



# Política de lactancia materna

# **Política de lactancia materna**

**Elaborado por el Comité de Lactancia Materna:**

**Hospital Universitario La Paz  
Atención Primaria-Áreas: 4, 5 y 6.**

**Junio 2007**



*Nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Susana Ares por su inestimable dedicación y trabajo.*

*Su entusiasmo y entrega para recopilar todos los protocolos de Lactancia de las Unidades de Hospitalización y Área, han facilitado éste documento.*

<b>Política de la lactancia materna. Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>Política de la lactancia materna. Objetivos</b> .....	<b>8</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en atención primaria: Educación sanitaria a la mujer embarazada.</b> .....	<b>9</b>
<b>Protocolo de inicio precoz de la lactancia materna en la unidad de paritorio.</b> .....	<b>11</b>
<b>Protocolo de actuación para todo el personal de puerperio. Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.</b> .....	<b>13</b>
<b>Formulario de observación de las tomas.</b> .....	<b>16</b>
<b>Posibles problemas y su manejo.</b> .....	<b>17</b>
<b>Protocolo médico de analgesia post-parto</b> .....	<b>20</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en atención primaria. Atención a la puerpera y al recién nacido.</b> .....	<b>21</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en la consulta de pediatría de atención primaria</b> .....	<b>25</b>
<b>Lactancia materna en recién nacidos. Medidas de actuación del pediatra / neonatólogo en la planta de maternidad</b> .....	<b>27</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en recién nacidos. Medidas de actuación reanimación-transición</b> .....	<b>28</b>
<b>Suplementación a la lactancia materna.</b> .....	<b>29</b>
<b>Lactancia materna en recién nacidos ingresados en Neonatología.</b> .....	<b>30</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en programa de alta precoz.</b> .....	<b>33</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en urgencias del hospital maternal.</b> .....	<b>34</b>
<b>Protocolo de lactancia materna en urgencias del hospital infantil.</b> .....	<b>36</b>
<b>Anexo 1: Ventajas de la lactancia materna.</b> .....	<b>39</b>
<b>Anexo 2: Suplementos de vitaminas y minerales durante la lactancia.</b> .....	<b>41</b>
<b>Anexo 3: Lactancia materna en circunstancias especiales.</b> .....	<b>43</b>
<b>Anexo 4: Lactancia y medicamentos.</b> .....	<b>46</b>
<b>Anexo 5-A: Protocolo de congelación de leche materna en el hospital.</b> .....	<b>49</b>
<b>Anexo 5-B: Protocolo de extracción y transporte de leche materna en el domicilio.</b> .....	<b>51</b>
<b>Anexo 6: Hoja de información para los padres: Normas para la extracción, conservación y transporte de leche materna en recién nacidos ingresados en el servicio de Neonatología.</b> .....	<b>53</b>
<b>Anexo 7: Curvas de talla y peso de la OMS para niños y niñas amamantadas.</b> .....	<b>54</b>
<b>Anexo 8-A: Hoja Informativa para pacientes en urgencias del Hospital Maternal.</b> .....	<b>56</b>
<b>Anexo 8-B: Hoja de derivación de pacientes al centro de salud.</b> .....	<b>57</b>
<b>Paginas Web y bibliografía.</b> .....	<b>58</b>
<b>Comité de Lactancia Materna.</b> .....	<b>62</b>

## INTRODUCCIÓN

La importancia de la lactancia natural ha sido claramente reconocida a lo largo de la historia, de hecho, hasta principios del siglo XX, un lactante no alimentado con leche materna, no solía sobrevivir. La superioridad en todos los aspectos, nutricional, bioquímico, inmunológico, psicológico, e incluso económico, es indiscutible en la actualidad, garantizando el óptimo desarrollo y crecimiento del niño.

Este Hospital y las áreas de salud correspondientes están preocupadas por promocionar e impulsar la Lactancia Materna sabiendo la importancia que esta tiene para la salud del bebé y la madre

Los beneficios de la leche materna son múltiples: disminuye las alergias y las infecciones, favorece la maduración neurológica e incluso previene ciertas enfermedades (Anexo 1). Pero lo más importante es que cada recién nacido tiene su propia leche, UNICA, adaptada a sus necesidades específicas. La composición de la leche materna es diferente si el recién nacido es pretérmino y cambia adecuándose al crecimiento del lactante.

La lactancia materna es la manera más rápida, segura y económica de alimentar al bebé y es la mejor forma de iniciar la vinculación afectiva para la madre y el hijo. Estimula la mayoría de los sentidos y el contacto corporal y permite al bebé reconocer el olor de su madre. El bebé siente y oye el corazón de la madre, como en el ambiente intrauterino. La lactancia debe iniciarse lo antes posible ya que mejora esta relación afectiva y mejora la duración de la misma.

Antiguamente las matronas recomendaban dar el pecho enseguida, después del parto, porque sabían que facilitaba la expulsión de la placenta. Actualmente se sabe que la lactancia materna aporta beneficios fisiológicos a la madre como puede ser la aceleración en la contracción uterina (liberación de oxitocina de la hipófisis posterior), disminuye la probabilidad de sufrir cáncer de mama, incluso ayuda a la pérdida de peso porque exige un gasto de gran cantidad de energía.

La disminución de la lactancia materna no es una "catástrofe natural", sino consecuencia de múltiples factores, sociales, económicos y culturales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la gran mayoría de las mujeres (más del 97%) son fisiológicamente capaces de amamantar a sus hijos de modo satisfactorio. La discrepancia entre las que son capaces y las que lo consiguen pone en evidencia un fallo en el manejo de la lactancia.

Debido a los cambios sociales y del lugar de nacimiento (hospitales), las familias ya no tienen un apoyo continuo y consistente de parientes y vecinos, por lo que muchas mujeres dependen más que nunca del apoyo del personal sanitario, y muy especialmente de enfermeras y matronas.

La tendencia a la lactancia artificial comenzó en los países industrializados, pero rápidamente se extendió a los países en vías de desarrollo, donde las consecuencias fueron devastadoras. Al crecer la preocupación pública y profesional, por la decadencia de la lactancia materna, durante los años 70, dos agencias de las Naciones Unidas OMS y UNICEFF, respondieron organizando una reunión internacional en 1.979 de la que surge el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna" para controlar las prácticas inadecuadas de mercado de leche artificial. A pesar de las buenas intenciones del código, durante el decenio de 1.980 no se cumplieron las normas y la lactancia natural siguió disminuyendo, por lo que en 1.989 la OMS y el UNICEFF publicaron la declaración conjunta "Protegiendo, Promoviendo, y Apoyando la Lactancia Materna. El Papel Especial de los Servicios de Maternidad". Para dar prioridad a las necesidades de la madre y su recién nacido presentaron la iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

El Hospital o Maternidad que desee ser declarado "Amigo de los Niños" deberá poner en práctica todos y cada uno de los "Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural".

En la actualidad existe el convencimiento de que la lactancia natural es compatible con la sociedad moderna e industrializada, siempre que exista una sensibilidad social adecuada a las necesidades de las madres y los niños, y las medidas de apoyo necesarias para atenderlas.

## POLITICA DE LA LACTANCIA MATERNA

### Objetivos

#### OBJETIVO GENERAL

PROMOVER INICIATIVAS PARA CONSEGUIR AUMENTAR EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.) UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN A TRAVÉS DE UN DOCUMENTO ESCRITO QUE DEBE CONOCER TODO EL PERSONAL QUE ATIENDE A LAS MADRES Y SUS NIÑOS.
- 2.) AMPLIAR Y ASEGURAR LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE VAN A ESTAR AL CUIDADO DE ESTOS NIÑOS
- 3.) CONSEGUIR LA ACREDITACIÓN DE HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS A TRAVÉS DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS/UNICEF "10 PASOS PARA UNA LACTANCIA CON ÉXITO".

#### DECLARACIÓN DE INTENCIONES

Como todos sabemos, **LA LECHE MATERNA es el mejor alimento para el recién nacido**. Por eso, en esta **MATERNIDAD** intentamos establecer de forma correcta la "lactancia materna" desde el primer día.

- Manteniendo juntos a las madres y sus hijos, siempre que sea posible, las 24 horas del día.
- Realizando la primera puesta al pecho lo antes posible después del parto.
- Amamantando sin horario: simplemente cuando el niño llora y hasta que no quiera más.
- Suplementando la lactancia materna solo por prescripción médica.
- Evitando los chupetes: el pecho da mucho más que leche, da **consuelo, cariño y seguridad**.
- Es aconsejable rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta en el Hospital, en relación con el sucedáneo de leche de madre.
- Capacitar al personal del área de partos mediante cursos teórico prácticos. (acreditados por Formación Continuada). Todos los profesionales que atienden a la madre y al niño deberán hacer formación.

#### DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

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

- 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- 2.- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5.- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6.- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- 7.- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8.- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- 9.- No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

## PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Educación sanitaria a la mujer embarazada

Desde Atención Primaria se dará cobertura a los pasos números 1, 2, 3 y 10 de las recomendaciones de la OMS "Hacia una feliz lactancia natural", cuyo contenido es:

- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

#### PLAN DE ACCIÓN:

La puesta en marcha del programa de apoyo y fomento de la lactancia materna establecerá dos líneas de trabajo:

- Una orientada hacia los componentes del equipo, profesionales sanitarios.
- Otra orientada a la población (embarazada, puérpera/familia y recién nacido)

#### MEDIDAS DE ORGANIZACIÓN INTERNA:

Para implicar a los profesionales sanitarios, a los responsables de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada y conseguir la motivación suficiente para poner en práctica la política de lactancia materna, para ello será imprescindible:

#### FORMACIÓN.

Capacitación de todo el personal sanitario que esté en contacto con embarazadas, puérperas y lactantes. Es imprescindible para aplicar una norma de lactancia. No se puede esperar que los profesionales que no han recibido formación en atención a la lactancia, puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente. Resulta de interés aumentar los conocimientos pero también las habilidades, o no será posible llevar los conocimientos a la práctica.

Cambio de actitudes. Es necesario cambiar las actitudes que constituyen un obstáculo para la promoción de la lactancia. Entre ellas están:

- La creencia de que los profesionales sanitarios lo saben todo.
- No hay diferencias importantes entre Lactancia materna y Lactancia artificial.
- La resistencia a dedicar tiempo del personal al apoyo a la lactancia.
- La negación del impacto de la información incoherente o errónea.

Los agentes de salud pueden socavar la confianza de la madre con determinados comentarios, por ejemplo, las dudas acerca de la cantidad de leche.

Para que la formación continuada tenga éxito debe ser obligatoria, lo que requiere una norma estricta respaldada. Si es voluntaria, probablemente la asistencia sea escasa y solo participen aquellos cuya actitud ya era favorable.

Establecer planes de cuidados enfermeros que sirvan para sistematizar, unificar criterios y extraer resultados.

#### COORDINACIÓN INTERNA.

- Realizar un protocolo sobre la mujer lactante en el que participen todos los miembros del equipo.
- Establecer circuitos que aumenten la captación de embarazadas para el programa de preparación maternal.
- Mejorar la captación de madres en el posparto inmediato para realizar un contacto temprano.
- Establecer reuniones de equipo (médico de familia, pediatra, matrona, enfermera) para realizar seguimiento.
- Contemplar la figura de consultora en Lactancia materna dentro de los equipos de Atención primaria.



## COORDINACIÓN EXTERNA

- Contactar con las asociaciones y grupos de apoyo a la LM que refuercen positivamente los logros del equipo y que puedan servir de referencia a las mujeres.
- Establecer un documento conjunto de información Atención primaria-Atención especializada sobre la situación de la mujer.
- Realizar reuniones periódicas con el hospital de referencia para el seguimiento de la situación en el área y resolver los problemas detectados.
- Participar activamente en la comisión de Lactancia materna .

## MEDIDAS ORIENTADAS A LA POBLACIÓN

### ATENCIÓN A LA GESTANTE:

Objetivos generales:

- Informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre y recién nacido durante los primeros 4 meses de vida. Explicar y enseñar las técnicas de lactancia materna.
- Detectar precozmente a las mujeres con antecedentes y/o factores desfavorables para la lactancia materna y derivarlas para acciones personalizadas.

Se consideran factores de riesgo para la lactancia materna:

- Mujeres que nunca han amamantado
- Mujeres que han destetado prematuramente en hijos mayores
- Mujeres que refieren enfermedades, operaciones o problemas previos en las mamas
- Mujeres que trabajan fuera del hogar en condiciones que interfieran con el amamantamiento
- Mujeres solas o con poco apoyo social

La matrona por su formación teórica y práctica en lactancia está capacitada para informar adecuadamente y ayudar a resolver los problemas técnicos que se presenten durante la lactancia, bien de manera individual (Consulta Prenatal ) o mediante el Programa de Educación Maternal.

La Educación Maternal es imprescindible para ayudar a las madres a realizar una elección informada sobre el método de alimentación de sus hijos. La educación de los padres antes y después del parto es esencial para el éxito de la lactancia, por lo cual la matrona recomendará la lactancia materna informando de sus beneficios, deshaciendo mitos y ayudando a establecer expectativas realistas sobre la misma. Se asegurará de que las familias poseen la información necesaria y conocen la técnica de la lactancia y las prácticas que hay que evitar en prevención de los futuros problemas. Hay que involucrar al padre, ya que su apoyo es decisivo para la instauración y mantenimiento de la lactancia.

## PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL

### CONTENIDOS DE LAS SESIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA:

- Beneficios y ventajas de la lactancia natural exclusiva
- Anatomía y fisiología
- Apego. Contacto precoz
- Técnica de la lactancia
- Dificultades y problemas: pezones doloridos, grietas, ingurgitación, pezones invertidos, planos, obstrucción de conductos, mastitis, abscesos, hipogalactia.
- Signos de amamantamiento ineficaz, ganancia normal de peso...
- Extracción manual y con sacaleches de la leche materna
- Conservación de la leche materna y su posterior utilización
- Alimentación de la madre, necesidades nutricionales
- Destete, introducción adecuada de la alimentación complementaria sin suspender la lactancia...
- Madre que trabaja; derechos legales, código de la OMS., legislación española
- Anticoncepción y lactancia materna
- Información: consulta posparto, consulta de lactancia y de grupos de apoyo a la lactancia natural
- Especificar quien la da la educación sanitaria y en que momento, que folletos se dan...
- Añadir en el programa docente a madres: ganancia normal de peso, curvas de la OMS, que hacer si cree que tiene poca leche, como introducir la alimentación complementaria sin destetar.

# PROTOCOLO DE INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE PARITORIO

## DEFINICIÓN

Es el conjunto de actividades coordinadas por el personal de enfermería del Hospital Universitario La Paz de Madrid, dentro de la unidad de paritorio, encaminada al inicio precoz de la Lactancia Materna, siguiendo la política hospitalaria de ser "Hospital Amigo De Los Niños" y de acuerdo con las recomendaciones de OMS y UNICEF ‡ "Diez pasos para una lactancia exitosa":

## OBJETIVOS

### OBJETIVOS GENERALES

- A) Promover la Lactancia Materna mejorando la calidad de vida del recién nacido y de la mujer.
- B) Favorecer el inicio de la Lactancia Materna en la unidad de paritorio.
- C) Unificar criterios del personal: de información y asistenciales.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir al inicio de una Lactancia Materna satisfactoria.
- Ayudar a conseguir una actitud positiva de la pareja con respecto a la lactancia materna.
- Adaptar el entorno físico para conseguir un clima de seguridad y confort de la pareja y el recién nacido.
  - Proporcionar información necesaria para el inicio y continuidad de la Lactancia Materna, aumentando así su confianza.
- Disminuir la ansiedad de la mujer por posibles dificultades o dudas sobre la Lactancia Materna.
- Favorecer el vínculo padres- recién nacido durante la lactancia.
- Respetar el deseo de no iniciar la Lactancia Materna.
- Fomentar el aumento de conocimientos en el personal. Capacitar al personal.

