o 313458).

Secciones

- 1 
- 2 
- 3 
- 4 
- 5 
- 6 
- 7 
- 8 
- 9 
- 10 

8-Sea cual sea la edad de un niño ingresado, siempre que estuviese siendo amamantado, y la madre desee continuar la LM, facilitar el mantenimiento de la misma. Desde punto de vista de la salud, no hay una edad máxima para la LM, y los estudios realizados al respecto parecen indicar que el periodo natural de lactancia en la especie humana puede situarse entre los 2,5 y los 7 años de edad.

9-Mostrar respeto a la decisión de la pareja lactante, en las actitudes, comentarios y en las facilidades que se proporcionan, ya que la LM prolongada no tiene perjuicios, y en momentos de enfermedad la LM, puede suponer una ventaja.

Anexos

- A 
- B 
- C 
- D 
- E 
- F 
- G 
- H 
- I 
- J 

SECCIÓN 7. COORDINACIÓN ENTRE LA MATERNIDAD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La mayoría de las nuevas madres no han tenido la oportunidad ni la experiencia de observar, cuidar, manejar o amamantar a un bebé. Por eso es aconsejable que se organice un sistema estable de apoyo a las nuevas familias tras la llegada del recién nacido. El hospital de maternidad es un lugar confortable, con profesionales bien formados que pueden dedicar una parte de sus esfuerzos a **la formación de las familias, bien de modo individual o en pequeños grupos**. Un recurso que se puede **tener en cuenta es el voluntariado** por parte de monitoras de los grupos de apoyo, por lo general muy bien formadas.

Pero tras este paréntesis del tiempo de estancia en la maternidad, la nueva madre y su bebé, llegan a su domicilio y surgen todos los interrogantes que antes no se habían planteado. Estas dudas, junto con los dispares consejos procedentes del entorno, pueden aumentar su confusión.

OBJETIVO

Favorecer la continuidad asistencial desde el hospital al equipo de atención primaria, ofreciendo seguridad a las madres en su capacidad para amamantar a su bebé.

ESTRATEGIAS

1-Entregar con el INFORME DE ALTA un documento sencillo con información útil sobre lactancia materna y los cuidados del bebé. (*Ver anexo H, página 61*).

2-Asegurar una valoración en Atención Primaria dentro de la primera semana de vida.

3-Facilitar un teléfono de contacto, tanto del centro de salud como de la maternidad, por si hay dudas sobre la lactancia y que sirva también de forma de comunicación entre niveles.

4-Difundir el contenido del folleto entregado en la maternidad al equipo de atención primaria para que las líneas de trabajo sean convergentes (*Ver anexo H, página 61*).



SECCIÓN 8. ACTUACIÓN EN RELACIÓN A GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

OBJETIVO:

Facilitar la LM en la comunidad, tras el alta hospitalaria, o tras el contacto con el Hospital (por ej, tras atención en urgencias, en consultas externas de pediatría, o de atención a embarazadas, etc) con grupos de pares que apoyen y protejan la LM.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS:

1-Se promocionará desde el Hospital, la creación y mantenimiento de los grupos de apoyo.

2-Se facilitará la formación continuada de las madres que forman parte de ellos, dándoles cabida en los cursos de formación que se celebren en el Hospital, y en las sesiones clínicas específicas de lactancia.

3-Se facilitará el contacto de los profesionales sanitarios con las madres de los grupos de apoyo, para reforzar la confianza entre ellos, así como el contacto y la comunicación, tanto para comentar casos concretos de parejas madre-hijo, como para resolver dudas.

4-Se promoverá la creación de un grupo de profesionales cualificados, que puedan actuar como consultores de las madres de los grupos de apoyo, para casos que sobrepasen su ámbito de actuación.

5-Se proporcionará la información necesaria para que puedan contactar con los grupos de apoyo, así como de su funcionamiento, a las madres y futuras madres, desde cualquier punto del hospital, y especialmente a toda madre que haya dado a luz y a la que se dé de alta.

6-Se promocionará la participación activa de miembros de los grupos de apoyo en la Subcomisión de Lactancia Materna del Hospital.

7-Se promoverá la participación de los profesionales sanitarios en las actividades desarrolladas por los grupos de apoyo, con la finalidad de mantener una comunicación fluida, y de compartir experiencias y conocimientos en ambas direcciones. Esta participación puede resultar de especial interés para personal sanitario en formación (residentes de pediatría, obstetricia, matronas...), de nueva incorporación a áreas de atención materno infantil, o que deseen actualizar habilidades.

SECCION 9. FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

OBJETIVO:

Promover que todos los profesionales sanitarios en contacto con madres embarazadas, puérperas o lactantes obtengan los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para prestar una atención eficaz y asesoramiento competente en lactancia materna, así como en el manejo clínico de cualquier situación que pueda comprometer la lactancia materna.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

1-Celebrar al menos un curso anual de LM con los contenidos recomendados por la OMS, abierto a profesionales del Área de Salud, y miembros de los grupos de apoyo.

2-Realizar al menos dos cursos anuales de LM con los contenidos recomendados por la OMS, que incluyan prácticas con madres, abierto a profesionales que desarrollan su actividad profesional en el Hospital V del Rocío, que sean de nueva incorporación al centro, o que requieran actualización de conocimientos.

3-Preparar y difundir sesiones clínicas a lo largo del año, sobre diversos aspectos de la LM, en las unidades de Pediatría, Neonatología y Ginecología y Obstetricia

OBJETIVOS:

- Informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre y recién nacido.
- Proporcionar información útil por adelantado del funcionamiento y manejo de la LM.
- Detectar precozmente a las mujeres con factores desfavorables para la lactancia materna y derivarlas para acciones personalizadas.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS:

1-Recoger **historia sobre lactancia**. Conversar con la madre acerca de su deseo de amamantar, sus experiencias previas, la información y creencias de qué dispone, y el apoyo con que cuenta. En caso de que no desee amamantar, explorar respetuosamente los motivos, por si dependen de circunstancias a las que se puede ofrecer solución. En caso necesario, hacer sugerencias que puedan promover una lactancia exitosa, dando información adecuada ante conceptos, información o impresiones erróneas acerca de la alimentación al pecho.

2-Proporcionar **información útil sobre LM**, mediante el folleto informativo sobre LM para padres y familias del Hospital U V del Rocío (*Ver anexo H, página 61*). Comprobar que la madre entiende la información, y en caso negativo, proporcionársela de modo que la entienda.

3-Aplicar durante la entrevista, o en cualquier ocasión que se presente, las **técnicas de comunicación, que empoderen a la mujer** para llevar a cabo de forma exitosa la LM. Es sabido que la **confianza** en la capacidad de amamantar es una de las claves del éxito de la lactancia. Proporcionar información en modo de elogios es un modo de hacerlo (por ej, ante la exploración de las mamas, comentar que son estupendas para la lactancia, tanto sean grandes, pequeñas, o con cualquier tipo de pezón).

4- Facilitar el contacto con los Grupos de Apoyo a la lactancia materna durante el embarazo.



AFECCIONES INFANTILES

Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada

- Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite la lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado además de leche materna

- Lactantes nacidos con peso menor a 1500 g (muy bajo peso al nacer).
- Lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

AFECCIONES MATERNAS

Las madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar.

Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente

-Infección por VIH: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). La opción más apropiada de alimentación infantil para una madre infectada con el VIH depende de las circunstancias individuales de ella y su bebé, incluyendo su condición de salud, pero se debe considerar los servicios de salud disponibles y la consejería y apoyo que pueda recibir. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida a menos que la alimentación de sustitución sea AFASS. Cuando la alimentación de sustitución es AFASS, debe evitarse todo tipo de lactancia materna. La madre infectada con el VIH debe evitar la lactancia mixta (es decir lactancia además de otros alimentos, líquidos o fórmula) en los primeros 6 meses de vida.



Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé (por ejemplo septicemia)
- Herpes simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto. Es posible amamantar del pecho no afecto, y extraer y descartar la leche del pecho afecto, hasta resolución de las lesiones.
- Medicación materna: Aunque la mayoría de fármacos son compatibles con la LM, hay unos pocos que no lo son, aunque puede existir una alternativa terapéutica que si sea compatible con la LM. (Ver anexo D, páginas 48 y 49);
- Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 y usar opciones de tratamiento más seguras para la LM.
- El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados.
- La mayoría de agentes de quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amantamiento durante la terapia.

Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia.

- Absceso mamario.
- Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas.
- Hepatitis C.
- Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, puede extraerse la leche materna y dársela al niño hasta que haya mejoría. No suele ser necesario ni aconsejable suspender la lactancia, salvo en casos excepcionales
- Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis. En general, la tuberculosis no se transmite por LM, sino por vía aérea. Al diagnosticar a una madre de tuberculosis bacilífera, su hijo ya habrá estado expuesto a la misma, por lo que habrá que seguir las pautas requeridas ante una exposición del niño (profilaxis o tratamiento), y continuar con la LM. Tan solo en caso de que la tuberculosis se diagnostique durante el parto, situación en la que el niño no ha sido expuesto por vía aérea, habrá que valorar la necesidad de separar la niño de su madre hasta que ésta ya no sea bacilífera. En ese caso, la madre puede extraerse leche en condiciones seguras (mascarilla y lavado de manos), que le será administrada al niño, hasta que su madre pueda reunirse con él y amamantarlo.



- Uso de sustancias tóxicas: se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados. Las madres que eligen no suspender el uso de estas sustancias o no pueden hacerlo, deberían buscar consejo individual sobre los riesgos y beneficios de la lactancia dependiendo de sus circunstancias individuales. Para las madres que utilizan estas sustancias por periodos cortos se debe considerar la suspensión temporal de la lactancia materna durante el tiempo que usen dichas sustancias.
- El alcohol, los opioides, y el cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como en el bebé. Se debe motivar a las madres a no utilizar estas sustancias y darles oportunidades y apoyo para abstenerse.



ANEXO B. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Este centro de compromiso a respetar el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (a partir de ahora, el Código), así como las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

Aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), fue creado en respuesta a la preocupación en torno al hecho que la comercialización inapropiada de los sucedáneos de la leche materna, como la fórmula artificial, causaba gran cantidad de muertes infantiles. El Código y las posteriores resoluciones relevantes de la AMS son las políticas de base de todo esfuerzo por proteger, promover y fomentar la LM.

El **objetivo** del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Alcance: El Código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y a cualquier otro alimento para lactantes administrado con biberón o indicado para sustituir parcial o totalmente la leche materna. Los sucedáneos incluyen: leches artificiales con o sin modificación para lactantes, cereales o harinas para lactantes y edulcorantes para biberones. El Código se aplica además a biberones y chupetes.

Resumen del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

•**Publicidad:** el público no debe ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción de los productos comprendidos en el Código. Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos.

•**Muestras:** no se permite a las empresas ni al personal de salud dar muestras gratuitas de alimentos para lactantes, biberones o chupetes a las madres y sus familiares.

•**Consultorios y maternidades:** no se permite la promoción de los sucedáneos (posters, calendarios, muestras, folletos, etc) ni la acción de empleados de las empresas fabricantes o distribuidores de dichos productos en los Servicios de Salud.



•**Equipos de Salud:** los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras de alimentos al personal de salud, y la información que distribuyan debe ser científica y objetiva.

•**Donaciones:** No se permiten las donaciones ni ventas subsidiarias de sucedáneos, biberones o chupetes a consultorios, clínicas, maternidades y hospitales.

•**Información:** El material informativo y educativo debe señalar las ventajas de la lactancia materna, los riesgos para la salud del lactante y los costos derivados del uso de leches artificiales y biberones. No debe proceder de la empresas comercializadoras de productos al alcance del código, aunque su información sea correcta.

•**Etiquetado:** en cada envase debe constar una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente y con lectura y comprensión fáciles, que incluya todos los puntos siguientes:

- a) las palabras «Aviso importante» o su equivalente;
- b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural;
- c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo.
- d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiado puede acarrear para la salud.

•**Además** debe advertir los riesgos de su uso para la salud y no debe contener textos e imágenes que idealicen su uso.

•**Productos:** Todos deben ser de alta calidad y deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión del Codex Alimentarius y las disposiciones del Codex recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Alimentos de los Lactantes y los Niños.



INFORMACIÓN PARA LAS MADRES
SOBRE LA EXTRACCIÓN,
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE
DE LA LECHE MATERNA
PARA LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS

Para todos los niños la leche de su madre es el mejor alimento que se les puede ofrecer. El ingreso de su hijo no es impedimento para que pueda ser amamantado o alimentado con leche materna. La leche materna es más que un alimento, le evita infecciones, la digiere fácilmente, mejora su desarrollo neurológico y disminuye el riesgo de tener diversas enfermedades durante toda su vida. Además tiene beneficios físicos y emocionales para la madre. Si su hijo es muy prematuro, al principio no podrá tomar directamente del pecho y mientras aprende a mamar recibirá su leche a través de una sonda que va al estómago. Cualquier cantidad de leche materna es buena, pero cuanta más, mejor. Incluir la extracción de leche en su rutina diaria le ayudará a mantener una producción suficiente.

Con este documento le ayudaremos para que aprenda a extraerse y a conservar su leche y la transporte en las mejores condiciones hasta el hospital. Aquí nos encargaremos de conservarla refrigerada o congelada y de administrarla a su hijo en condiciones seguras.

Sabemos que los padres sois las personas más importantes para el niño, y al participar en sus cuidados, le ayudáis a madurar en un ambiente más adecuado y a que se desarrolle mejor. El personal de enfermería os enseñará y ayudará a cuidarle. También os animaremos a realizar el **Método Canguro**, que consiste en poner al niño sobre el pecho de la madre o el padre, estableciendo entre ellos contacto piel con piel. Este método consigue que el bebé esté más estable, gane más peso, respire y descanse mejor, llore menos, tenga menos infecciones, desarrolle mejor su cerebro y reciba el calor, los estímulos y la seguridad que necesita. Además facilita la lactancia materna y ayuda a los padres a estar más relajados y a establecer un mejor vínculo con su hijo.

¿Qué es la extracción de leche materna?

Es una técnica para vaciar el pecho que imita la succión del bebé y requiere entrenamiento.

¿Cuándo empezar la extracción?

Cuanto antes se estimule el pecho, antes obtendrá leche.



Es importante que empiece la estimulación y extracción de leche lo antes posible, en las primeras horas después del parto.

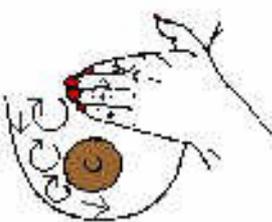
Antes de la extracción.

Póngase cómoda y lo más relajada posible, es importante que el “reflejo de oxitocina” funcione para hacer que la leche fluya. Si es posible, inicie la extracción estando cerca de su bebé, tras haber tenido contacto con él (mejor contacto piel con piel) o teniendo una foto cerca.

Para reducir la contaminación de la leche, **es necesario lavar las manos con agua y jabón** antes de cada extracción. El pecho solo precisa de la higiene habitual, la ducha diaria es suficiente.

Aplicúese masaje en el pecho, tal y como se muestra en la figura, durante unos minutos, siempre antes de la extracción, sea manual o con sacaleches. Siga los tres pasos: masajear, frotar y sacudir.

Masajear: realice movimientos circulares en un mismo punto y alrededor de todo el pecho.



Frotar: posteriormente frote el pecho como si lo peinara de arriba abajo y de fuera hacia el pezón.



Sacudir: sacuda los pechos hacia delante para facilitar la llegada de la leche.

¿Cómo extraerse la leche?

La extracción puede ser manual o con sacaleches.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE

La extracción manual, puede parecer laboriosa al principio, pero a muchas mujeres les resulta más agradable y natural. Es muy aconsejable para aliviar la congestión mamaria y para extraer el calostro.

Técnica de Marmet

- Estimular masajeando los pechos durante unos minutos.

Secciones



Anexos



- Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una C a unos 3 o 4 centímetros por detrás del pezón.

- Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos, es mejor primero levantarlos y después empujar con los dedos hacia atrás.

- Rodar los dedos hacia el pezón.

- Repetir rítmicamente para vaciar el pecho: colocar los dedos, empujar hacia dentro, rodar...

- Girar la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas.

- Continuar la extracción hasta que el ritmo de salida de leche sea más lento.

- Repetir todo el proceso: provocar el reflejo de salida y extraer la leche, una o dos veces más.

- Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o el pezón.



Puede ver un vídeo en esta dirección de Internet
<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

EXTRACCIÓN CON SACALECHES

Existen extracciones mecánicas que pueden ser manuales o eléctricos. Cada uno incorpora instrucciones sobre su uso. Aconsejamos que tenga uno propio para continuar con las extracciones en casa.

Recomendamos una postura cómoda durante la extracción, con los hombros relajados, la espalda y los brazos apoyados.

Ajuste las presiones de succión al nivel que le resulte cómodo. La extracción nunca debe ser dolorosa. Vacíe por completo ambos pechos cada vez que utilice el sacaleches. El pecho se considera vacío cuando no nota tensión y solo salen pocas gotas.

Extracción en la SALA DE EXTRACCIÓN DE LA UNIDAD DE NEONATAL

Para que pueda extraerse la leche con los sacaleches del hospital (también puede utilizar los de la planta de maternidad), le suministraremos un kit de uso individual que se adapta el extractor. Este kit es de uso personal, para usted exclusivamente.

Recuerde que antes de empezar a sacar leche, debe estimular el pecho, como se ha indicado anteriormente, y no olvide lavarse las manos.

Una vez realizada la estimulación, coloque el pecho en contacto con la copa de extracción, de modo que el pezón quede en el centro. Presione un poco, para que la copa se adapte al pecho. Hay varias medidas de copas, para cada tamaño de pezón. Si la que tiene es demasiado pequeña o grande, pida una que se adapte a su tamaño.

Asegúrese de limpiar la superficie del extractor con una celulosa humedecida con alcohol de 70º antes y después de usarlo.

Al finalizar la extracción, desmontar las piezas que tengan contacto con el pecho o la leche. Lavar primero con agua fría y jabón y después con agua templada para retirar los restos de leche. Aclarar abundantemente y dejar secar al aire. En el hospital puede secarlo con gasas. En caso de que no esté seco y necesite utilizarlo, lavar de nuevo, secarlo y listo.

Una vez al día esterilice mediante vapor el kit de uso personal.

Para la conservación y almacenamiento en el hospital, daremos etiquetas donde la madre escribirá, el nombre del bebé, la fecha y la hora de inicio de la extracción.

En cada extracción debe utilizar un bote diferente. No debe mezclar leche de distintas extracciones en un solo envase. Asegúrese de que el recipiente esté limpio y seco.

¿Cuánto tiempo dura cada extracción?

- Para aumentar y mantener la producción, extraer la leche hasta que se vacíe el pecho, 1 o 2 minutos después de que solo salgan gotitas; esto contribuirá a seguir aumentando la cantidad en posteriores extracciones.
- Recomendamos no emplear más de 20 minutos en cada pecho, es preferible aumentar la frecuencia.



¿Cuántas veces al día se aconseja extraerse la leche?

- Al principio es conveniente extraerse la leche al menos 8 veces al día durante unos 10 minutos en cada pecho. Por la noche, intente que no pasen más de 5 horas entre extracciones.
- Durante los dos o tres primeros días, probablemente sólo recogerá unas gotas de leche llamada calostro. Esta leche es muy rica en elementos de inmunidad, y aunque sea poca es muy buena. Llévela a la Unidad de Neonatología para que podamos dársela a su hijo.
- En las primeras dos semanas, la frecuencia óptima de extracción es cada 2 o 3 horas durante el día y cada 3 o 4 horas en la noche. En este momento, y también si la producción de leche baja, la extracción de leche nocturna es esencial.
- Posteriormente, el vaciado completo y frecuente del pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción de leche. Si todo va bien, es probable que no haga falta utilizar el sacaleches tan a menudo, intente dormir de 5 a 6 horas. Si siente los pechos demasiado llenos, debe vaciarlos. Si no es así, puede dormir toda la noche.

¿Qué puedo hacer para aumentar la cantidad de leche?

- Cuantas más veces se extrae leche, más cantidad se tiene. Si nota poca cantidad, las causas más frecuentes son el cansancio, y la extracción insuficiente.
- A veces la cantidad de leche fluctúa de acuerdo con su nivel de preocupación por el estado de su pequeño. En periodos de crisis es normal que se produzca una reducción temporal en la cantidad de leche obtenida, fruto de las complejas emociones que una siente cuando su bebé está ingresado. No deje que los comentarios poco alentadores de otras personas le desanimen a continuar con la lactancia materna. Es lo mejor que puede hacer para mejorar la salud de su hijo. Continúe con la extracción, y cuando se encuentre más serena, el volumen de leche volverá a aumentar.
- Si es posible, pida que le dejen poner a su bebé en contacto piel con piel, cerca de su pecho, incluso aunque el bebé todavía no pueda mamar, esto ayudará a que le suba la leche.
- Si para vaciar el pecho emplea más de 20 minutos, aumente el número de extracciones y disminuya el tiempo que emplea en cada una. Masajee suavemente sus pechos antes de extraer la leche y también durante la extracción.
- No hay ningún alimento que pueda ayudarle a tener más leche. Tome una dieta variada y normal. Tenga a mano algo para beber si



siente necesidad.

- Si a pesar de estar realizando extracciones frecuentes, con la técnica correcta, no consigue leche suficiente para alimentar a su hijo, consulte con un médico o una enfermera con experiencia en lactancia.

¿Qué debo hacer con la leche extraída en casa?

El recipiente con la leche, bien cerrado y etiquetado, debe guardarse inmediatamente en un frigorífico a temperatura inferior a 5º C (en la zona más fría, nunca en la puerta). Esta leche debe llegar al hospital antes de 24 horas, si no es así, debe congelarse lo antes posible.

En casa, puede utilizar diferentes recipientes que existen en el mercado para adaptar a su sacaleches. Es importante que se asegure de mantener las medidas de higiene que ya hemos comentado: lavar las manos y el recipiente antes de su uso, manteniéndolo bien cerrado después.

¿Cómo transporto la leche al hospital?

La leche fresca o congelada se transportará al hospital en una bolsa o nevera portátil para congelados, con varios acumuladores de frío, para mantenerla bien refrigerada hasta su entrega.

La leche congelada o refrigerada, puede separarse en capas, o incluso cambiar de color. Esto es normal, su leche seguirá siendo igual de buena.

¿La mujer que amamanta puede tomar medicamentos?

La mayoría de los medicamentos no contraindican la lactancia. No obstante, si toma a algún medicamento, consúltelo con su pediatra.

También puede consultar la página web www.e-lactancia.org, que sigue los criterios de la Asociación española de Pediatría.

¿Cuándo debe solicitar ayuda?

Consulte a los profesionales responsables de su hijo siempre que sienta dolor en el pecho o dolor al extraerse la leche, y también si tiene alguna preocupación sobre la cantidad de leche. Estamos dispuestos a ayudarle.

Si quiere puede consultar con grupos de apoyo a la lactancia. Para encontrar información sobre los grupos cercanos a su domicilio puede consultar las páginas www.colectivolaleche.org o www.ihan.es.



RECUERDA

La leche materna **es el modo natural y óptimo de alimentar a los bebés**. Los bebés amamantados tienen menos riesgo de padecer enfermedades, su cerebro se desarrolla mejor y el vínculo con sus madres se ve facilitado.

Es importante comenzar la extracción en las **primeras horas después del parto**.

En los primeros días es normal que consiga poca cantidad, es el calostro. Puede **recoger estas gotas con una jeringa para que se las demos a su hijo**.

No olvide masajear el pecho y realizar unas **8 extracciones cada 24 horas**.

Recuerde la importancia de **lavarse las manos** y de mantener limpio el extractor. Debe utilizar botes limpios y cerrarlos bien.

El contacto "piel con piel" facilita la lactancia, así como favorece la estabilidad fisiológica y emocional de los lactantes y sus madres.

La leche materna debe permanecer a temperatura ambiente el menor tiempo posible. Se puede dejar **en el frigorífico (a 4°C) si se va a consumir antes de 24 horas**. Si no, es mejor congelarla. **En el congelador (a -20°C) dura hasta 6 meses**.

La leche refrigerada puede cambiar de color, es normal.