## ACTIVIDADES

1. Preguntar y registrar antecedentes de Lactancia Materna, deseo o no de Lactancia Materna, posibles dificultades, contraindicaciones, factores de riesgo o necesidad de apoyo especial para una adecuada lactancia, conocimientos previos de la pareja sobre la alimentación del R.N. (asistencia al curso de Educación Maternal, experiencias previas, etc.) .
2. Valorar la necesidad de información sobre la técnica de la Lactancia Materna.
3. Explicar la necesidad e importancia del inicio temprano por sus beneficios sobre:
  - a) Salud de la mujer:
    - Aumenta la secreción de oxitocina endógena (contrae el miometrio, provoca la eyección de leche en la glándula mamaria, favorece el apego con el recién nacido)
    - Aumenta la secreción de endorfinas (opiáceo natural capaz de producir analgesia y, también, un estímulo para prolongar la Lactancia Materna).
  - b) Salud del recién nacido:
    - Inmunológica
    - Protectora y de afecto
    - Desde el punto de vista biológico garantiza un óptimo crecimiento y desarrollo neurológico
  - c) Área psicoafectiva:
    - Aumenta el vínculo emocional.
4. Asegurar que el entorno físico del paritorio es el adecuado.
5. Verificar el confort de la mujer.

6. Iniciar la lactancia lo antes posible, mejor en la primera \_ hora después del parto que es cuando el recién nacido está más receptivo y su reflejo de succión es más fuerte. Esta actuación se llevará a cabo tras valoración del estado físico y emocional y siempre y cuando estén estables tanto la madre como el recién nacido.  
Si la mujer tiene algún problema físico (hemorragia, hipotensión, etc.), psicoemocional o si está muy cansada se iniciará la lactancia cuando ella pueda o se pospondrá al puerperio precoz. Igualmente si el recién nacido tiene algún problema o si está poco receptivo.
7. Colaborar con la mujer en la puesta al pecho del recién nacido, si precisa.
8. Enseñar o ayudar a estimular:
  - Erección del pezón.
  - Reflejo de búsqueda.
9. Se supervisará la primera puesta al pecho para que sea adecuada (que el niño coja areola y pezón, cuerpo del bebé cerca y de frente al pecho, su cabeza y cuerpo bien alineados, nalgas del bebé bien apoyadas, madre relajada y cómoda, etc.) y si no corregir la técnica. Especial atención en el caso de mujeres primíparas, múltiparas que no han dado de lactar nunca o con experiencias anteriores no satisfactorias, mujeres con dificultades. Dar apoyo.
10. Mantener un clima adecuado en la sala de paritorios para facilitar y propiciar el vínculo de los padres con el recién nacido, intentando respetar el espacio íntimo durante la lactancia. Favorecer un ambiente psicoafectivo adecuado. Interferir lo menos posible pero sin disminuir los cuidados.
11. Invitar a los padres a realizar preguntas para resolver o aclarar posibles dudas o temores, intentando así disminuir la ansiedad por desinformación.
12. Hacer partícipe a la pareja incluyéndole en la información dada sobre la lactancia e invitándole a dar apoyo a la mujer. Importante: no excedernos con la información, sino intentar ser claros, concretos y concisos.
13. Si el recién nacido debe trasladarse al servicio de neonatología, decir a los padres que, tras su ingreso en la unidad de puerperio, existe la posibilidad de iniciar la lactancia materna en dicha unidad si el estado de salud del recién nacido lo permite.
14. Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la Lactancia Materna. Debemos asegurarnos que no es una cuestión de desinformación, por lo que se explicarán, si lo creemos necesario, las ventajas e inconvenientes de la Lactancia Materna y del apoyo que recibirán por nuestra parte y por parte de los profesionales de la salud que precisen.
15. Registrar en la historia clínica el inicio de Lactancia Materna, posibles incidencias y, en el caso de que no la inicien o no deseen, se especificará el motivo.
16. Cuando no es posible dar Lactancia Materna intentar tranquilizar y desculpabilizar a la mujer si fuera necesario.
17. Capacitar periódicamente al personal del área de partos mediante cursos teórico prácticos. (acreditados por Formación Continuada).

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TODO EL PERSONAL DE PUERPERIO.

## Protección. Promoción y apoyo de la lactancia materna

### 1.- La lactancia Materna debe iniciarse en el postparto inmediato (Recuperación)

Al ingresar madre e hijo en la unidad leer en el Dossier de enfermería las incidencias reflejadas respecto a ello.

Si por cualquier motivo no le hubiese puesto al pecho, se tratará de hacerlo lo antes posible, proporcionándole comodidad a la madre y un ambiente tranquilo.

"Es muy importante **Felicitar, Estimular** y aumentar la confianza de la madre.

\* Hay que observar la primera puesta al pecho en la unidad.

#### ● Ayudar a colocar al bebé (si fuese necesario)

- Dar a la madre y, padre sólo la información más pertinente (el estado emocional, no va a permitir la retención de grandes informaciones).
- Responder a las preguntas de la madre,
- Observar a la madre amamantando antes de ayudarla.
- Ayudar solamente si tiene dificultades.
- Dejar que haga todo lo que pueda por sí misma.
- Asegurarnos de que la madre entiende lo que le decimos o hacemos, para que pueda hacerlo por sí misma.

### SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA VA BIEN

- 1.- Madre relajada y cómoda,
- 2.- Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho.
- 3.- Cabeza y cuerpo del bebé alineados.
- 4.- Nalgas del bebé apoyadas.

### RESPUESTAS

1. El bebé busca el pecho.
2. El bebé explora el pecho con la lengua.
3. Bebé tranquilo y alerta mientras mama.
4. El bebé permanece agarrado al pecho.
5. Signos de eyección de leche (chorros, entuertos)

### VÍNCULO EMOCIONAL DE LA MADRE

1. Lo sostiene segura y confiada.
2. Lo mira, cara a cara.
3. Mucho contacto de la madre.
4. La madre acaricia al bebé.

### ANATOMÍA

1. Pechos blandos después de la toma.
2. Pezones protráctiles.
3. Piel de apariencia sana.
4. Pechos redondeados mientras el bebé mama.

### SUCCIÓN

1. Más areola sobre la boca del bebé que debajo.
2. Labio inferior evertido.
3. Boca bien abierta.
4. Mentón y la nariz del bebé, toca el pecho de la madre.
5. Mejillas redondeadas.
6. Succión lenta y profunda, a veces con pausas.
7. Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.

## TIEMPO

El bebé suelta el pecho espontáneamente.

1. Anotar en la Historia de Enfermería posibles problemas que pudiesen interferir en la lactancia materna para dedicarle nuestros cuidados.

2. Alojamiento conjunto las 24 horas del día.

- El bebé permanecerá siempre junto a su madre.
- Se valorará por parte de la enfermera los casos en que sea necesario por causa materna la separación nocturna, intentando que sea lo menos posible y anotando en la historia de enfermería el tiempo y causa.

3. Lactancia frecuente y a demanda

- Cada vez que el recién nacido busque o llore, y hasta que no quiera más. Puede mamar de un pecho cada vez, ya que la leche del final tiene más grasas y calorías.
- Los primeros días debe hacer 9 ó 10 tomas en 24 horas.
- Si un bebé no demanda, está adormilado o hipoactivo, hay que observarle e indicarle a la madre que le estimule a lactar, no debe pasar más de 4 horas sin mamar.
- Enseñar a las madres a reconocer signos precoces de hambre en el niño

4. Recordar que hay que elogiar, apoyar y dar confianza a las madres.

- Un ambiente relajado y tranquilo favorece la lactancia.

5. En el caso de que los niños estén ingresados en la Clínica Infantil:

Se valorará, el estado de la madre y si es posible podrá bajar en silla de ruedas el mismo día de su ingreso en la unidad.

En cuanto sea posible empezará a estimular sus mamas recogiendo cada 3 horas la leche extraída en un biberón, donde pondrá el nombre y ubicación del bebé guardándolo en la nevera.

Se bajará todos los días a Lacto-Dietética la leche recogida por las madres antes de las 12 horas desde cada unidad.

La mujer que haya tenido un parto normal puede bajar cada 3 horas excepto a las 24 horas y a las 6 de la mañana (para procurar su descanso).

La mujer que haya tenido una cesárea bajará siempre que su evolución lo permita. (Respetando el horario nocturno).

La enfermera y el médico valorarán cualquier modificación en este sentido.

LA ALIMENTACIÓN ESTÁNDAR DEL HOSPITAL es la lactancia natural y ante las madres se dará por hecho que van a utilizarla sin ofrecérselo como una elección.

Si las madres no desean alimentar a sus hijos con leche materna, se hablará con ellas, potenciando las ventajas de la leche natural e intentando aclarar sus dudas, SIEMPRE SIN AGOBIARLAS, NI CULPABILIZARLAS, RESPETANDO SU DERECHO A EJERCER SU LIBERTAD SI DECIDE OPTAR POR LA LACTANCIA ARTIFICIAL.

UNA MADRE SIEMPRE ES EXCELENTE OPTE POR LA ALIMENTACIÓN MATERNA O ARTIFICIAL.

En el Hospital existen las canastillas de regalo sin publicidad que protegen la lactancia materna, y es aconsejable rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta en las plantas de puerperio, en relación con el sucedáneo de leche de madre.

6. Educación sanitaria y ayuda a las madres

Observar el estado de integridad de la piel de los pezones, si presentarse dolor o grietas, corregir la postura al lactar si fuese necesario, recomendarles que al terminar la toma protejan sus pezones con su propia leche dejándolos secar al aire.

El cuidado de la piel sólo precisa ducha diaria.

Los pezones están lubricados naturalmente con "la mejor crema del mundo" excretada por las glándulas de Mongomeri.

El bebé introducirá en su boca el pezón y parte de la areola mamaria. Él mismo decidirá cuando no desea más, si se tuviese que interrumpir la lactancia, la separación del pecho será suave procurando que el bebé abra la boca antes de soltar el pezón. Se aclararán todas las dudas informando a los padres en relación a la Lactancia Materna y cuidados del recién nacido de forma individualizada.

Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo solo cuando la LM esté bien establecida. En algunos niños, el uso precoz de chupetes puede interferir con el esta-

blecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención.

Esta recomendación no contraindica el empleo de chupetes para succión no nutritiva y entrenamiento oral de prematuros u otros niños con necesidades especiales.

Enseñar a las madres la extracción manual de leche (Técnica de Marmet).

Se evitarán los chupetes por la confusión que podría representar al bebé al realizar la lactancia, el pecho da mucho más que leche, da consuelo cariño y seguridad.

Indicar al alta: "contactar con matrona de área".

Reforzar tratamiento suplementario (Yodo, hierro) (Anexo 2).

## HABILIDADES PARA REFORZAR LA CONFIANZA Y DAR APOYO

- Acepte lo que la madre piensa y siente
- Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien.
- Dé ayuda práctica
- Dé una información pertinente y corta en el momento
- Use lenguaje sencillo
- Haga una o dos sugerencias, no dé órdenes.

## FORMULARIO DE OBSERVACIÓN DE LAS TOMAS

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Edad del bebé: \_\_\_\_\_

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

### POSICIÓN DEL CUERPO

- Madre relajada y cómoda
- Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- (Nalgas del bebé apoyadas)
- Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
- Cuerpo del bebé separado de la madre
- Cuello del bebé torcido
- (Sólo apoyados la cabeza o los hombros)

### RESPUESTAS

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

### VÍNCULO EMOCIONAL

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

### ANATOMÍA

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

### SUCCIÓN

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

### EL TIEMPO

- El bebé suelta el pecho espontáneamente
- El bebé mamó durante \_\_\_\_\_ minutos
- La madre retira al bebé del pecho

NOTAS: Adaptado del formulario del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia" de H.C. Armstrong, IBFAN y UNICEF, Nueva Cork, 1992.

## POSIBLES PROBLEMAS Y SU MANEJO

### MANEJO DEL PEZÓN DAÑADO

#### 1º. Investigar la causa

- Observar la postura al realizar la lactancia, de la madre y del bebé.
- Examinar los pechos (ingurgitación, fisuras o candidiasis).
- Observar al bebé (posible frenillo o cándidas).

#### 2º. Dar el tratamiento adecuado

- Dar confianza a la madre
- Reducir la ingurgitación (sugerir alimentar al niño frecuentemente), y extracción manual de la leche.
- Corregir la postura, si fuese necesario
- Tratamiento de cándidas si la situación lo requiere
- No interrumpir la lactancia

#### 3º. Indicar a la madre.

- Lavar las mamas una vez al día (evitando el jabón) en la ducha diaria.
- Evitar lociones y cremas médicas.
- Extender su propia leche por la areola y pezón al finalizar la toma.

### DIFERENCIA ENTRE

#### **PECHOS LLENOS**

Calientes  
Duros  
Pesados  
La leche fluye  
No hay fiebre

#### **PECHOS PLETÓRICOS**

Dolorosos  
Edematosos  
Tensos (especialmente el pezón)  
La leche no fluye  
Puede haber fiebre 24 h.  
Brillantes  
Pueden verse rojos

### MANEJO DE LOS PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

Tratamiento prenatal: Posiblemente no es necesario ya que puede estimular la secreción de oxitocina y desencadenar las contracciones

#### 1º. Inmediatamente tras el nacimiento:

- Reforzar la confianza materna
- Explicar que el bebé mama del pecho, no del pezón (pezón más parte inferior de areola).
- Dejar al bebé explorar el pecho, piel con piel.
- Ayudar a la madre en la posición del bebé (si fuese necesario)
- Tratar diferentes posiciones
- Ayudarla a estimular el pezón (que utilice jeringa y embolo)

#### 2º. Si fuese necesario:

- Extraer la leche y alimentar al bebé con vaso, cucharita o jeringa.
- Tratar de evitar dárselo con biberón
- Las pezoneras de silicona han de ser utilizadas sólo en casos muy especiales, poco tiempo y supervisadas por un profesional sanitario.



## CAUSAS Y MANERAS DE PREVENIR LA PLETORA

### CAUSAS

Mucha leche  
Tardanza en comenzar la lactancia  
Agarre deficiente  
Extracciones infrecuentes de leche  
Restricción de la duración de las comidas

### → PREVENCIÓN

Comenzar a amamantar tan pronto como sea posible, después del parto.

→ Asegure un buen agarre.

} Anime a la madre a que le dé de mamar sin restricciones.

## TRATAMIENTO DE LA PLETORA

### No "haga descansar" el pecho

Si el bebé es capaz de succionar → Dele de mamar con frecuencia. Ayúdelo a colocarse bien.

Antes de poner al niño al pecho → Compresas tibias o ducha de agua tibia.  
Estimular el reflejo de Oxitocina mediante,  
Masaje del cuello y la espalda  
Masaje delicado de la mama  
Ayuda a que la madre se relaje

Después de la toma para reducir edema ⇒ Compresas de agua fría

Si el bebé no es capaz de succionar → Extraiga la leche manualmente, y/o con un extractor manual o mecánico

## SINTOMAS DE CONDUCTO OBSTRUIDO Y MASTITIS

Conducto obstruido → Leche retenida → Mastitis no infectada → Mastitis infectada

Evolución a

Masa	→	Inflamación dura
Sensible	→	Dolor severo
Enrojecimiento localizado	→	Área Roja
Sin fiebre	→	Fiebre
Se siente bien	→	Se siente enferma

## CAUSAS DE CONDUCTOS OBSTRUIDOS Y MASTITIS

1. Drenaje insuficiente de una parte del pecho o todo el pecho. Debido:
  - a) Disminución de la frecuencia y duración de las tomas
  - b) Succión ineficaz
  - c) Presión causada por la ropa
  - d) Presión hecha por los dedos al dar de mamar
  - e) Presión grande con drenaje inadecuado
2. Estrés, exceso de trabajo
3. Trauma o fisuras, grietas, erosiones en la piel: permiten que entren las bacterias y favorece la infección

## TRATAMIENTO DEL CONDUCTO OBSTRUIDO Y DE LA MASTITIS

- a) Mejore el drenaje del pecho. Busque la causa y corríjala: evaluar la toma
  - Mal agarre
  - Presión de la ropa o los dedos
  - Pecho grande con drenaje pobre
  
- b) Aconseje
  - Postura adecuada
  - Tomas frecuentes
  - Masaje cuidadoso hacia el pezón
  - Compresas tibias
  
- c) Sugiera si es útil
  - Comenzar a dar de mamar por el lado sano
  - Cambiar la posición

En caso de producirse **Síntomas graves, fisura o no hay mejoría después de 24 horas:**  
Trate además con: Antibióticos y Analgésicos, favorecer el descanso de la madre  
**Nunca suspender la lactancia.**

## PROTOCOLO DE ANALGESIA POST PARTO

(Actualizado por el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Farmacia. Abril 2007)

### ANTES DE ADMINISTRAR UN ANALGÉSICO A UNA PACIENTE PUÉRPERA, SE TOMARÁN LAS SIGUIENTES PRECAUCIONES:

1. Preguntar si es alérgica a algún medicamento.
2. Explicar a la paciente que el dolor se produce al contraerse el útero y ello controlará la hemorragia. A más número de partos los entuertos aumentan su intensidad.
3. Explicar también, que se producirán al lactar a su hijo.
4. Tranquilizar a la madre, asegurándose que todo ello contribuirá a su rápida mejoría
5. Si la paciente tras esta información refiere dolor, puede administrarse: PARACETAMOL o IBUPROFENO, vía iv u oral, indistintamente o alternando. Si sintiese dolor pasadas 4-6 horas se puede repetir la dosis.
6. Metamizol magnésico (NOLOTIL): intentar utilizarlo solo si es imprescindible.