Consúltenos si siente dolor en el pecho, si cree que no consigue vaciarlo del todo, si piensa que obtiene poca leche o si necesita cualquier información. **Estaremos encantados de ayudarle**.

lactancia materna



FÁRMACOS A TOMAR CON PRECAUCIÓN DURANTE LA LACTANCIA	
Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H) Quinolonas (O), Clindamicina (G), Lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, Primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de 1ª generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueantes (CV)	(elegir Labetalol, Oxprenolol, Propranolol o Metoprolol)
Vasodilatadores antiadrenérgicos (CV)	(elegir Metildopa o Hidralazina)
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes "activos" (G)
Inmunosupresores (H)	(elegir Ciclosporina o Azatioprina)
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (Clorpromacina) (S) Litio (CV, S): requiere control clínico y analítico del lactante
Benzodiacepinas (S)	(elegir Lorazepam como ansiolítico)
Antidepresivos	Doxepina (S, CV), Nefazodona (S, CV) (elegir Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina)

- Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en periodo neonatal.
- Consultar medicamentos prohibidos en niños con déficit de glucosa-6-fosfato-DH.
Posibles efectos a observar: CV-CardioVasculares, G-Gastrointestinales, H-Hematológicos, S-Sedación, I-Irritabilidad-Insomnio, O-Otros, RL-Reducción láctea

TIEMPOS DE ESPERA PARA AMAMANTAR TRAS EXPLORACIONES CON RADIOFÁRMACOS	
COBRE-64	50 horas
FLUDESIOXYGLUCOSA 18F, Flúor 18 (Fluotracer, FluorScan)	24 horas
GALIO-67 CITRATO	
- 7 Mbq (0,2 mCi)	1 semana
- 50 Mbq (1,3 mCi)	2 semanas
- 150 Mbq (4,0 mCi)	4 semanas
INDIO-111, IN-111M, Satumomab	
Pendetido (OncoScint CR 103)	24 horas
- Con dosis de 20 Mbq (0,5mCi)	1 semana
SODIO-RADIOACTIVO	16 días
TALIO-201	2 semanas
TECNECIO TC-99M	6-12 h. (< 24 h.)
XENON -133, XENON -127	Pocos minutos
YODO	
- 123	36 horas
- 125	12 días
- 131	14 días
YODO-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)	24 horas
- Intentar emplear el radionúclido de vida media más corta. - Asesorarse con el radiólogo. - Almacenar leche extraída previamente para darla tras la exploración. - Extraerse la leche el tiempo indicado, desechándola. - El Yodo-131 y el Estroncio-89M empleados para tratamientos, obligan a suspender la lactancia.	

FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el yodo*) Derivados del ergot (inhiben prolactina): Ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: Bromocriptina, Cabergolina y Lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros, incluso tópicos*	
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana Alcohol en exceso

* El yodo es perjudicial en exceso y estos medicamentos contienen yodo en grandes cantidades, pero durante el embarazo y lactancia las mujeres deben tomar un suplemento de 200 microgramos de yodo en forma de yoduro potásico, además de consumir pescado y sal yodada.

Lactancia materna

Los beneficios de la lactancia materna para el lactante y la madre, su familia, el sistema sanitario y la sociedad en general están muy bien documentados en múltiples publicaciones. **Suprimir la lactancia sin un motivo importante supone un riesgo innecesario para la salud.**

Más del 90% de mujeres toman medicamentos o productos de fitoterapia durante el periodo de lactancia, y es frecuente que dejen de dar el pecho por este motivo pese a no estar fundamentado su peligro real más que en un pequeñísimo porcentaje de productos.

Del mismo modo, apenas media docena de enfermedades maternas contraindican o hacen prácticamente imposible la lactancia.

Ante todo debe saber que casi todo lo que se suele prescribir es compatible con la lactancia y que la lactancia, para la mujer y para el lactante, está por encima de la necesidad de muchos medicamentos o remedios que son perfectamente evitables. Los profesionales sanitarios, con unos conocimientos básicos de Farmacología y Pediatría y la utilización de buenas guías, podemos asesorar adecuadamente a mujeres que lactan y que deben tomar remedios para algún padecimiento o por alguna enfermedad.

El paracetamol o el ibuprofeno no causan ningún problema en la lactancia.

Si es necesario un antibiótico para la mejoría o curación de alguna enfermedad infecciosa, casi todos los habituales son compatibles con la lactancia aunque es mejor evitar las quinolonas.

Casi todas las hormonas, incluidos los corticoides, la insulina y la tiroxina son compatibles con la lactancia; sólo hay que evitar los estrógenos, pues provocan disminución en la producción de leche. Si se han de usar anticonceptivos, los mejores son los mecánicos (preservativo, DIU), las píldoras con progestágenos y el método MELA.

Prácticamente todos los medicamentos antitiroideos, antiepilépticos, antirreumáticos, fármacos para la enfermedad inflamatoria intestinal y varios inmunosupresores, a las dosis habituales, son compatibles con la lactancia.

Todos los procedimientos odontológicos, incluida la anestesia local, el blanqueo de dientes y la prescripción de antibióticos y antiinflamatorios, también son compatibles con la lactancia.

Las ecografías, las radiografías, los TAC y las Resonancias Nucleares Magnéticas (RNM) son compatibles con la lactancia, aunque sea con contrastes. Muchos de los contrastes empleados en estas exploraciones son yodados, pero el yodo está fijado a la molécula del contraste y no puede liberarse, comportándose como material inerte. La lactancia no debe suspenderse por una mamografía, pero puede dificultar su interpretación, en cuyo caso se puede recurrir a la ecografía. Antes de practicarla conviene vaciar bien el pecho (dar de mamar) para disminuir las molestias de la exploración y facilitar su interpretación. En cambio, hay que consultar cuidadosamente cuanto tiempo se debe dejar de amamantar si lo que se va a practicar es una prueba con isótopos radioactivos (gammagrafía); en este caso, es conveniente haber tomado la precaución de extraer leche previamente para disponer de una reserva necesaria en días posteriores.

En www.e-lactancia.org, una página web de sencillo manejo y en español, encontrará ayuda para tomar decisiones acertadas ante unas 1500 opciones diferentes que pueden implicar a una madre lactante. Si tras consultar esta página persisten las dudas, puede remitir una consulta por correo electrónico.

Para cualquier otra cuestión relacionada con la lactancia materna puede utilizar el foro de profesionales del Comité de Lactancia Materna de la AEP:

<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/>

Enhorabuena por intentar mantener la lactancia materna.



ANEXO E. OBSERVACION DE UNA TOMA

Observar en el niño signos de posición (del cuerpo) eficaz. Hay dos tendencias



- Agarre dirigido por la madre: el niño bien apoyado, vuelto hacia la madre y situado a la altura de su pecho.
- Agarre dirigido por el niño: el niño bien apoyado, y situado bocabajo entre los pechos de la madre, que está inclinada hacia atrás, no totalmente horizontal.

Más detalladamente, es la de madre recostada parcialmente hacia atrás, sin estar totalmente tumbada, y el bebé sobre ella boca abajo, situando su cabeza entre los pechos de la madre. No es recomendable forzar al bebé a tomar el pecho.



En esta posición, los bebés están tranquilos y en algún momento deciden tomar el pecho, para lo que ellos solos, con la sola sujeción para evitar que caigan, reptaran hasta el pecho y harán una toma. Conviene que la madre y el bebé estén sin ropa, o con algo que los cubra a los dos (sábana o manta p ej.), ya que el

contacto piel con piel, facilita que el bebé esté dispuesto a mamar por sí mismo.



Observar en el niño signos de agarre (de la boca) eficaz.



- Boca bien abierta
- Labios evertidos
- La barbilla contacta con el pecho
- Agarre es asimétrico (hay más areola visible por encima de la boca del bebé que por debajo)

Observar en el niño signos de transferencia de leche.

- Patrón de succión/deglución/respiración con ritmo sostenido, con pausas periódicas de descanso.
- Se escucha la deglución que hace el bebé
- Los brazos y manos del bebé se van relajando a lo largo de la toma
- La boca del bebé está húmeda al final de la toma

Observar en la madre signos de transferencia de leche

- La mama se va ablandando a lo largo de la toma
- Relajación y somnolencia
- Sed
- Contracciones uterinas y aumento del flujo de loquios durante o tras la toma.
- Goteo de leche del otro pecho mientras el bebé mama.
- Tras la toma el pezón aparece elongado pero no aplastado.



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LACTANCIA MATERNA

Etiqueta identificativa	Nombre RN:		
	Dirección:		
	Teléfono:		
DATOS PREVIOS RELEVANTES PARA LA LACTANCIA MATERNA		SI	NO
Desea amamantar a su RN actual			
Ha asistido a educación maternal			
Ha amamantado a hijos anteriores			
Por cuánto tiempo			
Tuvo algún tipo de problemas:			
Especificar:			
EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA			
FECHA DEL PARTO:		HORA DEL PARTO:	
TIPO DE PARTO:		EUTÓCICO	DISTÓCICO
		CESÁREA	
INICIA LM EN PARITORIO		SI	NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	1º DÍA	2º DÍA	3º DÍA
	4º DÍA		
INICIA LM EN PLANTA	HORA:	HORA:	HORA:
	HORA:	HORA:	HORA:
SE INTRODUCE FÓRMULA ARTIFICIAL	DÍA NOCHE	DÍA NOCHE	DÍA NOCHE
	DÍA NOCHE	DÍA NOCHE	DÍA NOCHE
	CAUSA:		MODO:
			TETINA
			JERINGA
			VASITO
			SUSTITUYE A UNA TOMA ESPORÁDICA TRAS OFRECER 2 PECHOS
SE INTRODUCE PEZONERA (Marcar con cruz el día)	CAUSA:		DOLOR GRIETAS OTRAS
	PEZÓN PLANO/INVERTIDO		
	ESPECIFICAR:		
	TIPO:		CAUCHO
	SILICONA		
	EFECTIVA:		NO
	SI		
APARECE DOLOR			
	(Medir dolor del 1 al 10: Nada de dolor-dolor no soportable y anotar en el correspondiente día))		
SE VISUALIZAN GRIETAS (Marcar con cruz el día)	DESCRIPCIÓN:		
	EN PECHO DERECHO	LEVES MODERADAS PROFUNDAS	
	EN PECHO IZQUIERDO	SANGRADO	
	TRATAMIENTO:		
	PEZONERA	LANOLINA	ANALGÉSICOS
			EVITAR DISCOS
INGURGITACIÓN MAMARIA (Marcar con cruz el día)	TRATAMIENTO:		
	CALOR Y MESAJE PREVIOS A TOMA	EXTRACCIÓN MANUAL	
	ANTINFLAMATORIOS	EXTRACCIÓN CON EXTRACTOR	
	FRÍO TRAS LAS TOMAS	SUJETADOR O VEDAJE AJUSTADO	

Autora: Francisca Baena Antequera.

ANEXO F. PROBLEMAS MÁS COMUNES DE LACTANCIA MATERNA

Dolor de pezones:

- Muchas madres refieren molestias al inicio de una toma, cuando el bebé se agarra
- Todo dolor debe ser evaluado
- A menudo el dolor es el resultado de posición y/o agarre inadecuados.
- Considerar también otras causas, como p. ej. Infección bacteriana.

Ingurgitación (*en contraposición a plétora normal*)

- La plétora normal se alivia con lactancia frecuente y efectiva
- La ingurgitación se presenta en algunas madres a los 3-5 días del parto, con mamas hinchadas y dolorosas
- La ingurgitación requiere medidas o tratamiento
- Enfocar las medidas o tratamiento a disminuir la inflamación y el dolor, incluyendo masaje de mama, expresión manual o con bomba, presión inversa de la zona areolar, aplicación de frío y fármacos antiinflamatorios.
- Evitar el uso de calor, salvo para facilitar el reflejo de eyección.

Percepción de leche insuficiente (*más información en anexo G “leche insuficiente” pagina 61*):

- Una madre puede creer que tiene poca leche porque sus mamas están blandas tras el parto
- El volumen de leche aumenta en varios días, y suele acompañarse de plétora.
- En la segunda semana, la plétora puede desaparecer, lo que no significa menor producción de leche.
- Los niños tienen brotes de crecimiento y apetito (los llamados “días de frecuencia”), durante los que piden mamar más a menudo, aumentando así la producción de leche en sus madres.
- Si un niño exigente orina bien y está ganando peso, la causa de su conducta no es que falte leche.

Llanto del niño:

- Ningún llanto debe quedar desatendido.
- El llanto puede ser señal de hambre, o de malestar. Si el niño no da otras señales de hambre los padres pueden intentar otras medidas para consolarle. Ante la duda, se puede ofrecer el pecho, que puede calmarle y no hace daño ni empacha.

Dieta materna

- Rara vez son necesarias restricciones en la dieta de la madre y pocos niños se afectan por algo que haya comido la madre. Tampoco es necesario ni útil tomar alimentos concretos para tener más leche.
- La madre puede hacer una dieta variada según sea su costumbre o deseo.
- La LM facilita que la madre pierda el peso acumulado durante el embarazo,



sobre todo a partir del tercer o cuarto mes. Aún así, si la madre tiene sobrepeso y desea hacer dieta, una de 1500 a 1700 Kcal puede ser adecuada y no compromete la lactancia ni el crecimiento del niño.

La lactancia no impide que la madre pueda salir de casa con o sin el niño. Es posible mantener la LM exclusiva:

- Planeando las tomas en relación con la actividad de la madre o la familia
- Amamantando en cualquier lugar y hora
- Extrayendo y guardando la leche, por si la madre no está disponible, para ser administrada por una persona cuidadora.

DOLOR DE PEZONES Y GRIETAS

La presencia de dolor significativo es indicador de que algo no funciona adecuadamente. No debe considerarse normal, y se debe identificar la causa, y corregirla.

Los pezones doloridos y/o agrietados se deben identificar como una fuente potencial de sobreinfección bacteriana y tratarse de manera adecuada con el fin de mejorar el estado del pezón y disminuir el riesgo de desarrollo de mastitis.

El dolor puede ser un motivo de destete precoz, y causa de frustración en la madre, y puede condicionar el fracaso del amamantamiento de hijos.

La causa más frecuente de dolor de pezones en las primeras semanas es el agarre defectuoso. Típicamente el dolor ocurre durante la toma, especialmente durante el agarre inicial, y mejora o cesa al acabar la toma. Los pezones pueden ser absolutamente normales, o aparecer con lesiones, como grietas, úlceras, erosiones, pérdida de parte del epitelio... Estas a su vez pueden estar limpias o sobreinfectarse.

Ante esta situación, la corrección de la postura del bebe al pecho suele mejorar o resolver el dolor. Se aconseja sugerir a la madre que retire tetinas y chupetes que pueden interferir con el agarre adecuado, y que insista en mejorar el agarre, tal y como se le puede explicar.

Si se sospecha presencia de infección sobreañadida (presencia de pus, grietas de evolución tórpida a pesar del agarre adecuado), se debe tomar muestra para cultivo microbiológico (frotis de pezón y cultivo de leche) e instaurar tratamiento adecuado, incluyendo analgesia.

Si el dolor hace que la toma sea insoportable, se puede dejar de amamantar del lado doloroso durante varias tomas o incluso días (procurar que sea el menor tiempo posible) y extraer la leche manualmente o con sacaleches adecuado, dándola al niño con vasito (Ver anexo C, página 40).

Los sacaleches de mala calidad o que ajustan mal al pecho, pueden ser también motivo de dolor y lesiones.



El manejo inadecuado de las grietas puede derivar en infección, ingurgitación, mastitis y/o fracaso de la lactancia.

No se aconseja de manera general el uso de cremas antigrietas. Una vez corregida la postura, la grieta curará sola en el plazo de unos días. El dolor mejorará desde el momento en que se corrija la postura, aunque la grieta aún no haya desaparecido. No se debe dejar de explorar la boca del niño, si existen grietas en la madre, ya que una de las causas de grietas severas es la anquiloglosia del niño, o frenillo lingual demasiado corto y que no permite la salida de la lengua del bebé mas afuera de la encía. Aún en este caso, la corrección de un agarre defectuoso puede mejorar parcialmente el dolor y las grietas. Solo en caso de que esto no las resuelva del todo, debe considerarse el tratamiento de la anquiloglosia.

INGURGITACIÓN MAMARIA o Plétora

La ingurgitación excesiva puede prevenirse iniciando la lactancia en la primera hora tras el parto y promoviendo tomas lo más frecuentes posibles, así como el contacto piel-piel continuado, de la madre con su hijo. Evitar interferencias en la succión, como tetinas y chupetes, puede contribuir a prevenirla en gran medida. La ingurgitación de los pechos que típicamente se presenta cuando sube la leche, puede llegar a tal grado, que dificulte el adecuado agarre del bebé, que no puede tomar bien un pecho demasiado turgente, con lo que se dificulta aún más el vaciado de la mama.

Todo esto genera más problemas, facilitando el dolor de pezón y las grietas, el inadecuado vaciado de la mama, y un aumento aún mayor de la ingurgitación.

Las causas pueden ser:

- Agarre defectuoso
- Restricción de las tomas, tanto en frecuencia como en duración de las mismas.
- Bebe que duerme demasiado, o que pide poco y tampoco se le ofrece.
- Madre muy ocupada en otras tareas, que puede condicionar disminución de la frecuencia o duración de las tomas.

Medidas aconsejables:

- Compresas templadas antes de la toma para facilitar la salida de la leche.
- Extracción de leche tras las tomas, si la mama no aparece blanda tras la misma.
- Mejorar el agarre
- “Presión inversa” para desplazar el edema de la areola, dejarla menos tensa y facilitar el agarre (ver más abajo).
- Ofrecer pecho con más frecuencia
- Piel con piel con la madre para estimular al bebé y la LM en general.
- Favorecer la liberación de oxitocina. La oxitocina favorece la eyección de la leche. Puede ser estimulada por el contacto con el bebé, el masaje en la espalda de la madre o el estado de relajación. Es conveniente saber que el



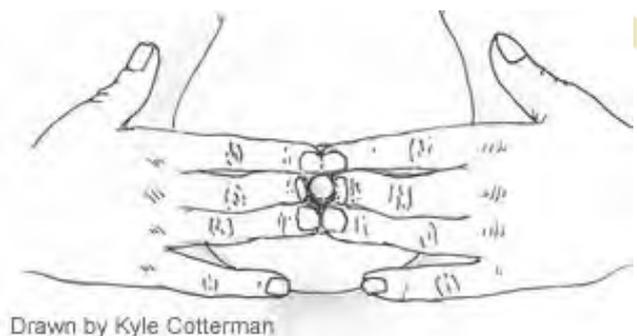
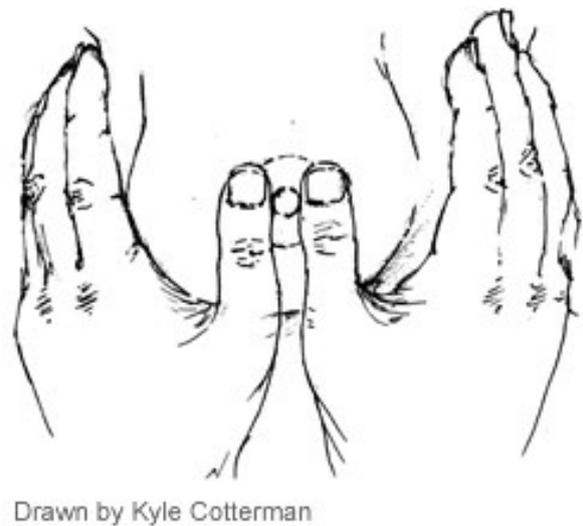
stress la inhibe, y esto puede ocurrir si la madre se siente observada, juzgada, apremiada, sin intimidad o ansiosa por la situación. Un ambiente relajado, unas palabras amables de aliento y empatía pueden favorecer la liberación de oxitocina, y la eyección de la leche.

- Recomendar a la madre descanso con el bebé al lado para amamantarlo con frecuencia, y pedir ayuda o relevo para otras tareas.

PRESIÓN INVERSA

En los casos de edema areolar intenso o tensión en la areola, que puede comprimir los conductos, impedir el flujo de leche adecuado, y dificultar el agarre del bebé, se puede realizar una compresión superficial aplicando presión con los dedos en la zona areolar alrededor del pezón. Ello permite desplazar el exceso de líquido subcutáneo hacia la mama y liberar la zona del pezón y areola, que al quedar más blanda, facilita el agarre correcto del bebe.

Los dedos se van cambiando de posición alrededor del pezón, para que la presión se vaya ejerciendo en toda la circunferencia.



lactancia materna

Conducto obstruido y mastitis. Diagnóstico diferencial y manejo

CONDUCTO OBSTRUIDO	Un conducto obstruido no permite el flujo de leche, que se acumula anterógradamente. Puede existir un poro bloqueado en el pezón (ampolla blanca de leche), o la obstrucción puede estar más atrás en el sistema de ductos. Generalmente se forma una tumoración o bulto, de forma paulatina. Suele ser unilateral.
Síntomas locales	La madre nota un bulto duro, o un área de ingurgitación con un borde duro, que puede ser sensible, caliente y enrojecido. A veces se presenta como área de dolor y sensibilidad, sin evidencia de ingurgitación ni dureza. Típicamente el dolor es mayor antes de la toma, y la dureza es menor tras la misma. Amamantar de ese lado, puede ser particularmente doloroso en el momento de la eyección.
Síntomas sistémicos	Generalmente no están presentes, pero a veces puede haber fiebre de hasta 38,5 °C. .
MASTITIS	Es una inflamación de la mama, que puede ir acompañada de infección. Puede presentarse abruptamente, o como evolución de una obstrucción o ingurgitación. Usualmente afecta a un lado solo.
Síntomas locales	Son los mismos que para un conducto obstruido, pero el dolor y la inflamación suelen ser más intensos.
Síntomas sistémicos	Fiebre mayor de 38,5 °C, tiritona, mialgias, mal estado y afectación general como en una gripe.

Efectos secundarios comunes y no tan comunes de conductos obstruido y mastitis.

Conducto obstruido

- El suministro de leche y la cantidad de leche conseguida por extracción pueden disminuir temporalmente en el lado afecto. Aumentar el número de tomas y/o de extracciones puede revertir esto en corto plazo.
- Ocasionalmente la madre refiere observar en su leche cordones o granos de leche espesa, o de apariencia grasienta.
- Tras la resolución del conducto obstruido o mastitis, es frecuente que permanezca un área enrojecida o con sensación de magulladura, que dura una semana aproximadamente.

Mastitis

Son los mismos que para conducto obstruido, más:

- La leche exprimida puede parecer con cordones, o grumos, o gelatinosa. Esta leche no perjudica al bebé, aunque algunas madres prefieren retirarle los grumos.
- La leche puede tener sabor mas salado, por un aumento del sodio, y algunos



bebés la rechazan temporalmente (solo la del pecho afecto).

- Ocasionalmente la leche puede contener moco, pus o sangre. Ello no perjudica al bebé.

¿Cuales con las causas más habituales de los conductos obstruidos y las mastitis?

Conductos obstruidos	Mastitis
<p>Estasis o retención de la leche / Limitación al flujo de leche ... puede ser debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ingurgitación o vaciado insuficiente (por problemas de agarre, succión ineficiente, frenillo lingual, otras variaciones anatómicas, dolor de pezones, bebé dormilón o distraído, producción excesiva, tomas apresuradas, etc •Saltarse tomas o amamantar con poca frecuencia (por dolor de pezones, dentición, chupetes, madre muy atareada, retorno al trabajo, sueño mas prolongado del niño, imposición de horarios, suplementar con otros líquidos, destete abrupto, etc.) •Presión sobre el conducto (con los dedos, un sujetador o ropa ajustados, dormir boca abajo, •Inflamación (por lesiones, infecciones, o alergia). <p>Estrés, cansancio...</p>	<p>Estasis o retención de la leche (habitualmente el primer motivo) Los mismos que para la obstrucción de conductos. Un conducto obstruido es un factor de riesgo para mastitis.</p> <p>Infección</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pezones dolorosos, agrietados o sangrantes pueden ser un punto de entrada para infecciones. •La estancia hospitalaria incrementa la exposición de la madre a agentes infecciosos. •La infección evidente del pezón (grietas, fisuras con exudado purulento, dolor) es otro factor de riesgo. •Antecedentes de mastitis también es factor de riesgo. <p>Estrés, cansancio...</p>



¿Cuál es el tratamiento habitual para los conductos obstruidos y mastitis?

Siempre es mejor tratar precozmente un conducto obstruido para evitar progresión a mastitis.

PRECAUCIÓN: NO disminuir el número de tomas ni su duración, ni dejar de amamantar cuando se tiene un conducto obstruido o mastitis, ya que esto aumenta el riesgo de complicaciones (incluyendo absceso).