### A LAS PACIENTES PROCEDENTES DE REANIMACIÓN TRAS INTERVENCIÓN DE CESÁREA

1. Se continuara hasta finalizar el Protocolo de Reanimación. Concienciándola que todo post-operatorio conlleva molestias que intentaremos paliar al máximo
2. Se les dará la misma información que a todas las pacientes
3. Si refiere dolor, observar la involución uterina (evitar administrar espasmolíticos)
4. Se administrará PARACETAMOL o IBUPROFENO, indistintamente o alternando. Si sintiese dolor pasadas 4-6 horas se puede repetir la dosis.

### ANALGÉSICOS RESTRINGIDOS/CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA

- KETOROLACO (DROAL): ante la falta de estudios disponibles, debe restringirse/contrindicarse su uso en la lactancia. Contraindicado en la ficha técnica. La Academia Americana de pediatría indica que su uso podría ser compatible con la lactancia si es imprescindible. (Comité on drugs. American Academy of Pediatrics. 1994)
- DOLANTINA (ADOLONTA): analgésico opiáceo. CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA . Se recomienda no utilizarlo si no es imprescindible. Vigilar el estado de conciencia del recién nacido.

## PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN ATENCION PRIMARIA

### Atención a la puérpera y al recién nacido

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido, incluidos, Prematuros, gemelos y niños enfermos salvo raras excepciones. Ésta se adapta de forma exclusiva sus requerimientos y satisface todas sus necesidades; nutricionales e hídricas durante los seis primeros meses de vida, siendo aconsejable alargar su duración el máximo tiempo posible.

Desde un punto de vista emocional, facilita el vínculo afectivo entre la madre y el bebé amamantado, una experiencia especial, singular e intensa.

Desde el centro de salud y a través de distintos medios será difundido el servicio de atención y apoyo a la lactancia materna.

Se evitará todo tipo de publicidad en el centro y en su personal de marcas y de leche de fórmula.

### OBJETIVO GENERAL

Conseguir una lactancia materna exclusiva y prolongada.

### INTERVENCIÓN

Consulta de Revisión Posparto. Se realiza por la matrona en domicilio o consulta, a demanda y de forma precoz.

\* Valorar en la madre:

- Instauración de la lactancia.
- Estado físico y emocional de la madre
- Exploración de mamas y pezones.
- Plan de cuidados:
  - Patrón de alimentación
  - Patrón de sueño y descanso.
  - Patrón de actividad y reposo.
  - Higiene general y de la mama
  - Consejo de no automedicarse.

\* Valorar madre-niño:

- Observación de una toma:
  - Madre en posición cómoda y rejada.
  - Colocación correcta del bebé al pecho.
  - Signos de succión correcta
  - Bebé tranquilo y en alerta mientras mama.
  - Seguridad en la madre para sostener a su hijo.

\* Valorar a RN:

- Patrón adecuado de ganancia ponderal.
- Patrón de eliminación;
  - Número y características de deposiciones.
  - Número de micciones
- Patrón del sueño.
- Características del llanto.
- Cuidados del cordón umbilical.
- Higiene: baño, uñas, ojos, nariz y oídos, habitación y cuna,
- El paseo.
- Cólico.
- El juego.

- \* Comprobar si los padres son conscientes de la importancia de alimentar a su hijo con leche materna.
- \* Asegurarse de que conocen la técnica correcta de amamantamiento:
  - Mecanismos de producción de leche.
  - Medidas de higiene.
  - Toma a demanda, dejando que se sacie el bebe de un pecho antes de ofrecer el otro.
  - Toma no limitada en tiempo.
  - No utilizar tetinas, chupetes, ni leche de fórmula salvo indicación pediátrica.
- \* Aclarar dudas y problemas, proporcionando soluciones utilizando un lenguaje claro y sencillo.
- \* Dar ánimos y apoyo, para superar las dificultades y preocupaciones que se les plantea ante esta nueva situación.
- \* Implicación del padre: El apoyo del padre hacia el amamantamiento es uno de los puntos más importantes que ayudan a lograr el éxito. El padre es la persona ideal para animar a la madre a que ésta continúe amamantando, protegiéndola de comentarios negativos, ayudando con el cuidado del bebé.
- \* El padre forma también un vínculo de amor con su bebé, utilizando su tiempo en: cogerlo, acariciarlo, bañándolo, calmando el llanto, ayudado a expulsar los gases, jugando, estimulando...
- \* El padre tendrá la oportunidad de alimentar al bebé cuando se introduzcan los alimentos sólidos en su dieta. De hecho, el bebé puede aceptar mejor otros alimentos si éstos se los ofrece el padre, ya que por lo general, el bebé asocia a la madre con el pecho.
- \* Proporcionar con antelación solución a problemas potenciales:
  - Pezones doloridos.
  - Grietas.
  - Congestión mamaria.
  - Conductos obstruidos y mastitis.
  - Hipogaláctia.
  - Pezones planos o invertidos.
  - Visitas de seguimiento:
    - postnatal.
    - a la semana.
    - a los tres meses
    - previa a la incorporación al trabajo.
  - Evaluación del plan de cuidados.
  - Revisión de objetivos,
  - Programación próxima visita.

### Grupos de apoyo:

Se debe fomentar la creación y a su vez fomentar los grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida de la maternidad.

### Objetivo básico:

Proporcionar conocimientos teórico-prácticos para conseguir una lactancia exitosa.

Proporcionar apoyo emocional a las madres.

Reforzar la confianza en su habilidad innata para amamantar y tomar sus propias decisiones.

Es recomendable que el apoyo comience desde el ingreso en la maternidad.

Es necesario involucrar a la familia próxima a la madre, especialmente a su pareja.

Los contactos frecuentes son mas efectivos.

Ayudar a superar dificultades concretas y posibles crisis de confianza en la madre.

## TIPOS DE GRUPOS DE AYUDA A LA LACTANCIA

**Madre a Madre:** Está formado por madres que han amamantado a sus hijos y se organizan para apoyarse mutuamente en el mantenimiento y disfrute de su lactancia natural.

**Grupo con Monitor en lactancia:** Formado por un técnico en lactancia y madres que amamantan con éxito, que se agrupan para apoyar, asesorar e informar sobre el manejo práctico de la lactancia.

Taller de Lactancia: Consiste en llevar una actividad en grupo, siendo dirigida por profesional sanitario, a la que asisten mujeres embarazadas, madres, familiares y amigos.

- Aprender y transmitir las técnicas correctas del amamantamiento.
- Fomentar el inicio precoz de la lactancia natural, preparando e informando adecuadamente a las madres antes de dar a luz.
- Practicar y manejar las posturas idóneas para dar de mamar, posiciones para sostener al niño, formas de favorecer el "enganche" correcto del bebé al pezón, etc.
- Impulsar la lactancia natural a demanda del bebé, sin restricciones de tomas, sin fijar horarios ni frecuencias. Olvidar el reloj.
- Animar a los padres a reconocer y descubrir los signos tempranos de hambre, las "señales de comunicación" de su hijo, patrones de llanto, horas de sueño, reconocer al "niño" demasiado bueno" que no pide y deja los padres la iniciativa en el estilo de amamantar.
- Evitar, mediante el uso de técnicas correctas, los problemas más frecuentes del inicio de la lactancia:
  - Conductos obstruidos.
  - Ingurgitación.
  - Grietas
  - Mastitis

Intercambiar ideas para dar soluciones a problemas concretos y cotidianos. Baches de "poca leche", niño que gana poco peso, cólicos, llanto vespertino, huelgas de lactancia, etc...

- Enseñar la técnica de: extracción manual.
- Uso de sacaleches.
- Conservación, congelación y utilización de la leche materna.
  - Aportar ideas para compaginar la lactancia materna y la vuelta al trabajo, dentro y fuera del hogar. Búsqueda de soluciones individualizadas. Apoyo telefónico. Proporcionando una lista con nombres y teléfonos de madres que puedan ser consultadas por puérperas en su inicio de la lactancia.

Toda mujer que participe en un grupo de apoyo, rellenará una ficha con sus datos personales, domicilio teléfono, datos del parto y recién nacido.

Este fichero servirá para evaluar el trabajo.

Se elaborará una historia de Lactancia: en la que cuentan sus vivencias durante la lactancia, si han tenido alguna dificultad, como la superaron, y si les ha ocurrido algo curioso, sorprendente, que quieran recordar y compartir.

Estas historias son enriquecedoras para el grupo de apoyo a la lactancia y constituyen un valioso aporte para el presente y futuro de la lactancia materna.

### Requisitos para moderar un grupo de apoyo a la lactancia:

- Conocer el tema en profundidad.
- Tener claro los objetivos perseguidos.
- Tener clara y dominar la metodología prevista.
- Preparar minuciosamente la sesión.
- Manejar las actividades sociales.
- Técnicas de comunicación eficaz.

### Funciones del moderador:

- Clarificación.
- Estimulación.
- Control.
- Fomento de un clima favorable.

#### Clarificación:

- Promover una definición común de los objetivos.
- Reformular las intervenciones de los participantes si se considera necesario.
- Relacionar las diversas intervenciones, destacando puntos en común y dispares.
- Hacer pausa, puntualizar y reconducir.

#### Estimulación:

- Formular preguntas.
- Fomentar la participación.
- Estimular la discusión, animándola.
- Valorar la marcha de la sesión, según el objetivo perseguido.

#### Control:

- Exigir atenerse al tema.
- Exigir atenerse a la metodología propuesta.
- Controlar la participación "excesiva" y la "escasa".
- Mantener el "orden".

#### Fomento de un clima favorable:

- Mostrar interés. Escucha activa.
- Mostrar y exigir respeto.
- Agradecer y reconocer la participación.
- Considerar las emociones expresadas. Mostrar y exigir empatía.
- Detener, si es necesario, el ambiente.

#### Conclusión:

- Los sanitarios motivados y preparados en lactancia son un factor clave en la creación de talleres y el fomento de los grupos de apoyo.
- Las madres lactantes tienen la fuerza y la motivación para darle continuidad al proyecto.
- Se debería evaluar el impacto de estos grupos en la incidencia y prevalencia de la lactancia en nuestra comunidad.

# PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

## 1. Recomendaciones para la lactancia materna.

- **La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño.**
- El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. (Curvas de crecimiento de niños amamantados Anexo 7).
- El objetivo principal es proporcionar una serie de recomendaciones que ayuden al pediatra a **conseguir que todas las madres que lo deseen puedan llegar a amamantar a sus hijos.**
- Después del alta de la maternidad, sobre todo si el alta ha sido precoz, el niño debe ser valorado por el pediatra o por una enfermera experta en la primera semana de vida. Se aprovechará la visita para valorar la situación del recién nacido, reforzar la lactancia y ayudar a resolver las dificultades que hayan podido surgir.
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño lllore, si esta despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho. El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño esta ya irritable, se dificulta el amamantamiento. La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente. El pediatra debe observar cómo se desarrolla la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a casi todas las mujeres les resulta difícil lactar a sus hijos durante los primeros días y que por eso es normal que necesiten ayuda.
- Cuando un recién nacido o un lactante está recibiendo insuficiente cantidad de leche de madre, se debe indicar que aumente el número de tomas del niño o indicar a la madre que se debe estimular con un sacaleches para así incrementar la producción de leche.
- Antes de que el pediatra recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que ha agotado todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna.
- No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados.

## 2. Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna.

- Sería deseable una visita prenatal para que los futuros padres contactaran previamente al nacimiento de su hijo con el pediatra. En esta visita, uno de los objetivos fundamentales es informar de forma extensa sobre las ventajas de la lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos.
- Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta.
- El pediatra de Atención Primaria debe conocer y estimular las iniciativas de la maternidad de referencia en relación con la lactancia. Sería aconsejable que participara activamente en el cumplimiento de los diez puntos de la Iniciativa hacia una "Feliz Lactancia Natural", en todas las maternidades para aumentar el número de "Hospitales Amigos de los Niños"
- El profesional sanitario debería disponer de información sobre los recursos de apoyo a la lactancia para ofrecerlos a los padres.
- El profesional sanitario debe asegurarse de que la madre conoce los derechos laborales que tienen como objetivo facilitar la lactancia.



- El profesional sanitario debe disponer de información escrita asequible para las madres sobre las ventajas de la lactancia materna, la técnica de lactancia, mantenimiento de la lactancia e incorporación laboral. Debe poder aconsejar sobre las formas de extraerse la leche, posibilidad de comprar o alquilar sacaleches y cómo se puede conservar y transportar la leche de madre con seguridad. El uso exclusivo de material escrito tiene poco efecto y no puede ser recomendado.
- El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud, en relación con el sucedáneo de leche de madre.
- El pediatra debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado.

### 3. De la lactancia materna a la introducción de la alimentación complementaria.

- La situación ideal es que el niño permanezca 6 meses de lactancia materna exclusiva, pasado este periodo las necesidades nutricionales del niño se modifican. Alrededor de los 6 meses de edad se deben introducir de forma gradual alimentos complementarios ricos en hierro. El objetivo del supuesto destete es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia hasta al menos el año de edad.
- La introducción de triturados se debe realizar con cuchara, salvo en circunstancias muy especiales como pueden ser los grandes prematuros, no se aconseja el uso de biberones ni siquiera para la administración de líquidos suplementarios. A partir de los 6 meses, los zumos o el agua se pueden dar en un vasito. Antes de esta edad, si están con lactancia materna exclusiva, no precisan ningún aporte de líquido extra.
- Se debe aconsejar a las madres que una vez que se sustituya alguna toma o se complete con alimentos triturados, se debe extraer la leche y conservarla para utilizarla cuando ella no esté o incluso para preparar papillas. Hasta el año, para asegurar el mantenimiento de la lactancia, es aconsejable dar el pecho antes de ofrecer el puré, las frutas y los cereales.
- A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne. Se debe intentar retrasar la introducción de cereales sobre todo si la madre no dispone de leche suficiente para preparar la papilla con su leche. Otra alternativa es preparar los cereales con agua. No se justifica la introducción de sucedáneo de leche de madre solo para introducir los cereales, la situación ideal es que el niño haya completado el año de edad sin que se hayan introducido las proteínas de leche de vaca.
- Si la madre se ha incorporado a su puesto de trabajo se le debe aconsejar que se extraiga la leche durante el horario laboral y que luego cuando esté con el niño le de todas las tomas que pueda. Las tomas nocturnas ayudan a mantener la lactancia. (Lactancia Invertida)

## PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS

### Medidas de actuación del Pediatra / Neonatólogo en la Planta de Maternidad

Protocolo elaborado en el Servicio de Neonatología

Fundamental: Formación de residentes a la llegada a Neonatología, para unificar criterios desde el principio de su rotación, que sean coincidentes con la política de lactancia materna del Hospital Materno–Infantil.