Lactancia materna

MEDIDAS GENERALES DE APOYO

Conducto obstruido

- Descansar
- Beber líquidos suficientes
- Alimentarse con normalidad

Mastitis

- Reposo en cama (preferiblemente con junto con el bebé)
- Aumentar la ingesta de líquidos, nutrición adecuada
- Obtener ayuda para las tareas de la casa y otros niños.

MANEJO DE LA LACTANCIA ***Lo mismo para los conductos obstruidos que para la mastitis, es importante iniciar el tratamiento cuanto antes.***

“Calor, masaje, descanso, vaciar los pechos”

General • Si no puede amamantar, la madre se extraerá la leche con frecuencia y abundantemente (con un sacaleches o manualmente).

Antes de amamantar • Aplicar calor y masaje suave antes de amamantar. *Compresión caliente.* Se puede usar un pañal desechable: empapar el pañal con agua caliente (conviene probar la temperatura en la muñeca primero para evitar quemaduras), escurrir el pañal un poco, a continuación, poner el interior del pañal hacia el pecho. Esto se mantendrá caliente mucho más que un paño húmedo. *Baños calientes.* Llenar el fregadero o un recipiente con agua caliente y sumergir la mama en agua mientras que masajear la zona afectada, en dirección hacia el pezón. *Ducha caliente.* Puede ser útil para dar masajes en la ducha con un peine o cepillo de púas gruesas. El peine se puede embadurnar de jabón para que esté más suave y resbaladizo, y se usa para masajear suavemente sobre el área afectada en la dirección del pezón.

- Aflojar el sujetador y la ropa para facilitar el flujo de leche.

Mientras se amamanta • Amamantar del pecho afectado. Si duele demasiado, empezar por el lado sano, y cuando se note la eyección, cambiar enseguida al lado afecto.

- Asegurar el buen posicionamiento y enganche del bebé al pecho. Usar cualquier posición, especialmente la que sea más confortable y / o permita el dar masajes sobre el área afecta.
- Comprimir el pecho.
- Masajear suavemente pero con firmeza de la zona afectada en dirección hacia el pezón.
- Tratar de amamantar con el cuerpo inclinado sobre el bebé (con la mama “colgando”) para que la gravedad ayude a desalojar el tapón.

Después de amamantar • Vaciar la mama manualmente o con sacaleches para ayudar el drenaje de leche y acelerar la curación.

- Usar compresas frías entre las tomas para aliviar el dolor y la inflamación.

Secciones



MEDICACIÓN (Individualizar. Se debe realizar cultivo de leche materna. Adecuar a resultados de cultivos microbiológicos y antibiogramas)

Conducto obstruido	Mastitis
<p>Analgesia Analgésico / antiinflamatorio (por ejemplo, ibuprofeno) La segunda opción: usar solo un analgésico (por ejemplo, paracetamol)</p>	<p>Analgesia Lo mismo que para el conducto obstruido</p>
<p>Antibióticos? • No</p>	<p>Antibióticos? No: Si los síntomas son leves o están presentes desde hace menos de 24 horas. Sí: Si los síntomas no mejoran en 12-24 horas o si la madre se siente enferma. El patógeno más común es Staphylococcus aureus resistente a penicilina. Antibióticos más típicos utilizados para la mastitis:- Dicloxacilina, flucloxacilina, cloxacilina, amoxicilina- ácido clavulánico - Cefalexina, eritromicina, clindamicina, ciprofloxacino, nafcilina. Se recomiendan 10-14 días de tratamiento para evitar las recaídas. No interrumpir el tratamiento antes de lo indicado.</p>

Anexos



lactancia materna

“Leche insuficiente”

Ayudando a las madres que se quejan de “no tener leche suficiente”

Tanto OMS como UNICEF recomiendan amamantar exclusivamente a los niños al menos hasta los cuatro meses y, si es posible, hasta los seis¹. En todo el mundo, sin embargo, solo una pequeña proporción de niños son amamantados exclusivamente más de unas pocas semanas. Incluso en sociedades donde el amamantamiento es aún la norma, las madres a menudo introducen comidas o bebidas complementarias precozmente. Una de las razones que más habitualmente dan las madres en todo el mundo, para suspender la lactancia o introducir alimentos complementarios precozmente, es que piensan que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala (1-6). Algunas madres se preocupan por la cantidad de leche que producen incluso ya en los primeros días tras el parto. A veces, son los parientes, amigos o agentes de salud quienes sugieren a la madre que puede no tener leche suficiente. Parece que en todas las sociedades, la confianza de las madres en su capacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos se minan fácilmente.

Casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno o incluso dos niños, con tal que el niño succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Incluso cuando una madre percibe que su leche es insuficiente, habitualmente su hijo* obtiene toda la leche que necesita (3). La cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño; aumenta cuando el niño toma más. Incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño (7).

A veces, sin embargo, un niño no obtiene suficiente leche. Habitualmente esto se debe a que el niño no succiona bastante, o no succiona eficazmente. En los pocos casos en que las madres son incapaces de producir leche suficiente, esto se debe a un escaso desarrollo de la glándula mamaria o a un trastorno hormonal (8).

Las madres que piensan que no tienen leche suficiente necesitan la ayuda y el apoyo de una persona experta.

¹ Nota del traductor: La recomendación actual de la OMS es lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

* Como en el texto se hace referencia a la madre como “ellas”, por razones de claridad se hace referencia al niño como “él”. Esto no implica ningún género de prejuicio.

En los siguientes tres pasos se resume una pauta práctica con la que los agentes de salud pueden ayudar a estas madres:

- Primero, decida si el niño está obteniendo leche suficiente o no.
 - Segundo, si el niño no está obteniendo leche suficiente, decida por qué.
 - Tercero, decida como ayudar a la madre y al niño.
- **Decida si el niño está obteniendo leche suficiente o no.**

Las madres mencionan signos variados que les hacen pensar que no están produciendo leche suficiente. Sin embargo, solo hay dos signos que demuestran con fiabilidad que un niño no está obteniendo leche suficiente. Estos dos signos *fiabiles* son:

- Escasa ganancia de peso.
- Micciones de escasa cantidad de orina concentrada.

Una regla útil es: *si el niño está por debajo de su peso de nacimiento después de dos semanas o gana menos de 500 gramos al mes durante los primeros seis meses de vida, no está ganando suficiente peso y no está obteniendo leche suficiente.* Para establecer que la ganancia de peso ha sido escasa, se necesita comparar al menos dos pesos. El intervalo mínimo útil son dos semanas, en las cuales un niño debería ganar 250 gramos ó más.

Si un niño orina menos de 6 veces al día, y la orina es amarilla y de olor fuerte, el niño no está obteniendo leche suficiente. Este signo es útil para monitorizar la ingesta diaria de leche materna del niño, mientras se espera la información de la ganancia de peso. No es útil si el niño está deshidratado por diarrea, si se le están dando otros líquidos junto con la leche materna, o si se usan pañales muy absorbentes que hacen difícil la estimación de la emisión de orina.

Hay otros signos que *pueden* significar que el niño no obtiene leche suficiente. Son *signos posibles*. Signos posibles relacionados con el niño son:

- no queda satisfecho tras la toma
- llora a menudo
- quiere tomas frecuentes
- hace tomas muy largas
- rechaza el pecho
- hace deposiciones duras, secas o verdes
- hace deposiciones escasas e infrecuentes



ANEXO H. FOLLETO INFORMATIVO PARA MADRES Y FAMILIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

¡ENHORABUENA MAMÁ!

Después de nueve meses de embarazo, durante los cuales tu cuerpo ha alimentado y hecho crecer a tu hijo, al fin lo tienes en tus brazos. Tu cuerpo está preparado para continuar alimentándolo, a través de la lactancia materna, que es el modo natural y óptimo de alimentar a los bebés.

Para muchas mujeres la lactancia es fácil desde el principio, pero para algunas otras no. Los problemas suelen presentarse en los primeros días y semanas. Muchos de ellos tienen fácil solución y se pueden prevenir si la madre dispone de alguna información sobre el tema. El propósito de este folleto es proporcionar a las mujeres que están esperando un hijo o que ya lo han tenido, información útil sobre lactancia.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Las madres siempre han sabido que los bebés criados al pecho son más sanos. La ciencia ha confirmado esta verdad conocida desde hace tiempo. Los bebés amamantados tienen un mejor estado de salud y menos riesgo de padecer enfermedades, su inteligencia se desarrolla mejor y el vínculo con sus madres se ve facilitado. Las ventajas de la lactancia materna se prolongan más allá del tiempo que ésta dura; así las personas que fueron amamantadas tienen menor riesgo de algunas enfermedades; no solo son bebés más sanos sino que también serán adultos más sanos. También hay ventajas para las madres que amamantan, con menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario, mejor recuperación tras el parto. La unión afectiva entre la madre y su hijo está facilitada. La leche materna es gratis y está disponible para todas las mujeres, siempre a la temperatura adecuada, no hay que tirar lo que sobre, no hay que llevar nada más que unos pañales si hay que salir de casa, no hay que levantarse de la cama para preparar nada al alimentar al bebé por la noche, ni hacerle esperar.

PREPARACION DE LOS PECHOS DURANTE EL EMBARAZO

A medida que el embarazo transcurre las mamas aumentan de tamaño y el pezón y la areola se oscurecen. Existen diferentes formas y tamaños de pechos y pezones. El tamaño de los pechos no influye en la cantidad de leche que producen. Igualmente buenos son los grandes y los pequeños, los blandos y los firmes. En cuanto a los pezones, la mayoría son normales o planos: apretando suavemente salen hacia fuera; todos son igualmente válidos para amamantar. Los retraídos (al apretar tienden a esconderse) también son aptos para amamantar puesto que el bebé se prende a la areola y no solo al pezón. Las mujeres con este



lactancia materna

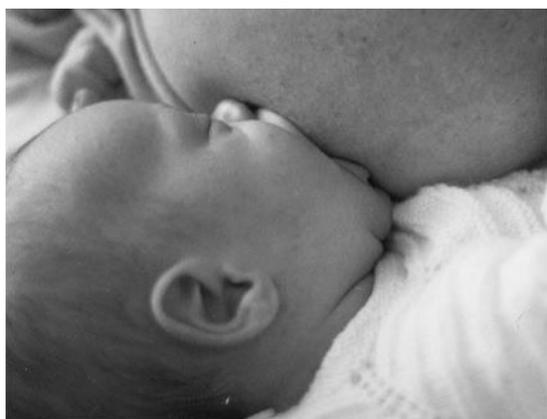
último tipo de pezón deberán prestar especial atención al agarre o prendimiento del bebé al pecho. La naturaleza misma condiciona en el pecho y el pezón los cambios necesarios para el amamantamiento, por lo que no se requiere ningún tipo de preparación especial, ni aplicación de ninguna sustancia (ni alcohol, ni cremas especiales...) que pueden dañar la protección natural de la piel del pezón. Tampoco son necesarios los estiramientos de pezón, recomendados hace años, ni las pezoneras formadoras. El agarre correcto del bebé será la mejor forma de prevenir problemas. Los pezones pueden lavarse durante la higiene habitual del resto del cuerpo, solamente con agua, sin jabón, para que conserven su protección natural. No hay que lavarlos antes ni después de cada toma.

IMPORTANCIA DE LA POSTURA

Una buena postura es la que permite a la madre y al bebé estar cómodos, además de facilitar que el bebé se agarre correctamente al pecho.

Para asegurar un buen agarre el bebé debe coger con su boca una buena porción de pecho que incluya no solo el pezón.

Para lograrlo puedes rozar con tu pezón el labio superior (la zona del bigote) del niño, y cuando abra mucho la boca, como para bostezar, acercas el bebé al pecho con un rápido movimiento del brazo que sostiene al bebé. No trates de introducir el pecho en la boca del bebé, más bien, acerca el bebé a tu pecho. Una vez bien colocado mantenlo cerca de ti, con su nariz y barbilla tocando tu pecho. Cuando el bebé está bien cogido al pecho verás su boca muy abierta, abarcando una buena porción de pecho. El pezón debe estar más cerca del labio superior que del inferior, y así dejar sitio entre el pezón y el labio inferior para que el bebé ponga la lengua. El labio inferior queda vuelto hacia fuera (*figura1*).



Cuando el bebé mama sus mejillas no se hundén, y los movimientos que hace con la boca llegan hasta las orejas. Se le puede oír tragar.

Por el contrario un bebé que no coge bien el pecho no tiene la boca todo lo abierta que puede (*Figura 2*).

Al mamar hunde las mejillas, y la madre puede tener dolor y/o grietas.

Si el bebé está bien agarrado, la madre no sentirá molestias ni dolor en los pezones. Si notas alguna molestia haz que el bebe suelte el pecho, introduciendo el dedo meñique por la





comisura de su boca para romper la succión, y vuelve a colocarlo como hemos explicado. A veces son necesarios varios intentos en cada toma. Ten paciencia, ya que esta es una de las claves del éxito de la lactancia. Si ya tienes dolor o grietas, la mejor solución es corregir la postura y asegurar que es la correcta. Si tu sola no eres capaz de lograrlo, pide ayuda.

Si el pecho llega a ponerse muy duro al niño le costará cogerlo o no querrá hacerlo. Es como tratar de morder un balón inflado. Lo mejor será sacar un poco de leche para aflojar el pecho y facilitar que el niño pueda agarrarse bien.

Si decides amamantar sentada puedes hacerlo en un asiento no muy alto (o poner algo bajo tus pies para elevarlos), que te permita tener la espalda recta y bien apoyada (puedes ayudarte con cojines o almohadas)(Figura 3).

Busca apoyo para el brazo, de modo que no tengas que hacer fuerza para sostener al bebé a la altura del pecho. Puedes apoyarlo sobre el brazo de un sillón o sofá, o poner un cojín sobre tus piernas, que eleve al bebé hasta tu pecho. El bebé, vuelto hacia tí, barriga con barriga, con la cabeza apoyada en tu antebrazo, no en el ángulo del codo, y su cabeza alineada con su espalda. Si necesitaras sujetarte el pecho no lo hagas formando



una pinza entre los dedos índice y medio, sino rodeando suavemente el pecho entre el pulgar y los otros dedos, en forma de letra C.

Para amamantar tumbada, La madre y el bebé se sitúan tumbados de lado, uno frente al otro, con la nariz del niño a la altura del pezón (Figura 4).

Tu cabeza descansa sobre almohadas. Esta postura es muy cómoda para echar una siesta, para las tomas nocturnas, o para mujeres que prefieran permanecer tumbadas tras una cesárea o si están doloridas por una episiotomía o hemorroides.



Estas posiciones (sentada, tumbada) no son las únicas y quizás con el tiempo, encontrarás la que para ti y para tu hijo sea más cómoda.

TU HIJO TAMBIEN SABE

Tu hijo, sabe por instinto llegar y agarrarse al pecho de forma espontánea. Te contamos la forma más sencilla y natural de hacerlo.

Siéntate y reclínate hacia atrás, donde más cómoda estés, en la cama, en un sofá o sillón. El mejor grado de inclinación es aquel en el que más cómodos os sintáis tu bebé y tú, la idea es que no estés ni tumbada del todo ni en vertical.

Tu bebé estará colocado encima de ti, bocabajo y en contacto piel con piel, los dos cubiertos con la misma manta o sábana. Ocupate solamente de que no se caiga, y procura que tenga apoyadas las plantas de los pies (puede ser sobre tus muslos, o sujetando sus plantas de los pies con tus manos). Tú no tienes que hacer nada, salvo disfrutar del contacto. El será quien vaya buscando el pecho y lo tome espontáneamente, y en posición adecuada.



CUANDO COMENZAR

Lo mejor es que nada más nacer el bebé esté en contacto piel con piel con su madre. En la primera hora de vida, el bebé está más alerta, con un fuerte instinto de succión, por lo que buscará el pezón por sí mismo y comenzará a tomar algo de calostro. Esta primera toma, es importante porque facilita al niño el aprendizaje de mamar, hace que el útero se contraiga, permitiendo la expulsión de la placenta más fácilmente, y disminuyendo la pérdida de sangre de la madre. La administración de vitamina K, el pesarlo, medirlo y las gotas en los ojos, pueden esperar un poco para no interrumpir este momento tan importante para la madre y el niño. Tras la 1ª hora el niño suele quedar adormecido varias horas. Si después de eso no muestra interés en mamar, puedes ponerlo en tu cama junto a ti, piel con piel, para estimular el deseo de mamar.

Si pese a todo no has podido amamantar a tu hijo enseguida tras el parto, no te preocupes, inténtalo más tarde.

FRECUENCIA Y DURACION DE LAS TOMAS

Cada niño tiene su propio ritmo. Los bebés suelen hacer entre 8 y 12 tomas en 24 horas, sin un ritmo fijo. Algunos duermen varias horas durante la mañana y pasan la tarde mamando continuamente. Si te encuentras cansada, aprovecha cuando el bebé duerme para dormir tú también. Las tareas domésticas pueden esperar o las puede hacer otra persona.

Amamantar solo lo puedes hacer tú. Lo mejor es darle el pecho cada vez que lo pida, tanto de día como de noche.



En cuanto a la duración de la toma es muy variable de un niño a otro. Algunos, sobre todo al principio, necesitan 20 o 30 minutos en cada pecho; en cambio otros terminan en 5 minutos. Cuando el bebé se ha saciado soltará el pecho por sí mismo. Entonces se le puede ofrecer el otro. Unas veces lo querrá y otras no. No te empeñes en que tome los dos pechos en cada toma. Es importante permitir que sea el niño el que decida cuando soltar el pecho.

Lo mejor es **NO HACER CASO DEL RELOJ**, ni para ver cuando le “toca” ni para restringir la duración de la toma. Da el pecho a demanda, sin horario y sin restricciones.

EL ASPECTO DE LA LECHE MATERNA

Algunas mujeres creen que su leche es aguada. El aspecto de la leche materna es muy diferente del de la leche de vaca, que es la que acostumbramos a ver. **La composición de la leche va cambiando a lo largo de la toma: al principio es más aguada y al final contiene más grasa.** Esta grasa es la que sacia al niño y le hace engordar. Solo él sabe cuando ha tomado esta leche cremosa, y es entonces cuando suelta el pecho. Si tú le permites hacerlo, él quedará satisfecho. No te preocupes por la calidad de la leche: siempre es adecuada.

LA REGULACION MADRE-HIJO

En la lactancia, tanto el cuerpo de la madre como el del hijo están preparados para regularse mutuamente de forma natural. **Cuanto más mame el bebé, más leche tendrá la madre.** Por eso las madres de gemelos tienen leche para dos: A doble succión, doble producción de leche. No interfieras esta regulación dando al bebé otros líquidos ni agua, que disminuirán su deseo de mamar y por tanto el estímulo para la producción de leche. Los bebés sanos, salvo que tengan fiebre o diarrea, no necesitan agua, ni aún durante el caluroso verano, siempre y cuando le des el pecho tantas veces y durante tanto tiempo como él quiera.

COMO SABER SI EL BEBÉ TOMA SUFICIENTE LECHE

- **Los primeros días el niño mojará uno o dos pañales y eliminará el meconio (heces negras)**
- **Después moja 5 a 6 pañales al día (si son pañales superabsorbentes, pueden ser menos) y hace caca al menos dos veces al día. A partir de las 6 semanas es normal que haga caca menos a menudo, en ocasiones una vez cada varios días.**
- **El niño gana entre 110 y 200 gramos a la semana, contando desde su peso más bajo (en la primera semana pueden perder peso).**
- **El niño parece saludable, tiene buen color, su piel es tersa, está alerta y activo.**



LOS ENEMIGOS DE LA LACTANCIA

Muchas madres te contarán que no tenían suficiente leche, o que se les terminó. ¿Cuál fue la causa? La interrupción de la regulación madre-hijo. Varias cosas pueden interrumpir esta regulación.

1. **El reloj.** Dejarle llorar hasta que le toque, entretenerle con un chupete, o darle un biberón de agua o alguna infusión, **NO SON BUENAS SOLUCIONES.** Con ellas conseguirás que tu hijo y tu estéis cada vez mas nerviosos y que disminuya tu producción de leche. Dale el pecho cada vez que busque o llore.

2. **El biberón.** El niño que toma un biberón, no solo si es de leche sino también si es de agua o infusiones, tiene menos hambre y menos sed, está menos interesado en mamar, y al succionar menos, tendrás menos leche. Además la forma en que el niño toma la tetina, sea esta anatómica o no, es diferente a la forma en la que toma el pecho. Un niño que toma biberón, aunque solo haya sido uno, tiene el riesgo de no saber agarrarse luego bien al pecho. Así un biberón prepara el camino para otro biberón. El niño que toma pecho a demanda no necesita agua zumos ni infusiones. Pero si en algún caso fuera necesario, es mejor dárselo con vaso o cucharilla.

3. **El chupete.** En menor grado que el biberón, el chupete también es un elemento extraño que puede dificultar que el bebé se agarre correctamente al pecho. No es recomendable en las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida.

4. **Las pezoneras.** Hace tiempo fueron recomendadas para prevenir o curar grietas y pezones dolorosos, o para que madres con pezones planos den el pecho. Ahora se sabe que **NO** son necesarias ni recomendables porque impiden que el bebé estimule con su boca la piel del pecho, con lo que puede disminuir la producción de leche. Además pueden dificultar que el bebé se agarre correctamente al pecho. El mejor remedio para las grietas y pezones dolorosos es asegurar un agarre correcto del niño al pecho. Y las mujeres con pezones planos pueden amamantar sin problemas, no necesitan pezoneras.

RECUERDA

- **No limpies los pezones más que con el aseo habitual ni les apliques crema o sustancia alguna.**
- **Da el pecho a demanda, cada vez que el niño quiera y todo el tiempo que quiera, tanto de día como de noche.**
- **Aléjate de biberones y chupetes.**
- **Asegura que el bebé se agarra correctamente al pecho.**
- **Confía en ti misma y en tu instinto de madre. Desoye a quien que te diga que tu leche no es buena o que no tienes suficiente.**
- **Da a tu hijo todo el amor y contacto físico que quieras. Eso no lo malcriará.**
- **Procura descansar. Quien te quiera ayudar puede hacerlo ocupándose de las otras tareas y dejándote más libre para que tú atiendas al niño. Las visitas no deben dificultar que descanses o des el pecho.**



EL SUEÑO DEL BEBÉ

Algunas personas te preguntarán si tu hijo ya duerme de un tirón, como si eso fuera lo normal o lo deseable. Sé realista y piensa que **es normal que tu hijo se despierte varias veces en la noche para tomar contacto contigo y mamar.** Es normal que quiera estar a tu lado, aún en tu misma cama; es normal que le guste que le duerman en brazos, que le canten, lo mezan y lo mimen; es normal que le guste dormirse con el pecho en la boca, aunque ya haya comido. No temas que se empache, la leche materna no le hará daño.

EL LLANTO DEL BEBÉ

El llanto es el lenguaje que tienen los bebés para comunicarnos sus necesidades. Los bebés no solo lloran por hambre, también por frío, calor, incomodidad, por que se sientan solos, por estar cansados, o porque les duele algo. El saber qué le pasa es algo que irás aprendiendo con el tiempo. El bebé no solo tiene necesidades físicas sino también emocionales, tan importantes unas como otras. Sea lo que sea, tómallo en brazos, consuélalo, ofrécele el pecho (aún sin hambre, muchos niños se calman así), acarícialo. Si es de noche invítale a tomar el pecho en tu cama. El contacto con su madre es lo que más tranquiliza a los niños. Muchos niños lloran y necesitan que los cojan o les den el pecho sobre todo a última hora de la tarde o primera de la noche. No temas malcriarlo, el cariño no malcría a nadie. Si no hay forma de consolarlo debes consultar al médico.

LOS “DIAS DE FRECUENCIA”

Habrás días en que el bebé quiera mamar más seguido, y tú sientas que no haces otra cosa en todo el día que amamantar. Son días en los que el bebé está creciendo más rápido y necesita más leche. Al mamar más seguido estimula más tu pecho y en pocos días tendrás más leche, toda la que él necesita. Luego todo vuelve a la normalidad.

Esto suele ocurrir en torno a las 3 semanas y de nuevo a los tres meses, aunque puede ocurrir en cualquier momento. Lo mejor es que busques ayuda para tus otras tareas y dediques esos dos o tres días a la lactancia intensiva.

LA “CRISIS” DE LOS TRES MESES

Al llegar los tres meses, muchos niños saben mamar tan bien que acaban en 5 minutos o menos. Además tus pechos están tan bien adaptados a producir la leche que necesita el niño, que ya raramente se endurecen o gotean.