#### Primera visita del Pediatra en la Maternidad:

1. Preguntar si le quiere dar lactancia materna
2. Informar sobre las ventajas de la lactancia materna, sin coaccionar la decisión de la madre
3. Anotad en la historia clínica si dará el pecho
4. Preguntar si ya ha dado alguna toma, y las dificultades técnicas que tuviera. Si no lo ha hecho que comience cuanto antes
5. Valorar una toma delante de un profesional sanitario
6. Coordinar con la enfermera el reforzar la lactancia materna y si fuera necesaria ayuda en las primeras tomas, dejarlo escrito en la historia del niño
7. Informar a la madre de los beneficios del calostro
8. Insistir en la LACTANCIA A DEMANDA
9. Se valorara con las enfermeras si se necesita suplemento de la lactancia con fórmula artificial (ver indicaciones adjuntas)
10. No dar suero glucosado
11. Valorar tomas leche hidrolizada si existen antecedentes de historia de atopia, en ambos padres y/o hermano con alergia a la leche de vaca
12. Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo solo cuando la LM esté bien establecida. En algunos niños, el uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención.
13. Es aconsejable rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta en las plantas de maternidad, en relación con el sucedáneo de leche de madre.

#### Alta del Pediatra en la Maternidad:

1. Preguntar si le da lactancia materna a su hijo.
2. Explicar como reconocer los signos precoces de hambre y las necesidades del niño.
3. Indagar si tiene dificultades, y si se han ido resolviendo durante su estancia
4. Explicar concepto de "a demanda", cuando el niño pida y no más de 4 horas los primeros días, hasta ver ganancia de peso por parte de su pediatra.
5. Valorar necesidad de refuerzo positivo antes del alta, ayuda por parte de la enfermera, y acudir pronto a la matrona
6. Si lactancia artificial informar sobre la pauta según cada caso individualizado
7. Vigilancia del niño: nº de deposiciones, nº de diuresis, mucosas húmedas, ganancia ponderal
8. Si peso al alta < 2700 gr y además problemas de lactancia, o menos de 6 pañales húmedos, y/o menos de una deposición cada 24 horas, acudir a su Pediatra para control de peso y técnica de lactancia materna.

## PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS

### Medidas de actuación Reanimación-Transición

Fundamental: Formación de residentes a la llegada a Neonatología, para unificar criterios desde el principio de su rotación, así como al personal de enfermería que sean coincidentes con la política de lactancia materna del Hospital Materno - Infantil

1. Al ingreso preguntar si le esta dando leche materna.
2. Dar la hoja sobre lactancia materna común a todos los niños ingresados en Neonatología.
3. Informar sobre horario de tomas cada 3 horas, favorecer que acudan a todas las tomas que puedan, avisando a la auxiliar de a cuales vendrán. Política de PUERTAS ABIERTAS.
4. Si no pudiera ponerle al pecho, informar sobre la estimulación en planta, procurando que comience antes de la 24 horas tras el parto.
5. Ambiente tranquilo durante tomas, realizando estas a pie de incubadora, disposición de sillones cómodos para los padres.

## SUPLEMENTACION A LA LACTANCIA MATERNA

Ante un problema concreto, primero se tendrá que valorar una toma con la madre y después asegurar siempre que la ingesta del recién nacido es adecuada.

- En las cesáreas, acortar la separación de la madre y el niño. El niño y la madre permanecen separados unas horas, se empezara la alimentación hacia las 4- 6 horas de vida, o antes según valoración por el pediatra.
- Si el peso de recién nacido es  $< 2300$  gr y/o bajo peso para la edad gestacional, suplementar tras el pecho y hasta que se haya establecido una buena ingesta de leche materna o hasta criterio del pediatra. El objetivo es evitar pérdida de peso  $> 10\%$  en los primeros dos días, así como hipoglucemia precoz.
- Si el peso recién nacido es  $> 4000$  gr y/o antecedente de madre con Diabetes Gestacional, suplementar tras el pecho y hasta que se haya establecido una buena ingesta de leche materna o hasta criterio del pediatra. El objetivo es evitar hipoglucemias precoces.
- Si se constata en los dos primeros días una pérdida excesiva  $\geq$  del 10% del peso al nacer, y no existe una buena subida de leche materna, suplementar siempre después de ofrecer el pecho.
- Si en 24 horas no se ha constatado micción o deposición, valorar suplementar una toma así como valoración por parte del Pediatra

Se suplementara preferentemente con leche materna y/o leche artificial al 10- 14%, la cantidad de 10 ml/toma e ir aumentando cada día según características del niño y situación concreta

## LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA

Estrategias GENERALES de alimentación con Leche Materna en recién nacidos ingresados

### Antecedentes:

Disponer por escrito de un protocolo relativo a la lactancia materna conocida por todo el personal del centro. Ampliar y asegurar la formación de los profesionales que van a estar al cuidado de estos niños

1. Entregar la hoja de información de la lactancia materna y forma de recoger la leche, junto con la hoja de información general sobre el ingreso (ver Anexo 6)
2. Informar a la madre, lo antes posible, de que su leche es la mejor para su hijo pero sin condicionarla. Preguntar por su experiencia previa. Identificar la Actitud de la madre respecto a lactancia
3. Los horarios de visitas serán abiertos en todas las tomas desde las 9 H hasta las 0 H , aconsejar descanso nocturno, animar a los padres a que pasen el mayor tiempo posible con el bebé. Política de PUERTAS ABIERTAS
4. Iniciar la extracción antes de 24 horas tras el parto si es posible. si la madre se encuentra bien. Si se encuentra mal puede hacerse pasadas las 24 horas. Extraer leche hasta 2 minutos después de la última gota (unos 10-15 minutos en total). Informar de la importancia del calostro sobre todo para los grandes pretérminos
5. Recomendar que el niño tome la alimentación directa al pecho lo antes posible. Favorecer la nutrición enteral mínima o trófica con calostro materno.
6. Facilitar a la madre su estancia dentro del Box para dar el pecho a su niño al lado de la cuna/incubadora.
7. Felicitar a la madre en las primeras "puestas al pecho". Proporcionar contacto piel-piel y entrada sin restricciones en la Unidad. Favorecer la succión no nutritiva durante el contacto piel-piel.
8. Explicar a la madre que es importante que venga a todas las tomas que pueda, aunque descansa en las tomas de la noche, y que deje dicho en la historia a las tomas que va a acudir para que la enfermera/auxiliar espere para la toma.
9. Explicar a la madre que " la lactancia a demanda" depende de las necesidades de su hijo. Hay niños que comen cada 2 horas y otros a los que hay que despertar para evitar desnutrición. El número de tomas de pecho es variable. Especificar que las tomas a demanda se hacen en casa.
10. Explicar a la madre que en el hospital, por organización, los horarios son cada 3 horas.
12. Es recomendable que las enfermeras y auxiliares estén presentes en las primeras tomas para valorar la adecuación de la ingesta de LM y las técnicas adecuadas de amamantamiento.
13. Cuidar la espera y la transición en las madres de los niños que no pueden mamar directamente: dar la leche materna por sonda, durante el método canguro favorecer el contacto con el pecho-pezón
14. Usar leche fresca de su propia madre o refrigerada (antes de 48 horas). Si no hay leche fresca, usar leche congelada de su madre, por orden de antigüedad, para obtener las mayores ventajas nutricionales.
15. Facilitar el uso de bombas de extracción de leche manuales o eléctricas. Extracción y mantenimiento de leche en las Unidades Neonatales (ver Anexo 6). Congelar la leche sobrante de los primeros días. Que traigan toda la leche que se saquen en casa.
16. Facilitar el contacto con grupos de madres en situación similar.

## Atención por el personal sanitario

### Identificar los factores de riesgo en la madre y características especiales que

1. Dificultades lactancia materna
2. Contraindiquen lactancia materna
3. Madre muy joven.
4. Enfermedad aguda o crónica...

### Identificar los factores de riesgo en el lactante

1. Parto traumático, parto múltiple.
2. Prematuros o pequeños para la edad gestacional,
3. Problemas neuromotores.
4. Anomalías faciales.
5. Enfermedad RN

### Particularidades de la promoción y fomento de la lactancia materna en UCIN

- Incluso en recién nacidos de muy bajo peso, en el ingreso (1º visita del padre), preguntarle sobre la decisión de amamantar al niño y explicarle que si se lo habían planteado afirmativamente es posible hacerlo, especialmente estos niños, los beneficios de la lactancia materna son muchos.
- No presionar al padre y posteriormente a la madre si han tomado la decisión de no dar el pecho, pero es nuestra obligación informales sobre los grandes beneficios para el gran pretermino.
- En las siguientes visitas le ampliaremos la información sobre el procedimiento a seguir para utilizar la leche de la madre.
- Es importante que esta conversación se lo comunique a la madre pronto para que se anime y para que entre las 24-48 horas post-parto empiece la extracción de leche.
- Antes de tomar la decisión de retirarse la leche es importante que hable con los médicos y enfermeras de Neonatología sobre las causas, ya que hay pocas contraindicaciones absolutas para dejar la lactancia materna.
- Hacer participe al padre del proceso de recogida de la leche, del apoyo a la madre durante todo este periodo y del amamantamiento posteriormente. Hablarles claro de que en los grandes preterminos esto es un periodo largo y duro pero insistir en que merece la pena.
- En las visitas posteriores, confirmar y reforzar la decisión de la lactancia.
- En cuanto empiecen a utilizar el método canguro, los niños que no tengan asistencia respiratoria (respiración asistida, CPAP...), poco a poco, y a ratitos, ir poniendo al niño en contacto con el pezón para que empiece a identificar el olor, la zona y comience a lamer y chupar posteriormente el pezón.
- Favorecer la extracción de leche delante del niño en CIN, con aparatos manuales si las madres así lo desean.
- Confirmar que las cosas se están haciendo bien y si no es así donde fallan. Si la madre trae leche, confirmar que se le esta dando leche materna y que se apunta leche materna en la historia del niño.
- Hablar con los padres sobre las dificultades y problemas que encuentran no solo en la extracción de la leche sino en la mecánica de recogida del hospital, y que comuniquen los problemas que tienen al personal encargado de su hijo.
- Los problemas relacionados con medicaciones en la lactancia y /o enfermedades de la madre, se resolverán en el servicio en el momento, la madre /padre no irá a su domicilio sin saber que hacer en estos casos.
- Si encontramos a mamás con patologías de pecho por alteración en el vaciado o por otras causas, no enviarlas solas al lactario a sacarse la leche, quizás sea mejor tratar el tema dentro de la unidad con un sacaleches manual y atenderlas la propia enfermera si puede.
- Hasta que quede bien instaurada la lactancia materna, podría ser conveniente insistir en la información de la lactancia natural.

### Succión no nutritiva:

La succión no nutritiva (SNN) se comenzó a utilizar hace ya algunos años en los niños pretérmino durante la nutrición enteral y en la transición de la alimentación por sonda a alimentación oral, algunos estudios demostraron que dicha succión inicia un movimiento peristáltico de deglución y mejora la respuesta fisiológica en todo el tracto gastrointestinal.

La succión de un chupete durante la alimentación por sonda no plantea riesgos ni efectos negativos a corto

plazo, aunque sí puede plantear, en los RNMBP que está próximos a realizar la transición a la alimentación directa al pecho, el llamado síndrome de confusión tetina-pezón. Por ello, debería evitarse el chupete en este período y en este grupo de niños, siendo más fisiológicos los cuidados canguro, el contacto y la succión al pecho mientras se le suministra la leche materna mediante sonda nasogástrica, vía enteral continua o intermitente. Aunque en algunos casos como en los recién nacidos prematuros RNPT, la utilización de chupete o tetina puede ser útil para comenzar a estimular la succión no nutritiva, y en algunas ocasiones esta succión ayuda a que estén más cómodos y lloren menos. También es importante para que algunos niños en circunstancias especiales, como los niños con cardiopatías, estén tranquilos. Con ello se obtiene una mejor asociación, por parte del niño, de la succión con la deglución.

### **Método de la madre canguro (MMC)**

Consiste en colocarle en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentarle con leche materna. Debe intentarse lo antes posible en cuanto las condiciones clínicas del niño lo permitan según criterios del médico y enfermera, y que permanezcan con ellos más de una hora.

Es muy importante en todos los niños pero sobre todo en aquellos que se trasladan desde CIN a la unidad de cuidados intermedios y mínimos.

Es importante tener suficientes sillones para que los padres estén cómodos.

Es aconsejable utilizar "bandas" o "fajas especiales" para colocar a los niños en el pecho de los padres.

En muchos casos, el MMC lo practica también el padre.

### **MMC. recomendaciones prácticas**

- a. Informar previamente a las madres de las ventajas de la técnica.
- b. Hacer coincidir el MMC con los horarios de las tomas y permanecer > 1 hora al día
- c. La madre debe estar sentada, con su bebé de cara a ella, en contacto piel con piel.
- d. Asegurar un buen contacto entre la piel. Aunque no es imprescindible, cubrir la cabeza con un gorro de algodón. La madre debe llevar ropa que pueda abrirse por delante. Es preferible que se quite el sujetador.
- e. Mantener la misma monitorización que llevaba en la incubadora.
- f. Cubrir la espalda del niño con una toalla o con la ropa de la madre.
- g. No limitar la duración MMC que, a ser posible, debe ser superior a 1 hora.
- h. Permitir al niño succionar el pecho

# PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ

## OBJETIVOS

1. Fomentar y apoyar la lactancia materna antes del alta y continuar en domicilio al alta.
2. Fomentar la transición lo más precoz posible el amamantamiento, reduciendo el número de tomas de biberón.

## DURANTE EL INGRESO

- Explicar y dar información sobre el Programa de Alta Precoz y La Lactancia Materna por escrito
- Resolver dudas y confirmar con la enfermera responsable del niño para ver como se realiza, ayudar y explicar.
- Beneficios de la lactancia materna en estos niños
- Al ser niños especiales por su peso y edad gestacional, explicar que le den el pecho, al principio o a su llegada a casa, 5 minutos, para que no se cansen y después suplemento si es de leche materna mejor, pero sino explicar la preparación de biberones de leche artificial para prematuros y que cantidad y cuantas tomas al día.

## PREVIO AL ALTA

- Informar de las características de estos niños, la lactancia materna no es a demanda, tenemos que asegurarnos que comen, pues pasan muchas horas durmiendo, hay que despertarles, que no pasen más de tres horas sin comer de día y de noche.
- Ir aumentando el tiempo en el pecho y disminuir el suplemento, y si demanda antes de las 3 horas darle el pecho.
- Que darles " el pecho" no les suponga más ansiedad, que el llevarse el niño a casa.
- Si no puede darle el pecho directamente tendrá que usar un extractor y darle su leche en biberón
- Explicarles cómo se extrae, conserva la leche, cuanto tiempo dura la leche en la nevera y en el congelador.

## EN DOMICILIO

- Reforzar en casa la confianza y autoestima de la madre.
- Explicar y dar consejos oportunos sobre hábitos para mantener la producción de leche materna.
- Resolver dudas que hayan podido surgir.



# PROTOCOLO DE LA LACTANCIA EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL MATERNAL

A la urgencia maternal acuden puérperas que han tenido una mala experiencia con la lactancia, y han aparecido problemas. Esto conlleva una situación de angustia, y la mayoría vienen con la idea de querer retirarse la lactancia.

## OBJETIVO GENERAL

- Promover y promocionar la lactancia materna cuando han aparecido problemas como consecuencia de una mala técnica.
- Detectar y prevenir los problemas y, si han aparecido, intentar subsanarlos.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

### 1. Valoración psicológica:

- Dar apoyo psicológico y comprensión
- NO AGOBIAR CON PREGUNTAS (dejar que se expresen, así reducimos la ansiedad)
- Dar la información necesaria para resolver su problema (ya que su estado emocional no va a permitir retener gran cantidad de información)
- Responder a las preguntas que nos hagan.
- Asegurarnos de que entienden todo lo que decimos.
- Evaluar una toma y corregir los problemas
- Estar con ellas el tiempo que necesiten (las prisas aumentan su angustia).
- Indicar donde pueden dirigirse una vez que han dejado la urgencia (para que en caso de dudas no tengan la sensación de estar solas). Para ello se ha creado en la Urgencia una hoja del lactario donde explicamos las técnicas que se le han practicado y lo puedan llevar a su matrona. (Anexo 8-A y 8-B)
- No coaccionar la decisión de la madre sobre la lactancia (podemos informar, aconsejar, pero nunca decidir por una madre).
- Si eligen la lactancia artificial, dar apoyo psicológico, ya que la mayoría de las veces aparece un sentimiento de culpabilidad.

### 2. Promover y favorecer la lactancia:

Informar sobre las ventajas de la lactancia, e intentar ver en que punto aparecen las dificultades, y reforzarlo.

### 3. Valorar los problemas más frecuentes que surgen:

Valoración de la mama:

- A. Ver si existen grietas o ampollas (acompañadas de dolor). Esto significa una mala succión.
- B. Ver si existe ingurgitación mamaria (pletórico). Esto significa un mal vaciamiento.
- C. Ver si existe mastitis (dolor, calor, rubor, endurecimiento).

\*VER PAGINAS 17, 18 y 19 DE POSIBLES PROBLEMAS Y SU MANEJO\*

### 4. Dar una educación sanitaria sobre la lactancia:

- La mejor manera de solucionar un problema es evitarlo.
- Corregir y controlar la posición del niño durante las tomas.
- Mejorar el drenaje con pequeños masajes antes y durante la toma, apretando el pecho suavemente en dirección al pezón.
- Aplicar compresas calientes antes de la toma, ya que el calor va bien para activar el flujo de la leche. Se debe colocar alrededor de la areola unos 10 minutos antes.
- Aplicar compresas frías después de las tomas. El frío alivia el dolor y reduce la inflamación.
- Explicar la técnica de Marnet (vaciamiento manual del pecho). (**VER protocolo de urgencias infantil**).

- Llevar un sujetador que no apriete demasiado.
- Evitar controlar el tiempo entre tomas, y la duración de éstas.
- Exponer los pechos al aire todo el tiempo que se pueda. Acelera la curación de posibles lesiones cutáneas.
- Iniciar la toma por el pecho más lleno, o por el que menos mamó la toma anterior.
- Variar la posición del niño al mamar. Ayudará a drenar los pechos.
- No retirar la leche tras la tetada. Dejar secar el pecho al aire libre. Extender unas gotitas de leche por toda la areola. La leche posee agentes cicatrizantes y desinfectantes, y así evitamos posibles problemas.
- Evitar la humedad en los pezones.
- No dejar de amamantar. Puede ser contraproducente, ya que puede aparecer una obstrucción o una disminución de la producción láctea.
- No exagerar con la higiene, ni utilizar jabones agresivos. La piel está dotada de protecciones naturales, que se eliminan con los detergentes.

#### **5. Unificar criterios con todo el personal.**

- Mediante charlas, cursos, sesiones, y estar en contacto con otros profesionales.

### **SALAS DEL LACTARIO EN LA URGENCIA**

En esta sala es donde se realizan todas las técnicas de enfermería y se da la educación sanitaria. Debe haber un ambiente cómodo y, sobre todo, que preserve la intimidad de la paciente. La extracción de la leche se puede realizar de forma manual, mediante la técnica de Marnet; o de forma mecánica, a través del sacaleches eléctrico.

#### **1. Técnica de Marnet (página 27). Sería oportuno poner un cartel explicativo en la sala**

#### **2. Extractor de leche mecánico**

Es un vaciado del pecho de forma artificial para aliviar síntomas:

- Lavarse las manos
- Posición cómoda con buen apoyo de espalda y hombros
- Tener a mano todo lo necesario
- Encender el extractor, y el pezón comenzará a moverse de dentro a fuera
- Ajustar la succión del extractor, comenzando con un nivel bajo, e ir aumentándolo gradualmente.
- La succión no debe ser dolorosa. Si se siente dolor, bajar el nivel de succión hasta que desaparezcan las molestias.
- La succión debe durar entre 10 y 20 minutos por cada pecho.
- Una vez acabada la extracción, la leche de la paciente debe guardarse en un recipiente de plástico o en su defecto de vidrio, para su transporte y almacenamiento (**VER PROTOCOLO Anexo 5-A y 5-B DE TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA**).

# PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL

## Objetivo General del protocolo

Valorar los signos de una ingesta y una transferencia de leche adecuada al lactante.

Promover y promocionar la lactancia materna en caso de que el niño ingrese o padezca alguna patología.

## Objetivos específicos del protocolo

Valorar los signos de una hidratación adecuada del lactante que toma el pecho:

- Fontanelas normotensas.
- Mucosa oral hidratada, ojos sin ojeras, sin que aparezcan hundidos.
- Llanto con lágrima (no en el neonato).
- Los pañales se mojan, debe ser necesario cambiarlos al menos 4-5 veces al día.
- Al menos 1 deposición diarias.

El lactante gana peso de manera adecuada;

- Al menos 140 gr/semana, las 3 primeras semanas de vida.
- 100-200 gr/semana, menores de 4 meses.
- 80-150 gr/semana, 4-6 meses.
- 40-80 gr/semana, 6-12 meses.

Valorar el pecho de la madre:

- La existencia de grietas ó ampollas en los pezones indica una mala postura al pecho.
- Senos ingurgitados ó pletóricos, indican un vaciamiento inadecuado, bien por una mala postura al pecho, bien porque la madre encuentra dificultades en poner a su bebé al pecho, normalmente porque se encuentra excesivamente adormilado y no lo puede despertar.
- Signos de mastitis; pecho enrojecido, con dureza. Posible fiebre y dolor. La madre deberá acudir a su médico de familia o ginecólogo para que le sea administrado un tratamiento antibiótico (compatible con la lactancia).

Valorar la toma:

- La postura debe ser adecuada. El lactante de cara a la madre, los labios evertidos succionando de la areola y no del pezón.
- Se observa la deglución y se puede oír tragar al lactante.
- El lactante infla las mejillas como si comiera chicle (no las hunde).
- Descartar anquilosia; el lactante debe poder pasar la lengua entre las encías sin dificultad.
- La madre está en una posición cómoda.
- El lactante parece satisfecho después de la toma.
- El pecho está más blandito.

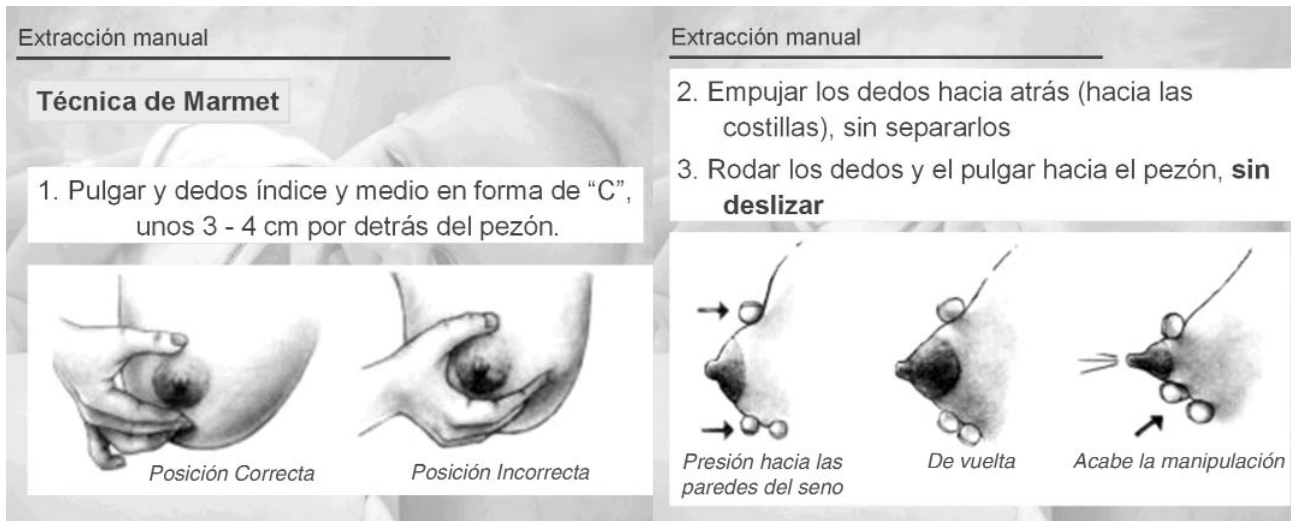
Valorar los conocimientos de los padres para asegurar un feliz desarrollo de la lactancia materna:

- ¿Conocen el mecanismo de producción de la leche?.
- ¿Saben despertar a un lactante adormilado?.
- Enseñar a reconocer los signos precoces de hambre
- ¿Entienden lo que significa lactancia materna a demanda?.
- ¿Limitan el tiempo al pecho del bebé?.

Enseñar a la madre a extraerse la leche en caso de ingreso hospitalario:

Enseñar a dar un masaje en los pechos antes de aplicarse el sacaleches para aumentar la eficacia de su vaciado; masajear de forma circular el pecho de la base hacia el pezón. Peinar después el pecho con los nudillos hacia el pezón, tratando de empujar la leche hacia las partes situadas más cercas de la areola. Inclinar hacia delante y sacudir suavemente los pechos.

Enseñar la técnica de Marmet; después de realizar el masaje, exprimir el seno con los dedos índice y pulgar a dos cm por encima de la areola. Rotar los dedos entorno al pezón.



-Recomendaciones para almacenar y conservar la leche materna (ver anexo 5)

Enseñar a dar la leche con una jeringuilla al lactante, para evitar el uso de tetinas; la jeringuilla se pone en la comisura de los labios y se presiona el émbolo con suavidad dirigiéndolo hacia el paladar. Es útil introducir el dedo índice en la boca del lactante con el pulpejo hacia arriba para que succione, y a continuación ir metiendo la leche con ayuda de la jeringuilla, a tiempo que se le oye tragar.

Ayudar a dar el pecho al lactante con alguna patología:

**Lactante hipotónico:** Técnica de Dancer



Es necesario ayudar a las mejillas a formar el soporte estructural para que el lactante pueda hacer el vacío y succionar de forma adecuada.

Útil en prematuros y s. de Down.

**Lactante con labio leporino ó paladar hendido:** amamantar lo más incorporado posible.

## Alteraciones paladar blando

- Paladar hendido
- Debilidad: aspiración por fatiga
- Posicionamiento: niño vertical
- Siempre hay que vigilar.



**Lactante con bronquiolitis;** previo a la toma, realizar clapping y lavado nasal para desprender las secreciones pulmonares, favorecer su expulsión mediante la tos y el drenaje postural, y despejar las vías respiratorias. Administrar aerosoles si procede en ese momento. Ofrecer el pecho de forma frecuente, dado que el lactante se cansa antes y realizará tomas más escasas.

**Lactante con cardiopatías;** las tomas deberán ser escasas y frecuentes. Los padres deben saber reconocer las necesidades de oxígeno de su bebé; cianosis perioral, signos de dificultad respiratoria como tiraje, aleteo nasal, taquipnea, rechazo de la toma.

Dependiendo de la gravedad de la cardiopatía el lactante puede cansarse demasiado pronto al hacer la toma, pero siempre es necesario ponerlo al pecho para favorecer el contacto piel con piel y permitir que succione libremente. Fomentar el contacto con el pecho aumenta el bienestar psicológico de la madre y el niño, y favorece un buen contacto posterior cuando la situación cardiovascular del lactante se estabilice.

La succión estimulará el pecho, aunque luego se administre la leche mediante otros métodos, como una jeringuilla, hasta que el lactante esté en condiciones de succionar con eficacia por sí mismo.

Una succión escasa puede no ser suficiente para la madre, de modo que se hace necesario que después de haber puesto al bebé al pecho la madre continúe con un sacaleches mecánico (o mediante expresión manual del pecho) estimulando la mama y extrayendo leche (para ofrecerla mediante vasito o jeringuilla al niño).

## ANEXO 1: VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

### VETAJAS PARA EL NIÑO

- Protección frente a infecciones: durante los seis primeros meses de vida tiene un efecto protector contra enfermedades respiratorias, gastrointestinales, otitis media y enterocolitis necrotizante.
- Favorece el desarrollo inmunológico: la leche materna tiene anticuerpos, linfocitos T y B, citoquinas y factores de crecimiento, que estimulan el sistema inmune del niño y le protege de enfermedades infecciosas, inmunológicas y autoinmunes.
- Protección frente a alergias (Introducir leche de vaca antes de los 4 meses incrementa el riesgo de asma y atopía)
- Optimiza el crecimiento: la leche de la madre está adaptada a las necesidades de cada lactante, en cada momento de su desarrollo.
- Optimiza el desarrollo cognitivo
- Protege de la muerte súbita del lactante
- Mejora la respuesta fisiológica durante las tomas (existe menos estrés cardiorrespiratorio)
- Fácil digestión
- Favorece la flora intestinal no patógena y disminuye el estreñimiento
- Confiere beneficios a largo plazo: Protege de:
  - Cáncer de mama (a la niña amamantada)
  - Enfermedad celíaca
  - Caries y maloclusión dental
  - Diabetes mellitus tipo I y II
  - Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
  - Artritis reumatoide juvenil
  - Esclerosis múltiple
  - Obesidad
- Aumenta el vínculo afectivo y la relación madre-hijo
- Incrementa la autoestima y seguridad en el niño
- **Ventajas de la leche materna en RN pretérmino**
  - √ Perfiles fisiológicos de lípidos y aminoácidos.
  - √ Contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino.
  - √ Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
  - √ Baja carga renal de solutos.
  - √ Presencia de enzimas activas y factores antiinfecciosos.
  - √ Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
  - √ Baja osmolaridad.
  - √ Especificidad de especie con biodisponibilidad única.
  - √ Protección frente a enterocolitis necrosante,
  - √ Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
  - √ Protección frente a infecciones nosocomiales.
  - √ Mejora la función retiniana.
  - √ Mejora el desarrollo cognitivo.
  - √ Ventajas psicológicas para la madre.

## VENTAJAS PARA LA MADRE

- Ayuda a la recuperación postparto: la secreción de oxitocina contribuye a la involución uterina, reduciendo el sangrado y como tarda más tiempo en venir la regla se mejoran la anemias
- Reduce el riesgo de cáncer de mama (si se lacta más de 3 meses)
- Reduce el riesgo de cáncer de ovario
- Mayor pérdida de los depósitos de grasa acumulados en el embarazo
- Mejora la salud emocional: al mes postparto las mujeres que lactan tienen menos ansiedad (Aumenta la autoestima en su papel de madre)
- Mayor unión psicológica con el bebé
- Disminuye la incidencia de osteoporosis
- Esta siempre disponible y a la temperatura adecuada

## VENTAJAS SOCIOECONÓMICAS

- Menor coste económico (fórmulas, biberones,...)
- Menor gasto sanitario
- Menor absentismo laboral de los padres
- Menor impacto medioambiental (menos industrias, menos desechos industriales, menos latas, botes, artículos para biberones,...)

## ANEXO 2: SUPLEMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES DURANTE LA LACTANCIA

### Recomendaciones

En general, las madres lactantes deben obtener sus nutrientes con una dieta bien equilibrada. Se recomienda consumir cantidades generosas de frutas y verduras, panes y cereales integrales, productos lácteos ricos en calcio y alimentos ricos en proteínas (tales como carnes, pescados y legumbres). Se recomienda además asegurarse de obtener la cantidad adecuada de calorías. Se recomienda también aumentar la toma de agua durante el día.

**Vitaminas:** Las necesidades de vitaminas aumentan en general. Se recomienda añadir suplementos **si la dieta es insuficiente y en madres desnutridas.**

### Vitamina A: Embarazo y lactancia

Para ello se recomienda consumir vegetales verdes y amarillos, y otros alimentos de origen animal, como el hígado y la yema de huevo.