Sin embargo, algunas mujeres interpretan todo esto como señal de que ya no tienen leche. No te preocupes, todo ello es señal de que todo va bien. También hay que tener en cuenta que a partir de los tres o cuatro meses los niños no ganan peso tan rápidamente como al principio. Esto



es normal. Además los bebés alimentados a pecho, a partir de los cuatro meses, no son tan gordos como los de biberón.

Como muchas de las gráficas de crecimiento se han hecho con niños de biberón, podría parecer que tu hijo no gana suficiente peso. No te preocupes, aunque no esté tan gordo, tu leche le permite crecer lo más sano posible.

VOLVER A TRABAJAR

Si vas a volver a trabajar o tienes que separarte de tu hijo durante unas horas al día, ambos podéis seguir disfrutando de la lactancia. Hay varias formas de hacerlo. Tal vez puedas llevar a tu hijo al trabajo, o alguien te lo pueda acercar para amamantarlo en la hora del café, o en la hora a que tienes derecho por lactancia. Puedes dejarlo en una guardería cercana a tu trabajo y salir a amamantarlo. O puedes sacarte la leche en el trabajo y llevarla a casa para que alguien se la dé al día siguiente. No es difícil y el esfuerzo merece la pena para muchas mujeres. Te será útil ponerte en contacto con un grupo de apoyo para aprender algunos trucos y saber como otras mujeres lo han hecho.

¿HASTA CUANDO AMAMANTAR?

La Organización Mundial de la Salud recomienda dar solo pecho hasta los 6 meses, y a partir de entonces ir introduciendo otros alimentos poco a poco, continuando con el pecho hasta los dos años por lo menos, hasta que la madre y el niño quieran. Tu leche le sigue alimentando y protegiendo tanto tiempo como la tome, no importa que ya camine o coma de todo.

GRUPOS DE APOYO

En algunos lugares existen grupos de madres con experiencia y formación en lactancia, dispuestas a ayudar. Si estás embarazada o ya tienes a tu hijo, puede ser muy útil que contactes con ellas, bien por teléfono o acudiendo a las reuniones periódicas que mantienen. De forma gratuita te ayudarán a resolver dudas y problemas, y te contarán como ellas y otras mujeres lo lograron. Con el COLECTIVO LA LECHE puedes contactar:

- **Teléfonos de consulta:**

Montse 954344777;; **Loli** 954 087 658; **Carmen** 954 259 499; **Lola** 650 930 404; **Alba** 955 861 250; **María José** 955 865 503.

- **e-mail:** colectivolaleche@hotmail.com

- **web:** www.colectivolaleche.org

Ofrecemos varias REUNIONES DE MADRES cada mes en diferentes sitios de Sevilla y alrededores.

Debido a que están sujetas a cambios con relativa frecuencia, es más fiable consultar su celebración en nuestra página www.colectivolaleche.org, en dónde también aparecen encuentros, charlas y talleres relacionados con la lactancia.

En Utrera existe el grupo Cuídame, en Estepa el grupo de apoyo El cuenco de barro y en la Rinconada Lactarinconada

A nivel de Andalucía y España se pueden encontrar los contactos con otros grupos de apoyo en <http://www.fedalma.org> y <http://www.ihan.es/>

LECTURAS RECOMENDADAS

- Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Ediciones Temas de Hoy. ISBN 84-8460-553-1

- El arte femenino de amamantar. Editado por La Liga de La leche. ISBN 9681318676

- El poder de las Caricias. Ed. Espasa. ISBN: 9788467032611

- Mi niño no me come. Editorial Temas de Hoy. ISBN 84-7880-978-3

- Bésame mucho. Editorial Temas de Hoy. ISBN: 8484602621

- Dormir sin lágrimas. Plaza Edición.

ISBN: 9788497346474

- Nuestros hijos y nosotros. Editorial Vergara. ISBN:9501520188

ANEXO I. CIRCUITO DEL PROCESAMIENTO DE LECHE DE LA PROPIA MADRE

- 1- Extracción y conservación en domicilio
- 2- Transporte de Domicilio a Hospital
- 3- Etiquetado e identificación
- 4- Manipulación
- 5- Congelación y Almacenamiento
- 6- Extracción en el Hospital
- 7- Congelación y Descongelación
- 8- Procedimiento de Registro
- 9- Prescripción
- 10- Calentamiento
- 11-Administración
- 12 Recogida y limpieza de biberones y de leche no usada

Se facilitará a las madres apoyo y colaboración en el proceso de extracción, conservación y transporte de la leche materna.

1- Extracción y conservación en domicilio.

Enseñar a la madre sobre la técnica de extracción (manual y con sacaleches) incluyendo lavado de manos y mantenimiento del equipo de extracción y uso del sacaleches.

Lavar las manos y limpieza intensa de las uñas antes de la extracción de leche.

Limpieza del kit de extracción. Todo el equipo de colección de leche que está en contacto con el pecho y la leche extraída debe ser limpiado antes y después de su uso. Desacoplar todas las partes antes de su limpieza.

Esterilizar el equipo de recolección de leche una vez al día, hirviendo todas las partes en agua por 15-20 minutos.

Control de la refrigeración, congelación y evitar pérdida de la cadena de frío.

Realizar etiquetado correcto, completo y legible, con fecha y hora de extracción. Tras la extracción, etiquetar cada bote con el nombre del niño, el número de historia clínica y la fecha y hora de la extracción. Apuntar cualquier medicación materna que se esté tomando en la etiqueta.

2.- Transporte de Domicilio a Hospital.

Recipiente para el transporte adecuado para conservar la cadena de frío (nevera portátil con placas de hielo para evitar la pérdida de frío) y recogida en nuestra Unidad por personal de referencia.

3.- Etiquetado e identificación.

Comprobar el etiquetado a la entrega en el hospital. Proceder al etiquetado correcto en el hospital, completo y legible. Utilizar en el hospital etiquetas de calidad que no se borren y no se despeguen.



Los biberones de leche de madre propia han de estar numerados para continuar la trazabilidad.

Incluir fecha y hora de la extracción y de entrega en el hospital.

4.- Manipulación adecuada de la leche extraída.

La manipulación de la leche se ha de hacer por personal entrenado, con estricta higiene de manos, retirada de relojes, anillos y pulseras previas, uso de solución hidroalcohólica y colocación de bata, gorro y mascarilla. Evitar batir los biberones en la homogeneización, ya que se rompen las moléculas protéicas y lipídicas. Para la homegeinización se recomienda un suave movimiento de muñeca y NO AGITAR.

5.- Procesamiento de conservación y almacenamiento.

Se recomienda:

- Usar leche fresca, no refrigerada en la siguiente hora a la extracción de leche.
- Refrigerar la leche inmediatamente después de la extracción cuando el niño sea alimentado en las siguientes 24-48 horas.
- Congelar la leche cuando el niño no va a ser alimentado o la madre no puede llevar la leche al hospital en las 24 horas siguientes a la extracción. Refrigeración inmediata tras extracción de la leche materna y su entrega (importante la conservación de la cadena de frío).
- Almacenamiento ordenado y clasificación de leche materna por antigüedad de extracción, prestando especial atención al calostro.
- Conseguir mantener un estricto orden en los congeladores de LM.
- Controlar el tiempo de refrigeración.
- Controlar la apertura de las puertas de frigorífico y congelador (cadena de frío).
- Control de la temperatura de los frigoríficos.
- Establecer criterios por los cuales se desecharía leche de la propia madre.
- No volver a congelar cualquier leche que haya sido descongelada.
- Asegurar que las tapas de los botes de leche extraída están bien cerradas para prevenir la contaminación en el proceso.

6.- Procedimiento de extracción en el hospital.

Higiene adecuada en la extracción de leche materna (lavado de manos, sin joyas ni relojes, ni pulseras).

Limpieza adecuada de los sacaleches.

Todo el equipo de colección de leche que está en contacto con el pecho y la leche extraída debe ser limpiado antes y después de su uso. Desacoplar todas las partes antes de su limpieza.

Evitar pérdida de la cadena de frío (una vez extraída, etiquetado y poner



inmediatamente en frigorífico).

Apoyo y seguimiento por parte del personal de la técnica de extracción de leche materna.

Mejorar la intimidad y favorecer una extracción cómoda para la mujer lactante.

Ofertar sacaleches a las madres lactantes.

Ofertar el kit adecuado, con la copa adecuada para cada madre y que sea la mujer la que se responsabilice, una vez adiestrada en su manejo, de sus cuidados y su limpieza.

Poner en marcha un listado de seguridad (checklist) de la leche extraída de su madre para su hijo.

Asegurar que las tapas de los botes de leche extraída están bien cerradas para prevenir la contaminación en el proceso.

7.- Conservación y descongelación.

Evitar el llenado excesivo de los biberones al congelar.

Establecer el tiempo máximo de congelación que va a tener la LM. En congelador a -20º C no más de 3 meses para los niños ingresados.

Orden estricto en las reservas de cada leche materna propia para cada RN, con etiquetado correcto y ordenado según fecha de congelación.

Establecer el orden de descongelación de la leche materna.

Descongelación por método protocolizado: calentar gradualmente la leche al baño maría o con caliente biberones de aire seco, durante no más de 20 minutos.

No volver a congelar cualquier leche que haya sido descongelada.

NO USAR MICROONDAS PARA DESCONGELAR.

Asegurar que las tapas de los botes de leche almacenada están bien cerradas para prevenir la contaminación en el proceso de descongelación.

8.- Procedimiento de registro.

Registro adecuado de entrada y salida de leche materna, para la determinación segura y fiable de las cantidades recogidas de cada mujer y dadas a cada RN en particular.

Llevar un registro en base de datos adecuado y correcto sobre las cantidades de leche recibida, refrigerada, congelada y suministrada, siguiendo los criterios de seguimiento y trazabilidad.

Disponibilidad y localización de la leche de cada niño.

Registrar la información a las madres.

Registrar bien las cantidades administradas del tipo de leche (congelada, refrigerada, fresca, calostro).

9.- Procedimiento de prescripción.

La prescripción médica ha de ser legible y diferenciada de la suplementación con leche de fórmula.

El tipo de leche que toma el RN debe ser igualmente bien recogido y diferenciado en las gráficas del paciente.

10. Procedimiento de calentamiento de la leche de la propia madre.



Controlar y conocer el tiempo y la temperatura adecuada de calentamiento. Uso de calienta biberones adecuados (calentadores por aire seco) de manera gradual, en un tiempo de no más de 15-20 minutos a temperatura 36-37º C.

No se debe calentar con antelación la LM antes de dar el pecho, sin saber si el niño tomará después dicho suplemento.

La LM se debe de administrar inmediatamente después de calentar. Asegurar que las tapas de los botes de leche almacenada están bien cerradas para prevenir la contaminación en el proceso de calentamiento.

11.- Procedimiento de administración de la leche.

Prescripción e indicación médica de nutrición oral, enteral de forma continúa o intermitente y respetar dicha prescripción.

No dar más leche de la prescrita por el neonatólogo/a sin consultar. Uso de nutrición enteral con jeringas de seguridad de alimentación (sondas moradas).

Criterios claros para uso preferente de calostro, leche fresca o leche descongelada.

Asegurar en la Unidad el control del tiempo entre descongelación, calentamiento y administración de la leche.

Anotar tipo y cantidad real de leche administrada.

Etiquetado correcto de jeringa de administración de leche.

Extremar la higiene en la manipulación.

Metodología de administración de leche materna en método madre canguro (iniciar procesos de administración con jeringa y gavaje).

Establecer criterios claros sobre la administración de leche al pecho y la transición de la administración de sonda a pecho.

Se ha creado un grupo de trabajo de MEJORA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UCG DE NEONATOLOGÍA para protocolizar todos estos aspectos.

12.- Recogida y limpieza de biberones y de leche materna no usada.

Será retirada por la auxiliar clínica o por la madre, una vez informada de dicho proceso.

La leche no utilizada debe desecharse inmediatamente y realizar vaciado de los biberones, colocándolos en zona de sucio.

La zona de sucio de los diferentes offices debe de estar perfectamente diferenciada y no mezclada con la zona limpia ni con la zona de frigoríficos ni calentamiento de biberones.

En la zona de retirada de biberones usados debe realizarse una buena limpieza al menos dos veces al día.



lactancia materna

ANEXO J. FOLLETO INFORMATIVO PARA MADRES Y FAMILIAS SOBRE LACTANCIA ARTIFICIAL

¿Por qué se alimenta a algunos bebés con sucedáneos de la leche materna?