Asignación diaria recomendada (RDA) para adultos: El Institute of Medicine de la National Academy of Sciences de EE.UU ha establecido la RDA. Para mujeres embarazadas entre 14-18 años, se recomiendan 750mcg/día (2500 UI); para mujeres embarazadas de 19 años y mayores, se recomiendan 770mcg/día (2600 UI). Para mujeres lactantes entre 14-18 años, se recomiendan 1200mcg/día (4000 UI); para mujeres lactantes de 19 años o mayores, se recomiendan 1300mcg/día (4300 UI).

### Vitamina B 12:

Es probable que la vitamina B12 sea segura si se usa por vía oral en cantidades que no excedan la asignación diaria recomendada (RDA). La asignación diaria recomendada para la vitamina B12 en mujeres embarazadas es de 2.6mcg por día y 2.8mcg durante el período de lactancia.

**Madres vegetarianas:** LM exclusiva de madres vegetarianas estrictas posible déficit de vit B12 (anemia megaloblástica y desarrollo psicomotor anormal). Suplementar a estos niños con vit B12

### Vitamina B6:

La vitamina B6 es probablemente segura cuando se usa por vía oral en dosis que no excedan la asignación dietética recomendada (RDA). Para las mujeres lactantes la asignación dietética recomendada es 2mg por día. No existe suficiente información confiable acerca de la seguridad de la piridoxina cuando se usa en dosis altas por parte de mujeres lactantes. Debido a que la mayoría de las mujeres lactantes no consume la asignación dietética recomendada de vitamina B6 en sus dietas normales y no provee totalmente a los infantes lactados con la asignación dietética recomendada de esta vitamina, se pueden recomendar dosis de vitamina B6 hasta de 4mg por día, aunque los beneficios no se han probado plenamente.

### Vitamina del grupo B (B1, B2, Folatos):

Se recomienda consumir alimentos proteicos animales. Generalmente no se aconseja la suplementación en las madres bien nutridas.

### Vitamina C:

Se requieren unos 40 mg por encima de los 60 recomendados, por lo que se deben ingerir frutos cítricos. La ingestión de vitamina C a partir de los alimentos se considera, en términos generales, segura en madres lactantes. La investigación limitada indica que la vitamina C en la leche materna puede reducir el riesgo de desarrollar alergias en la infancia. No está claro si la suplementación de vitamina C en cantidades que superan las recomendaciones de la ingestión de referencia en la dieta sea segura o beneficiosa.

### Vitamina D:

Debe aumentarse 50% por encima de las recomendaciones habituales.

La vitamina D es deficiente en la leche materna y para evitar la deficiencia y el raquitismo en infantes que son alimentados exclusivamente con leche materna, podría ser necesario la suplementación, la cual se inicia dentro de los dos primeros meses de vida. Típicamente, la leche humana contiene una concentración de vitamina D de 25 UI/litro o menos. La ingestión adecuada recomendada de vitamina D para evitar la deficiencia de vitamina D en infantes normales, niños y adolescentes es de 200 UI por día.



### **Vitamina E:**

Se recomienda ingerir: aceites vegetales, frutos secos y pescados.

La asignación diaria recomendada en EE.UU. de vitamina E para mujeres embarazadas de cualquier edad es 15mg (o 22.5 UI), y para mujeres lactantes de cualquier edad es 19mg (o 28.5 UI)

### **Minerales**

\* **Calcio:** La cantidad recomendada durante la lactancia alcanza los 1200 mg diarios, por lo que se deben consumir alimentos como la leche y sus derivados.

\* **Hierro:** Se recomienda ingerir unos 14 mg diarios.

Se requiere atención para la recuperación de sus reservas en el hígado, y como consecuencia de las hemorragias durante el parto.

Durante este periodo están incrementadas las necesidades de zinc y selenio.

La madre lactante debe incrementar el consumo de frutos secos y proteínas de origen animal.

### **Yodo:**

Lactancia: La asignación diaria recomendada de yodo para las mujeres lactantes es de 250-350 mcg diarios, la cual es superior a la asignación diaria recomendada para las mujeres adultas que no están embarazadas (150mcg). La suplementación del yodo durante la lactancia puede ser particularmente relevante en áreas de deficiencia endémica de yodo, como las naciones no industrializadas. Los niños son particularmente vulnerables a los efectos de la deficiencia de yodo y es posible que las mujeres con deficiencia de yodo no puedan tener suficiente yodo en la leche materna.

#### **1. ¿Porqué es necesario tomar una cantidad extra de yodo durante la lactancia?**

Porque las necesidades de yodo en la mujer lactante son casi el doble de las de un adulto ya que tiene que garantizar que el hijo reciba todo el yodo que necesita a través de la leche.

#### **2. ¿Cuál debe ser la ingesta de yodo durante la lactancia?**

Para conseguirlo, la madre debe ingerir en total al menos 250-300 mcg de yodo al día.

#### **3. ¿Se debe mantener durante la lactancia el mismo suplemento de yodo que se ha tomado durante el embarazo?:**

Si, el suplemento de yodo para una mujer lactando es el mismo que durante el embarazo y se debe mantener durante toda la lactancia.

#### **4. Tomando habitualmente sal yodada, ¿también se necesita un suplemento extra de yodo durante la lactancia?**

Si, porque la sal yodada le aporta tan sólo la mitad de las necesidades durante este período.

#### **5. ¿Existen restricciones para consumir la sal yodada en la lactancia?**

No hay restricciones específicas por el hecho de estar lactando, y nos remitiremos a las que existan para la población general.

#### **6. ¿Se debe administrar suplementos de yodo a una mujer lactante a la que se le ha extirpado el tiroides y está tomando tiroxina?**

Si, porque el suplemento de yodo que se administra a la madre lactante es para garantizar el aporte adecuado al hijo, cuya única fuente de yodo es la leche materna, y además no perjudica a la madre tiroidectomizada.

Recomendaciones: Sección de medicina perinatal S.E.M.E.P.E.

"La mujer gestante debe recibir un suplemento diario de 200 microg. de Yoduro Potásico, a ser posible antes del embarazo, durante toda la gestación y mientras dure la lactancia materna".

## ANEXO 3: LACTANCIA MATERNA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

**El desconocimiento y la inseguridad sobre las CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES de la LM por parte del personal sanitario en contacto con la embarazada inciden negativamente en la decisión de iniciar o mantener la lactancia materna**

Como regla general, si la salud de la madre lo requiere no deben posponerse ni pruebas diagnósticas ni tratamientos, pero entre varias opciones conviene optar por la que menos interfiera con la lactancia.

### PATOLOGÍA MATERNA Y LACTANCIA

Cuando una madre que está enferma está lactando hay que valorar su estado general, y los riesgos de la medicación para el bebé.

#### 1. Enfermedades crónicas LM no contraindicada

- **Cardiopatías.** oLa indicación depende de la gravedad de la lesión.
  - Si IC moderada o severa, el esfuerzo de la lactancia puede dificultar su propia recuperación.
- **Hipertensión arterial.** Depende del estado de la madre, del grado de prematuridad del bebé y de la medicación.
- **Diabetes:** Necesidades insulina menores. Hipoglucemia: Al disminuir las necesidades insulina existe mayor riesgo de hipoglucemia
- Asma: la medicación inhalada es segura.
- **Enfermedades tiroideas. LM no contraindicada salvo tratamiento quimioterápico o radioactivo**
  - Control de la función tiroidea debe tenerse en cuenta en embarazadas y en puerperio ante síntomas de fatiga o hipogalactia
  - Madre hipotiroidea con tratamiento sustitutivo con tiroxina: no problemas con LM.
  - Madre hipertiroidea: Droga de elección: propiltiouracilo paso mínimo, incluso a altas dosis
  - Posible LM con metimazol con vigilancia hormonal del niño
  - Control de la función tiroidea en el niño
- **Cáncer y cáncer de mama**

Lactancia **contraindicada** salvo en situaciones de remisión

  - Los fármacos antineoplásicos y compuestos radiactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo.
  - Tratamiento con elementos radioactivos o quimioterápicos contraindica LM de forma absoluta
  - Papel prolactina en progreso del cáncer de mama es discutido: puede no ser un riesgo en si misma pero, junto a esteroides sexuales, puede contribuir a aceleración crecimiento maligno
- **Patología psiquiátrica**

Valoración individualizada, en función de la medicación requerida y el grado de control de la enfermedad.

  - Si alteración materna controlada, los fármacos son seguros y existe la posibilidad del seguimiento de la evolución de la lactancia se podría permitir. Si no, sería mejor la lactancia artificial.
- **Prolactinomas:** Los microadenomas no contraindican la lactancia. Si es desaconsejable en los macroadenomas.
- **S. Sheehan:** Suele producir hipoprolactinemia.
  - Única enfermedad endocrina común que causa fracaso LM
  - Incidencia: 0,01-0,02% de los partos
  - Hipofisis por su mayor tamaño especialmente vulnerable a la disminución del flujo sanguíneo, al final embarazo (hipoperfusión y necrosis)
- **Patología digestiva:** Las madres con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn pueden dar de lactar. Hay riesgo en prematuros de hiperbilirrubinemia si la madre está en tratamiento con **sulfasalazina**.
- **Miastenia gravis**
  - Trastorno autoinmunitario que produce un bloqueo neuromuscular debido a la formación de anticuerpos antirreceptor de Ach.

- Supone un sobreesfuerzo materno.
- Los anticuerpos pueden pasar por la leche materna,
- Un 12% de los bebés podrían presentar la enfermedad.

#### Fuentes de información actualizada "maternal conditions"

[www.perinatology.com/exposures/mconlist.htm](http://www.perinatology.com/exposures/mconlist.htm)

## INFECCIONES MATERNAS

Depende del agente causal.

Si existe riesgo de transmisión por la leche, ha de suprimirse de forma transitoria, hasta que la madre haya iniciado el tratamiento y se hayan alcanzado niveles terapéuticos durante el menos 12 horas.

En algunas ocasiones puede estar indicado el tratamiento para el lactante.

### ● HIV: Contraindicación absoluta

Riesgo atribuible: entre un 10-20%.

- Transmisión a través de la LM
  - 14% si primoinfección materna antigua
  - 29% si primoinfección en postparto
  - El riesgo: grietas, reinfecciones, malestar nutricional materno...
- Contraindicada países desarrollados
- Contraindicación relativa en países en desarrollo sin fórmulas sustitutas disponibles, caras, agua, cultura...
- Posibilidad de extracción e inactivación por calor. Dificultades técnicas
- Si Lactancia Artificial segura, debe evitarse.
- Pero hasta 33000 niños/día < 5 años mueren por enfermedades contra las que LM provee defensa esencial

### ● Hepatitis B: No contraindicación absoluta

Transplacentaria: 5-10 %

Momento del parto (lo más frecuente)

Hijos madres portadoras o serología desconocida

- Vacuna (0,2,6 meses de vida) e inmunoglobulina al nacimiento (preferible 1os 30mn postparto o 1as 12h y hasta 72h)
- Nivel de protección hasta 80-90%

### ● Hepatitis C: No contraindicación absoluta

- Vertical (5%)
- El riesgo de transmisión es bajo pero aumenta si la madre es también portadora de VIH o si se trata de una hepatitis activa. Mayor riesgo de transmisión: enfermedad hepática sintomática, elevados niveles transaminasas y carga viral
- Literatura: ningún caso transmisión e infección a través LM, pero virus vivos en LM extraída
- Solicitar serología completa con cuantificación de carga de replicación viral
- Se puede recomendar LM advirtiendo que conocimientos científicos actuales no descartan ni afirman transmisión a través LM

### ● Citomegalovirus No contraindicación absoluta

- La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadoras es del 63%.
- Parto (secreciones vaginales)
- Contacto íntimo
- Factor más importante para transmisión: ADN viral en suero lácteo, (incluso con virolactia negativa). Índice madre-hijo: 7%
- En lactantes a término no contraindica la lactancia,
- En lactantes prematuros o con inmunodeficiencias puede causar síntomas graves y secuelas neurológicas.
- La pasteurización o congelación leche eliminaría el virus
- LM madres seropositivas

## OTRAS INFECCIONES

- **Varicela:**

Si la infección materna ocurre entre 5 días pre y 48 horas postparto hay que aislar al neonato y administrarle inmunoglobulina específica.

- Si no hay lesiones en la mama se puede extraer la leche y administrarse al neonato.
- Si la infección es posterior puede continuar con la lactancia.

- **Sarampión:**

Si exposición inmediatamente antes del parto, hay que separar al neonato hasta 72 horas después del inicio del exantema. Se puede lactar con sacaleches. Si es posterior no se aísla.

- **Herpes simple:**

La transmisión es rara. Sólo si hay lesión activa en los pezones debe interrumpirse la lactancia hasta que las lesiones sanen.

- **Sífilis:**

La presencia de lesiones cutáneas en piel o pecho contraindican la lactancia. Hay que aislar al niño y tratarlo si preciso.

- **Brucelosis:**

Se transmite a través de la leche materna. Hay que tratar al lactante y a la madre

- **Tuberculosis activa:**

No se ha aislado en leche materna. Existe controversia sobre la necesidad de aislamiento. Si no hay mastitis o abscesos mamarios tuberculosos se puede dar lactancia.

## VACUNACIONES

Todas las vacunas que se administran a la madre son compatibles con la lactancia. Es importante que toda madre tenga el calendario vacunal completo.

## ANEXO 4: LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

### CONSIDERACIONES GENERALES

- Si no es necesario el medicamento: no darlo.
- Seleccionar medicamentos en los que está indicado el uso pediátrico.
- Utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.
- Utilizar vía tópica o inhalada como alternativa a la oral o parenteral si es posible.
- Utilizar agentes de acción corta
- Ser más precavidos en prematuros y recién nacidos menores de un mes.
- Evitar dar el pecho cuando la concentración del medicamento sea máxima.
- Retirar la lactancia momentáneamente para medicaciones peligrosas o exploraciones con radiofármacos.
- Interrumpir la lactancia solo si el medicamento es demasiado tóxico para el niño.
- La mayor parte de infusiones son totalmente prescindibles.
- Utilizar especialidades que contengan un solo principio activo.
- Proponer una alternativa en lugar de aconsejar destete.

### Preguntas

- Más del 90 % de mujeres toman medicamentos en periodos de lactancia.
- ¿Es realmente necesario que tome esa medicación?
- ¿Puede esperar a tomarla o puede esperar la exploración complementaria?
- ¿Es realmente peligrosa esa medicación?
- ¿Qué alternativa hay a esa medicación?
- Una madre lactante puede requerir exploraciones complementarias médicas.
- Hay madres con enfermedades crónicas, que precisan medicación específica.
- Exposiciones laborales a contaminantes.

### Mecanismos de toxicidad farmacológica. Inhibir la producción de leche

Inhibición de la prolactina:

- Alcaloides del ergot
- Estrógenos
- Anticolinérgicos
- Diuréticos, sobre todo tiazidas
- Antiparkinsonianos
- Las prostaglandinas (misoprostol) utilizadas después del parto parecen seguras y no contraindican la lactancia materna.

#### 1. Pasar a sangre de la madre: Biodisponibilidad

La biodisponibilidad es el porcentaje de una sustancia que alcanza la circulación sistémica tras su administración

Medicación tópica, inhalada, antiácidos, algunos laxantes o antidiabéticos orales no alcanzan concentraciones significativas en sangre.

#### 2. Poder eliminarse por leche: Índice Leche/Plasma

Índice leche/plasma. Es la relación de la concentración de una sustancia en la leche respecto a la concentración en plasma.

- Cuanto menor es esta relación (<1) menos concentración alcanza el medicamento en leche materna.
- Varios AINES, betalactámicos, corticoides, IECAS, algunas benzodiazepinas sedantes están por debajo del 0,25

Depende de:

2.1.- Unión a proteínas: Porcentaje de fijación de la sustancia a proteínas plasmáticas.

Alta fijación >80%: antidepresivos ISRS, diclofenaco, eritromicina, fenitoína, haloperidol, heparina, ibuprofeno, ketorolaco, midazolam, nifedipino, propranolol, quinina, verapamilo.

2.2.- Peso molecular >500 daltons. Las macromoléculas no alcanzan la leche.

Contrastes radiológicos, glicopéptidos, glucósidos digitálicos, heparinas, hormonas, interferones, macrólidos, miorelajantes o rifampicina.

2.3.- Liposolubilidad: a mayor liposolubilidad mayor paso.

Ph, ionización: a mayor ionización menor paso. Difunden mejor los medicamentos ligeramente básicos.

- Peso molecular
- La liposolubilidad
- pH, Ionización

### 3. Persistir en leche de la madre en concentración significativa

- Pico o Tiempo máximo: Tiempo necesario para alcanzar la concentración máxima desde la administración. Es justo el momento que hay que evitar dar pecho (mejor tomar el medicamento o producto en cuestión inmediatamente después de dar pecho).
- Tiempo medio: Semivida de eliminación. Es el tiempo que tarda la concentración plasmática de una sustancia en reducirse a la mitad. Cuanto más corto es (pocas horas), más pronto se elimina y, por tanto, más seguro para la lactancia. Evitar fármacos depot.

### 4. Pasar a sangre del lactante: Biodisponibilidad oral

La biodisponibilidad oral es el porcentaje de una sustancia que alcanza la circulación sistémica tras la administración oral.

La mayor parte de medicamentos cuya única forma de administración es parenteral es porque su biodisponibilidad oral es nula: los aminoglucósidos, el mebendazol por ejemplo.

### 5. Ser una sustancia tóxica para el lactante

La mayoría de medicamentos que se pueden administrar a dosis terapéuticas a recién nacidos y lactantes pequeños, no le causarán gran problema por recibirlos a dosis subterapéuticas a través de la leche de su madre.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Las Rx, tomografías, resonancias, sean o no con contrastes (iodados o no), son perfectamente compatibles con la lactancia.

- Respetar "tiempos de espera"
- Hay que evitar las radiaciones ionizantes

### 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-111 M, Saturnomal, Penderido (OncoScint CR 103)		24 horas
	20 Mbq (0,5 mCi)	1 semana
SODIO RADIOACTIVO		16 días
TALIO-201		2 semanas
TECNECIO TC-99M		6 a < de 24 horas
XENON-133, XENON-127		Pocos minutos
YODO -123		36 horas
-125		12 días
-131		14 días
YODO-HIPURATO-SODICO 1-123, 1-131 (Hipuran)		24 horas

*Intentar emplear el radionuclido 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 en tratamientos, obligan a suspender la lactancia.*

### **Sustancias con efecto sobre SNC**

- Nicotina: Puede disminuir la producción de leche. Más infecciones respiratorias en el neonato.
- Alcohol: Evitar. No dar el pecho hasta tres horas después de haber bebido. Produce pseudosíndrome de Cushing, hipoprotrombinemias, sedación.

### **Adicción a drogas**

- Anfetaminas: Taquicardia e irritabilidad en el lactante.
  - Relación leche/plasma de 7.
  - Buena biodisponibilidad oral.
- Cannabis: Relación leche/plasma:8. Puede retrasar el desarrollo psicomotor en lactantes.
- Cocaína: Vómitos, diarrea, hiperexcitabilidad, hipertensión y taquicardia.
- Heroína: doble concentración en leche que en plasma. Crea adicción en el lactante.

### **Plantas medicinales**

Estos productos tienen gran cantidad de flavonoides, que son altamente estrogénicos:

Pueden disminuir la producción de la leche: preparados de alcachofa, anís, comino, ginseng, lino, lúpulo, regaliz, romero y zorzaparrilla.

Posible toxicidad (dosis, desconocimiento): alfalfa, amapola, anís estrellado, anís verde, artemisa, cornezuelo, eucalipto, hinojo, hisopo, nuez moscada, salvia té de hierbas...

### **Contaminantes ambientales**

Según la OMS, los beneficios de la lactancia materna tienen más peso que el riesgo derivado de bajos niveles de contaminantes ambientales en leche humana en muchos casos inferiores a los de leche de vaca u otros alimentos

Las madres laboralmente expuestas pueden amamantar si se cumplen las leyes de ventilación de dependencias y demás controles que respeten los VLA (Valores límite umbral). No es necesario analizar la leche materna salvo exposición extraordinaria.

Se contempla y legisla la conveniencia de cambio de puesto de trabajo dentro de la misma empresa a mujeres lactantes en el caso de exposición a contaminantes ambientales y radiaciones ionizantes.

Fuentes de información actualizada

[www.e-lactancia.orgo](http://www.e-lactancia.orgo) [FDA drugs in pregnancy and lactation](http://FDA%20drugs%20in%20pregnancy%20and%20lactation)

[www.perinatology.com/exposures/druglist.htm](http://www.perinatology.com/exposures/druglist.htm)

## ANEXO 5-A: PROTOCOLO DE CONGELACIÓN DE LECHE MATERNA EN EL HOSPITAL

Se incluye dentro de este protocolo todo recién nacido en el que el inicio de la alimentación enteral se vea demorado en unos días fundamentalmente:

- Prematuros.
- Recién nacidos, con patología quirúrgica

### OBJETIVO GENERAL

Promover al niño de la lactancia materna desde el primer día de su alimentación, independientemente de los días transcurridos desde el nacimiento.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el aprovechamiento de la leche materna principalmente calostro y leche de transición.
- Aumentar el número de recién nacidos, alimentados con lactancia materna.
- Permitir el inicio precoz de la alimentación enteral del neonato.
- Ayudar a establecer una mejor relación madre-hijo.
- Favorecer el ánimo y esfuerzo materno.

### UNIDAD DE LACTO-DIETÉTICA

La Unidad de LACTO-DIETÉTICA, hace posible que los niños ingresados en el Hospital Infantil, reciban la leche de su madre.

La leche materna, proviene del Lactario (2ª Planta del H. Infantil), de las plantas de Maternidad (11, 12ª, 13ª y 14ª) y de las madres que han sido dadas de alta y el niño sigue ingresado en el Hospital.

Para ello, existe en Lacto-Dietética, una gráfica de Lactario, donde se registran los niños ingresados, indicándonos su nombre y apellidos, planta, número de box y número de cuna.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1.- Preparación de biberones para leche materna.
- 2.- Distribución de leche materna.

### RECOGIDA Y ALMACENAMIENTO

La recogida debe iniciarse tan pronto como sea posible, con la ayuda de un sacaleches eléctrico, cada 3-4 horas. Recogiéndose en un biberón estéril la cantidad correspondiente a 24 horas, conservándose en nevera (4 °C) hasta su congelación.

Si la recogida se realiza en el domicilio, se almacena refrigerada (no más de 24 horas). Su traslado al hospital se realizará en nevera portátil, identificando por la madre con el nombre y fecha de recogida (la hora de 1ª recogida). La leche se entregará en el Servicio de Lactodietética (2ª Planta del Hospital Infantil) **de 8 a 15 horas.**

La leche Materna se coloca en la nevera (4 ó 5 °C) en bandejas con fecha del día que se ha recibido, utilizando con prioridad la que tenga fecha más atrasada.

### CONGELACIÓN

La leche se congela fraccionada en biberones pequeños de cristal o bien jeringas de alimentación si la cantidad perteneciente a 24 horas de recogida fuera escasa.

Cada biberón será identificado con un número de orden y con el nombre del niño y será colocado en el cajón perteneciente al paciente y según su número de orden para proceder a su congelación.



## DESCONGELACIÓN

Cuando el niño pueda iniciar la alimentación enteral se comunicará a dietética, procediéndose a la descongelación de la leche según el número de orden y la cantidad que sea necesaria en 24 horas.

Se puede descongelar con agua templada o al "baño María". Una vez descongelada dura 24 horas en nevera.

Los niños que estén incluidos en este protocolo tendrán una reseña en su gráfica así como en la hoja de petición de alimentación que se envía a dietética.

## ANEXO 5-B: PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, TRASPORTE Y CONGELACIÓN DE LECHE MATERNA EN EL DOMICILIO

### INFORMACIÓN

Es frecuente que los padres que traen Leche Materna, nos pidan información sobre la forma de extracción, duración, conservación, transporte y manipulado.

Aconsejamos la máxima limpieza en todo el proceso.

La duración es larga, debido a la estabilidad de esta leche, sin embargo, en el lactario sólo se conserva un máximo de tres días.

Conservación en nevera a una temperatura aproximada de 4 °C.

El transporte depende de la temperatura ambiente, aunque en época de calor, ya suelen traerla en recipientes isotérmicos o entre hielo.

Otro tema que pregunta a menudo, es cómo conseguir un sacaleches adecuado a sus necesidades. Según el tiempo que sus hijos van a estar ingresados, aconsejamos el sacaleches manual o el eléctrico, nunca de BOMBA y el establecimiento dónde se alquilan o compran.

### EXTRACCIONES DE LECHE

Bombas extractoras mecánicas: al alta pueden alquilarse por meses en algunas casa de Ortopedia.

Se recomendarán extractores manuales, son muy útiles durante toda la lactancia, permiten más libertad a la madre.

### VENTAJAS DE LA EXTRACCIÓN DE LECHE

- Puede Extraerse la leche si necesita ausentarse
- Congelarla si tiene exceso de ella
- Aumenta la duración de la lactancia ya que le facilita extraérsela en su trabajo, en casa y utilizarla posteriormente refrigerada o congelada.
- Le ayudaran a prevenir la plétora o ingurgitación mamaria.
- Facilita la lactancia

### CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

#### I. Tiempo de conservación

Las recomendaciones indicadas para almacenar la leche materna se harán bajo las siguientes condiciones:

- Para uso doméstico (no hospitalario)
- Manos lavadas antes de extraer la leche
- Recipientes lavados con agua caliente y jabón y bien aclarados.

1º. Conservación a temperatura ambiental. Calostro: 12-24 horas.

2º. Conservación en el frigorífico. Leche madura: 24-48 horas.

3º. Leche congelada.

Congelador en interior de nevera \*/\*\*\*: dos semanas.

Congelador de tres estrellas \*\*\*: 3-4 meses.

Congelador separado del frigorífico – 180°C: 6 meses o más.

#### II. Recipientes para guardar la leche.

Si el niño recibe la mayor parte de su alimento directamente del pecho, el tipo de envase no tiene importancia. Siempre que esté limpio.

#### III. Congelación de la leche materna:

- Envases de vidrio o plástico son igualmente aceptables. Las bolsas de plástico para congelar son prácticas y poco costosas. Es preferible guardar la leche en doble bolsa, bien cerrada.

- Se recomienda guardar la leche materna en pequeñas cantidades (60-120 ml.), para poder descongelar sólo lo que el niño vaya a tomar inmediatamente. Se puede guardar la leche descongelada, en el frigorífico durante 24 horas. No se puede volver a congelar. (Ver pag. 54).

#### **IV. Para descongelar la leche materna:**

- Sostener el envase de leche descongelada debajo del grifo de agua corriente: primero con agua fría y poco a poco con agua más caliente, hasta que la leche esté a la temperatura ambiente.
- No calentar en el microondas
- Si fuera necesario disponer de leche materna de forma inmediata, la descongelación se realiza al baño maría, esta leche sólo es aprovechable en las 4 horas siguientes y no se vuelve a guardar en nevera.

#### **V. Bibliografía**

La leche Internacional. THE BREASTFEEDING ANSWER BOOK. Franklin Park II, 1991

## ANEXO 6: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

### Normas para la EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LECHE MATERNA EN RECIÉN NACIDOS ingresados en el Servicio de Neonatología.

#### INFORMACIÓN A LOS PADRES

La lactancia materna tiene claros beneficios para el bebé y para la madre, por ello es importante que cada madre-padre elija como quiere alimentar a su hijo, pero con información completa sobre ambos tipos de lactancia: la natural y la artificial.

Los recién nacidos tienen un sistema inmunológico poco maduro, sobre todo los prematuros. La leche materna contiene anticuerpos y otras defensas que ayudan a mejorar el sistema inmunológico del neonato y que es la que mejor se adapta a las necesidades del bebé, le protege de infecciones y alergias, es beneficiosa para su desarrollo neurológico y para la maduración de su intestino, y le protege de la obesidad en la infancia.

Si usted ha decidido no dar leche materna a su hijo, existen leches en el mercado que sirven para el correcto crecimiento del niño. Aunque el recién nacido no inicie la alimentación durante los primeros días de vida, la madre puede comenzar la recogida de la leche para su congelación y posterior consumo, una vez que el bebé inicie la alimentación.

#### TÉCNICA DE RECOGIDA DE LA LECHE MATERNA

Se debe iniciar lo antes posible ( en las primeras 24-48 horas postparto). El mejor método es la utilización del sacaleches eléctrico o de bombeo cada 3-4 horas (durante 10-15 minutos aproximadamente en cada pecho, dos minutos después de la última gota de leche ), pudiendo descansar durante la noche.

Existen sacaleches disponibles en las plantas de Maternidad para las mamás que permanezcan ingresadas. A partir del alta pueden utilizar los sacaleches situados en el Lactario del Servicio de Neonatología. También es posible comprar o alquilar sacaleches eléctricos en tiendas especializadas; podrán obtener información de esta posibilidad en el tablón situado en el lactario.

La leche obtenida con el sacaleches se debe recoger en un biberón estéril que se le proporcionará en el servicio de Lactodietética (2ª planta H. Infantil) de 8:00 a 15:00 horas o en el box donde está ingresado el niño durante la tarde y la noche.

La madre debe lavarse el pecho una vez al día con agua y jabón, además de lavarse las manos antes y después de extraer la leche. La campana del sistema de recogida se lava con una escobilla, agua y jabón.

#### ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

Si la recogida se realiza en el domicilio, se almacenará en el biberón guardando éste en la nevera (es preferible dejar el biberón en la zona central de la nevera, no en la puerta). La leche materna no debe nunca almacenarse a temperatura ambiente y si ha permanecido más de tres horas fuera de la nevera debe desecharse. Se pueden almacenar las sucesivas cantidades de leche obtenidas durante 24 horas en el mismo biberón. Una vez descongelada debe utilizarse en las siguientes 24 horas.

Es muy importante recoger y almacenar o traer toda la leche que se extraiga en los primeros días (calostro). El calostro se produce en pequeñas cantidades, satisface todas las necesidades nutritivas de los recién nacidos y es especialmente importante para los niños muy prematuros.

El traslado de la leche al hospital se realizará en nevera portátil o bolsa isotérmica. Cada biberón debe venir identificado con el nombre y dos apellidos del bebé y la fecha y hora de recogida. La leche se entregará en el servicio de Lacto-dietética (2ª planta H. Infantil) de 8:00 a 15:00 horas o en el box donde está ingresado el niño si es fuera de este horario.

En algunos casos, cuando los niños muy prematuros o tienen problemas que requieran dieta muy prolongada, la leche se puede congelar en bolsas de plástico especiales (pueden adquirirse en tiendas especializadas en artículos para bebés). Esta leche puede permanecer congelada hasta 3 meses en congelador de cuatro estrellas.