Hay casos en que la leche materna no está disponible: la madre no puede amamantar a su hijo, ha tomado la decisión informada de no amamantarlo, o la lactancia natural no es apropiada, por ejemplo cuando la madre toma medicación contraindicada o es VIH-positiva¹. Del mismo modo, algunos niños que nacen con muy poco peso son incapaces de mamar directamente, y en algunos casos no se dispone de leche extraída del pecho de la madre o la cantidad no es suficiente. Los lactantes que no son alimentados al pecho necesitan un sucedáneo de la leche materna adecuado.

¿Cuáles son los riesgos de las preparaciones en polvo para lactantes?

Las preparaciones en polvo para lactantes no son estériles. Pueden contener bacterias, como *Enterobacter sakazakii*, capaces de producir graves enfermedades en los bebés. Aunque las infecciones causadas por el *E. sakazakii* presente en esas preparaciones son raras, pueden ser graves y en ocasiones mortales.

¿HAY DISTINTOS TIPOS DE FÓRMULA?

Sí, hay distintas fórmulas en el mercado según cada necesidad:

1. Fórmula de inicio o número 1: Indicada en los primeros 5- 6 meses de vida, adaptada a las necesidades del recién nacido.
2. Fórmula de continuación o número 2: Desde los 5-6 meses hasta los 12-15 años.
A partir de los 12 meses se puede utilizar leche entera de vaca. No alimentar a niños menores de 3 años con productos desnatados o semidesnatados.
3. Fórmulas especiales: Para niños con problemas específicos como parte del tratamiento (hidrolizadas, sin lactosa, etc).

Cuando empiece una lata de fórmula, anote la fecha en el envase como medida de precaución ya que no deben usarse pasado un mes desde que su apertura.

¿QUÉ BIBERÓN Y TETINAS ELEGIR?

Si está tomando pecho y le complementa algunas tomas, es preferible los primeros días y hasta que la lactancia esté instaurada, dar la leche, que no reciba del pecho, con una jeringa, una cucharilla o con un pequeño vasito de plástico del tamaño de un tapón. De este modo, se interfiere menos con lactancia materna permitiendo un enganche correcto y menor riesgo de complicaciones como grietas o molestias.

Secciones



Material del biberón. Puede elegir el material que desee, siempre que estén homologados. Los de vidrio son más fáciles de limpiar.

Tetinas. De silicona o plástico. El agujero debe permitir una salida lenta de la leche en forma de goteo continuo pero NO a chorro, esto disminuirá el riesgo de atragantamiento.

No se ha encontrado relación entre la forma aplanada o redondeada y futuros problemas dentales.

Revisar periódicamente y sustituir tetinas y biberones si están rotos o deteriorados o si no se ven las marcas de las cantidades en los biberones.

No se recomienda usar el biberón más allá del año de vida, cuando el niño ya puede alimentarse con cuchara o vasito. Por encima de los 2 años, el uso de biberón se asocia con más problemas dentales. El niño no debe quedarse dormido con el biberón en la boca por riesgo de caries y accidentes.

¿QUÉ AGUA A ELEGIR?

El agua potable es útil para el consumo humano, lo que permite usarla directamente del grifo al biberón. El agua hervida con un minuto de ebullición es suficiente, evitando así la concentración de sales minerales

Higiene del biberón y la tetina. Limpiar biberones y tetinas con agua caliente, detergente y un cepillo adecuado o en el lavavajillas. Si el agua corriente es buena para el consumo humano (depurada y clorada) y la preparación se realiza con la higiene indicada, no es necesario hervir las tetinas ni los biberones cada vez que se usan. Si quiere esterilizarlos de vez en cuando hay dos formas de hacerlo: - En caliente: hervir en agua durante 10-15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina. - En frío: sumergir el biberón y la tetina en un recipiente con cierta cantidad de agua y una sustancia química para esterilizar biberones que puede comprarse en farmacias, manteniéndolos sumergidos durante una hora y media. La dilución sirve para 24 horas.

¿CÓMO PREPARAR EL BIBERÓN?

1º Limpie y desinfecte la superficie en la que preparará la toma.

2º **Lave sus manos** antes de preparar el biberón. Evitará infecciones.

3º Ponga a hervir agua potable limpia. La forma más segura de preparar

Anexos



una toma es utilizar agua que haya sido hervida y enfriada a no menos de 70°C. Recuerde que con hervir el agua un minuto es suficiente. Si no puede disponer de agua hirviendo, tal vez desee utilizar preparados artificiales para lactantes en forma líquida. Deseche todos los restos de tomas al cabo de dos horas.

4º Cuidando de evitar las quemaduras, vierta la cantidad apropiada de agua hervida (que habrá dejado enfriar a no menos de 70°C) en el biberón.

5º Añada el polvo de la fórmula en el agua. Respete las indicaciones del fabricante. Casi todas las leches en polvo a la venta están fabricadas para añadir 1 cacito raso por cada 30 ml (mililitros). Nunca presione el polvo en el cacito para que quepa más. Enrase el sobrante con un cuchillo limpio. Agregue la cantidad exacta de polvo al agua contenida en el biberón.

6º Prepare siempre los biberones aumentando la cantidad progresivamente de 30 en 30 ml (ver cuadro) y respetando siempre la proporción adecuada (un cacito raso por cada 30 ml de agua), así evitará problemas de salud al bebé.

7º Mezclar bien. Agite suavemente la mezcla hasta deshacer todos los grumos. Notará que aumenta el volumen, por ejemplo: 120 cc de agua, ocupan ahora, tras añadir los polvos, unos 130 cc o más.

8º Probar la temperatura del biberón. Una vez preparado el biberón, coloque unas gotas de leche, en el dorso de su mano o en la cara interior de la muñeca o brazo. Si apenas lo siente, la temperatura será la adecuada. No debe notarlo caliente ni frío pero ante la duda, es mejor que esté templada que caliente.

9º Desechar el sobrante. Desechar lo que sobre de cada toma, en ningún caso guardar para la siguiente toma. Es posible preparar varios biberones y guardarlos en el frigorífico para calentar en el momento de ser usado. La leche así preparada deberá usarse en un plazo máximo de 24 horas.

¿QUÉ CANTIDAD DE LECHE PREPARAR EN CADA TOMA?

No hay una cantidad específica; depende de cada bebé según peso, edad del niño, etc. En cuanto rechace la tetina con la lengua, deberemos dejar de insistir. La sobrealimentación puede resultar tan negativa como una alimentación insuficiente y puede ocasionarle malestar abdominal y regurgitación. En general para un niño sano y a término, en los primeros días de vida ofrecer según el cuadro, sin forzar. A partir de entonces, si el niño acaba el biberón, puede aumentar las tomas de 30 en 30 ml y desechar lo que sobre. El número de tomas al día puede variar. Al principio puede que tome pequeñas cantidades muy frecuentemente. En la primera semana de vida, no es conveniente que pasen más de 3 horas sin realizar ninguna toma. No es necesario esperar a que el niño llore para darle la toma.

¿CÓMO DAR EL BIBERÓN?

Despacio con cariño y paciencia. Recuerde que los bebés comen despacio y que la alimentación del bebé es un momento especial de relación con los padres, importante para el desarrollo del niño. Las miradas y el contacto estrecho con el niño son vitales. Aproveche para estar con su hijo en contacto piel con piel el tiempo de dar el biberón.

Posiciones del bebé: semi-incorporado, recostado en sus brazos o semisentado y sosteniendo su espalda y cabeza. Al terminar, colocar al niño verticalmente ayudará a que eructe. No se preocupe si no lo hace en ese momento. Evite manipular mucho al niño después de las tomas para que no regurgite.

A TENER EN CUENTA La alimentación con fórmulas artificiales no es igual que la alimentación con leche materna. Las deposiciones del lactante alimentado con fórmula son menos numerosas y más consistentes que las del niño alimentado al pecho. **Consulte cualquier duda con su médico o pediatra.**

Cuadro de Proporciones		Cuadro de cantidades recomendadas por toma	
30 ml	1 cacito	Primer día:	5 a 10 cc
60 ml	2 cacitos	Segundo día	20 cc
90 ml	3 cacitos	Tercer día	30 cc
120 ml	4 cacitos	Cuarto día	40 cc
150 ml	5 cacitos	Quinto día	50 cc



lactancia materna

FUENTES

1. Criado Vega E, Merino Moína M. Lactancia artificial y biberón. www.aepap.org. Última visita 9 enero de 2010.
2. Vitoria Miñana I. Agua de bebida en el niño. Recomendaciones prácticas. *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(6): 255-256.
- 3.- Recomendaciones sobre Lactancia Artificial. Atención Primaria Área 11. Comunidad de Madrid. Salud Madrid.
4. como preparar sucedáneos en polvo para lactantes en entornos asistenciales. Disponible en http://www.ihan.es/cd/documentos/Prep_bib_hospital.pdf

ENLACES RECOMENDADOS

Respuestas a las preguntas mas frecuentes

<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna>

Medicamentos y lactancia. Una web mantenida por la Asociación para la Promoción e Investigación de la Lactancia Materna (<http://apilam.org>), en donde puede consultarse la compatibilidad de medicamentos, otras sustancias y enfermedades con la lactancia materna <http://www.e-lactancia.org/>

La Webica. Web que contiene una selección de recursos útiles para profesionales. <http://infodoctor.org/gipi/lawebica.htm>

Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Hospital IHAN desde el año 2011. El 12 de Octubre es un referente de los cuidados neonatales a nivel nacional e internacional. En su web se puede acceder a sus guías y protocolos, documentación destinada a las familias, así como a la información del su banco de leche,

<http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/default.asp>

La Leche League International. La Liga de La Leche Internacional (LLLI) es una ONG, fundada en 1956, que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Es miembro del Consejo de ONGs de UNICEF y miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA). Además, mantiene relaciones oficiales de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. En su página de internet hay información fiable y respuestas a la mayoría de los problemas de lactancia que plantean las madres. Especialmente práctica la sección de preguntas más frecuentes.

<http://www.llli.org/langespanol.html>

BIBLIOGRAFIA

Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C.: OPS © 2002. Organización panamericana de la Salud. ISBN 92 75 12397 7. Se puede descargar de: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/bob-main.htm>

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2003. ISBN 92 4 356221 5. Se puede descargar de: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf

Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998. Se puede descargar de: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. Se puede descargar de: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones Basadas en Pruebas y Buenas Prácticas. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

WHO. Mastitis: Causes and Management. Dept. of child and adolescent health and development. WHO/FCH/CAH/00.13. Ginebra, Suiza, 2000

Aguayo Maldonado J, Arena Ansotegui J, Blázquez García MJ. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica. Ed, panamericana. 2008. Madrid.

Lasarte Velilla J, Hernández Aguilar MT. Actualización conocimientos por la promoción y manejo de la lactancia materna. Acta Pediatría aten Prim. 2010.3(2) 124-133.

S. Delgado, R. Arroyo, E. Jiménez, L. Fernández, J.M. Rodríguez. Mastitis infecciosa durante la lactancia un problema infravalorado(I). Acta pediatría. 2009,67(2) 77-84.

E. Jiménez, S. Delgado, R. Arroyo, L. Fernández, J.M. Rodríguez. Mastitis infecciosa durante la lactancia. un problema infravalorado (II) Acta pediátrica. 2009, 67(3) 125-132
C González. Un regalo para toda la vida. Temas de hoy. 2009. Madrid

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2007). Lactancia materna: una guía para la profesión médica (6ª ed.). Madrid: Elsevier .

Lactancia materna libro de respuestas. Estados Unidos. 2002. Ed La Leche League International

Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Antibióticos para la mastitis en mujeres lactantes. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2009, Número 1. Art. No.: CD005458. DOI: 10.1002/14651858. CD005458.pub2

King, C. K., R. Glass, J. S. Bresee, and C. Duggan. 2003. *Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy.* *Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Rep.* 52:1-16.

Practice Parameter: The Management of Acute Gastroenteritis in Young Children. *Pediatrics* 1996;97:424)

Asociación Española de Pediatría Comité de Lactancia Materna. (2004). La lactancia materna: guía para profesionales. Majadahonda (Madrid): Ergón

González, C. (2004). Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: Associació Catalana Pro Alletament Matern.

González, C. (2006). Un regalo para toda la vida: guía de la lactancia materna (1ª ed.). Madrid: Temas de Hoy

Gracias por su atención