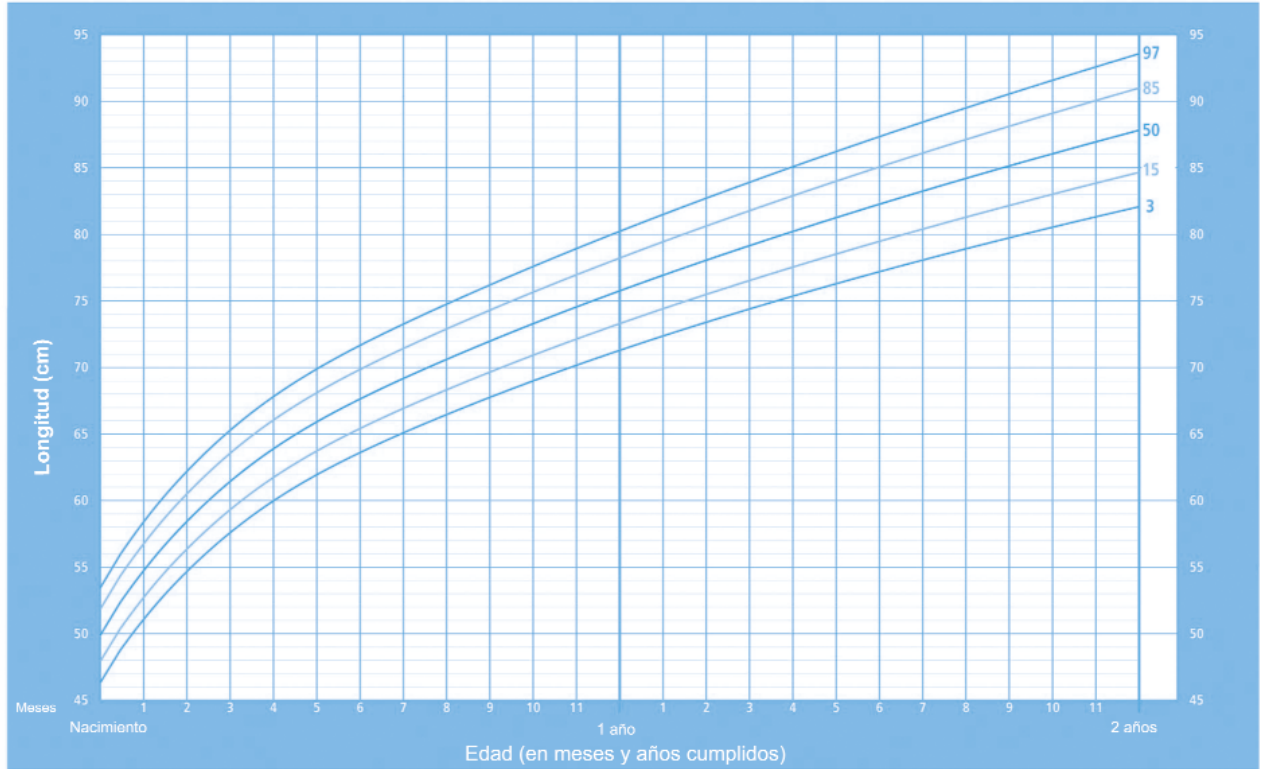
Si tiene alguna duda acuda al Servicio de Lacto-dietética o en el servicio de neonatología donde le informarán adecuadamente.

Versión 1.1 . actualización Marzo 2007

# ANEXO 7: CURVAS DE PESO Y TALLA DE LA OMS PARA NIÑOS Y NIÑAS AMAMANTADOS

## Longitud para la edad Niños

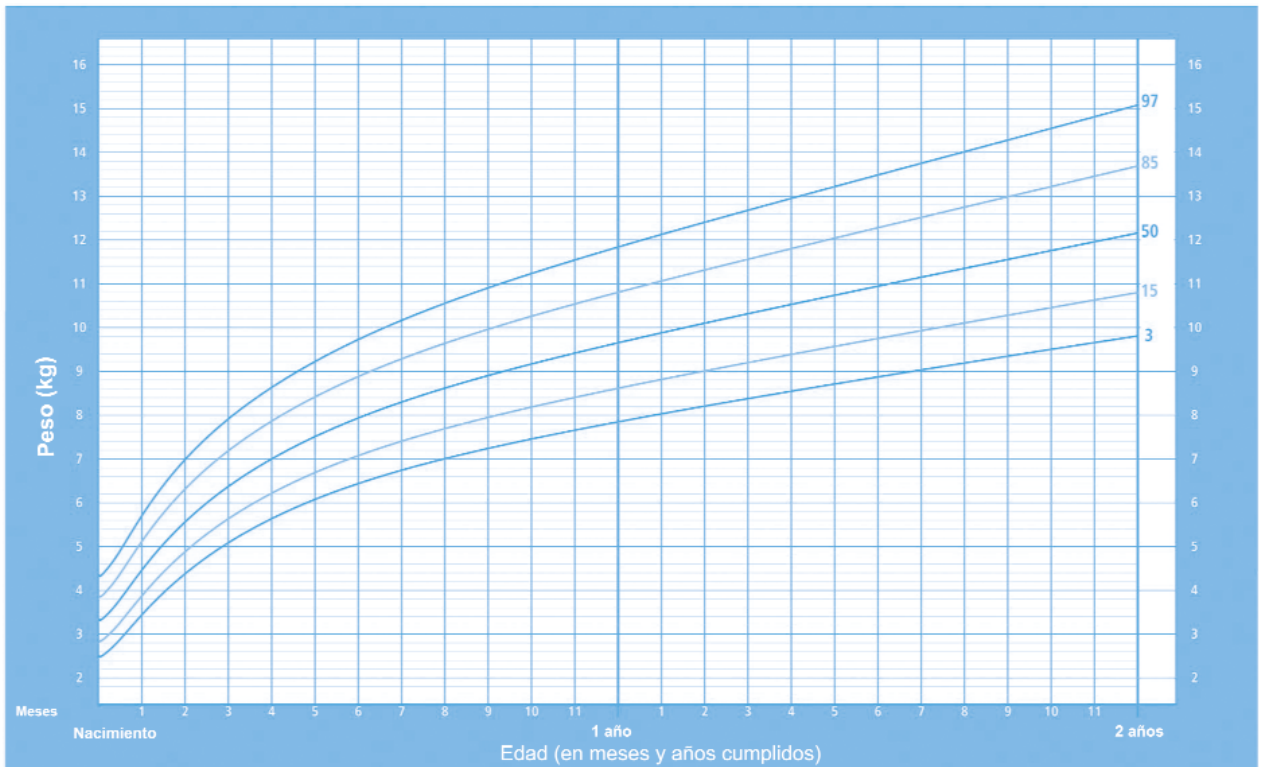
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Peso para la edad Niños

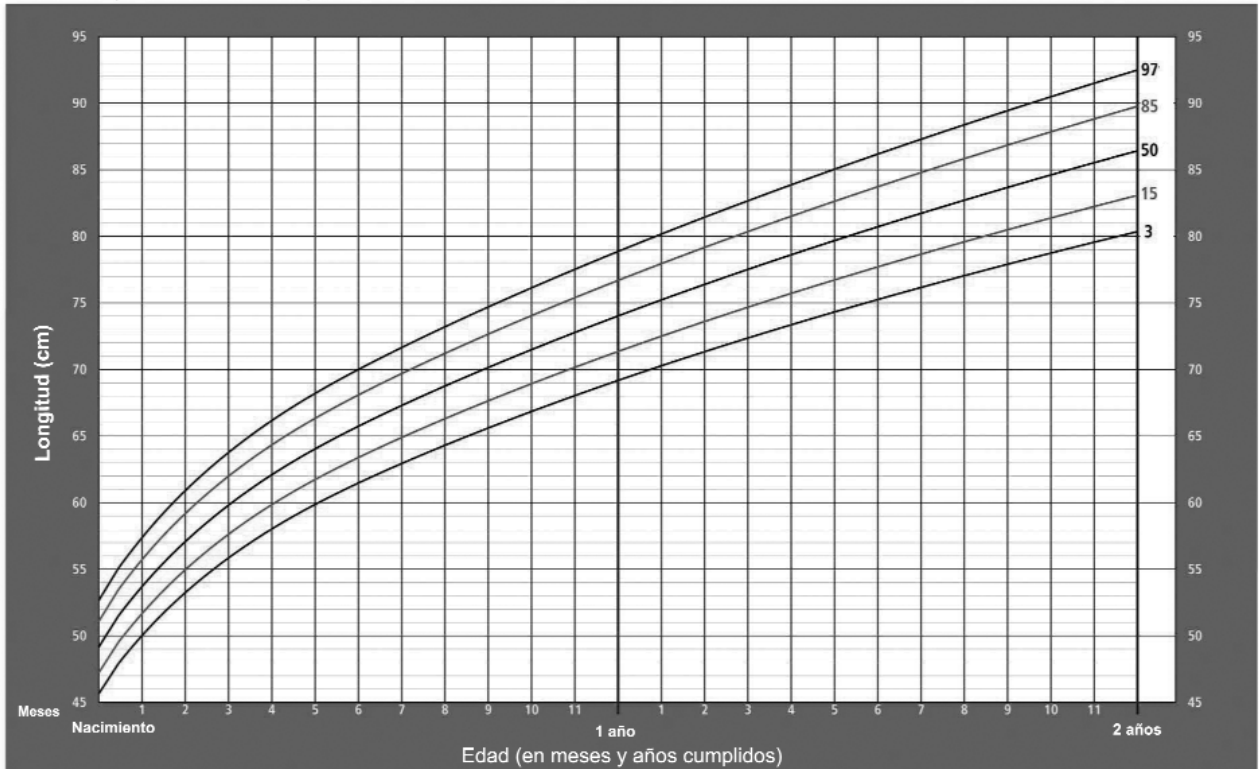
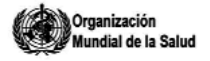
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Longitud para la edad Niñas

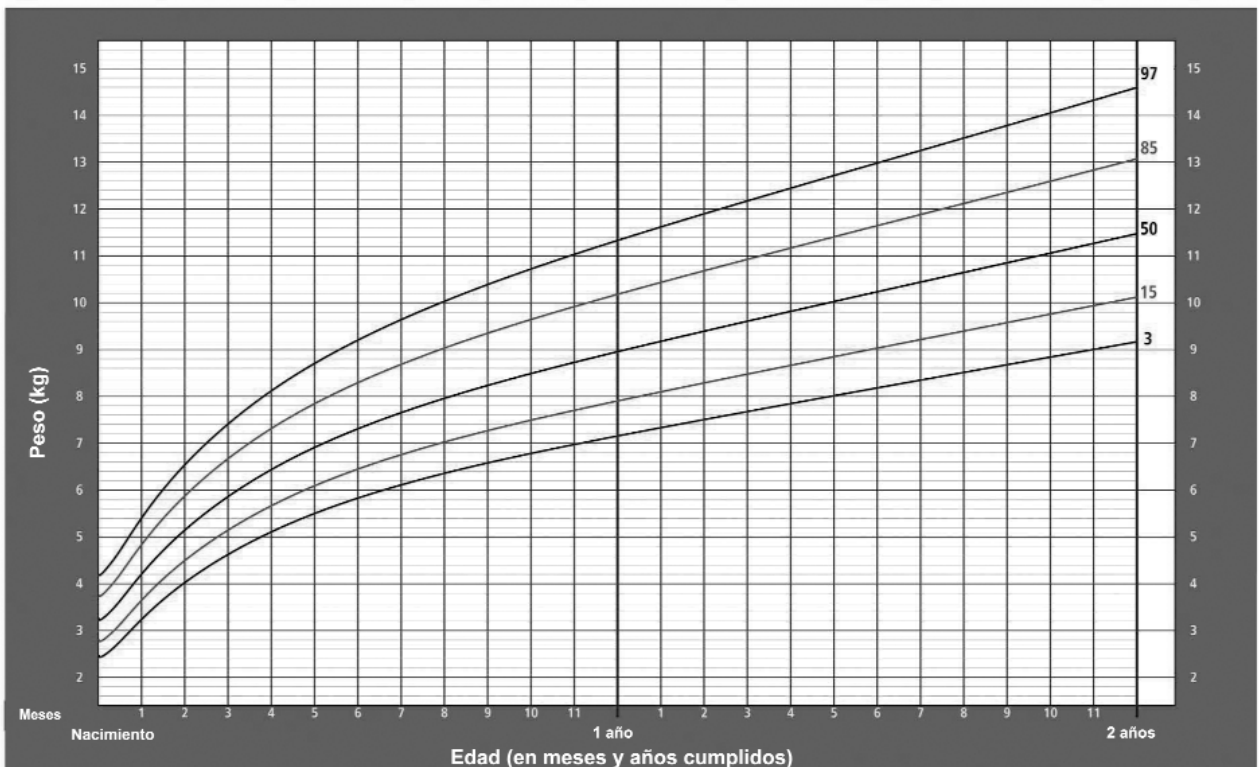
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## ANEXO 8-A: HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MATERNAL



### **Todo el Personal Sanitario del Hospital Universitario de la Paz le damos la bienvenida**

Le informamos :

La leche materna es el mejor alimento para los niños, por eso en ésta Maternidad intentamos establecer:


“La lactancia Materna correcta desde el primer día”

¿Cómo?

- 1- Manteniendo juntos a las madres y sus hijos siempre que sea posible, las 24 horas del día.
- 2- Realizando la primera puesta de pecho lo antes posible después del parto.
- 3- Amamantando sin horario: simplemente cuando el niño lllore por y hasta que no quiera más.
- 4- La indicación de suplementar la lactancia materna sería por prescripción médica.
- 5- Evitando los chupetes: el pecho da mucho más que leche, da consuelo, cariño y seguridad.

*Le deseamos una feliz estancia y ante cualquier duda que le pueda surgir cuente siempre con la ayuda de nuestros profesionales.*

## ANEXO 8-B: HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES AL CENTRO DE SALUD



Hospital Universitario  
La Paz  
Comunidad de Madrid

### PEGATINA

**PROCEDENCIA**

DOMICILIO       INGRESO DEL LACTANTE

**PRECAUCIONES**

ALERGIAS:  NO CONOCIDAS     SI \_\_\_\_\_ HB  NO     SI

ENF. CRONICA  NO                       SI \_\_\_\_\_ HIV  NO     SI

**MOTIVO DE CONSULTA:** \_\_\_\_\_

Nº DE GESTACIONES:     Nº DE PARTOS:     Nº DE CESAREAS:

SI

**LACTANCIA ANTERIOR:**  NO \_\_\_\_\_

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**

TRATAMIENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

EXTRACCIÓN MANUAL:  SI  
 NO

SACALECHES  SI                      Cantidad   
 NO

EDUCACIÓN SANITARIA    Puesta al pecho                       Consejos sobre lactancia   
Cuidado de los pezones                       Otros consejos: \_\_\_\_\_

PREDISPOSICIÓN ANTE LA LACTANCIA     MUY BUENA     BUENA     REGULAR

ESTADO ANÍMICO: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES Y COMENTARIOS DE ENFERMERÍA:**

FIRMA:

**DERIVACIÓN A MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA**     SI     NO



## PÁGINAS WEB Y BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA

- Mastitis. Causas y manejo (Organización Mundial de la Salud-2000) versión en español: Dr Juan Jose Lasarte
- **Programa de promoción de la lactancia materna.** En el área de salud de Toledo 2002. Complejo hospitalario de Toledo, atención primaria área de salud de Toledo, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre. Zaragoza 1996.** Capitulo 17: Lactancia Materna: promoción y contraindicaciones.
- **La lactancia Materna.**  
Josefa Aguayo Maldonado. Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones. Junio, 2001
- **La lactancia materna: guía para profesionales.**  
Comité de lactancia materna de la AEP. Monografía de la AEP nº 5. Ed. Ergon. Madrid, 2004. 1ª ed.

### HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS

- Iniciativa Hospital Amigo del Niño: <http://www.babyfriendly.org.uk/home.htm>
- **Iniciativa Hospital Amigo del Niño España:** <http://www.ihan.org.es>

#### Hospitales amigos de los niños en España:

- Hospital de la Marina Alta (Denia Alicante)
- Hospital Josep Trueta (Girona)
- Hospital Joan XXIII (Tarragona)
- Hospital de Jarrio (Coaña - Asturias)
- Hospital Asilo de Granollers (Granollers-Barcelona)
- Hospital Carmen y Severo Ochoa (Cangas de Narcea - Asturias)
- Hospital de Zumarraga (Zumarraga-Guipuzcoa)
- Hospital Comarcal Mora d'Ebre (Mora d'Ebre Tarragona)
- U.S.P. Institut Universitari Dexeus (Barcelona)
- Hospital Virgen del Castillo. Yecla (Murcia)
- Hospital Do Salnes (Pontevedra)
- Hospital de Fuenlabrada (Fuenlabrada - Madrid)

### DOCUMENTOS

- Declaración de Innocenti <http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm>
- Breastfeeding and the use of human milk (Re9729). American Academy of Pediatrics. <http://www.aap.org/policy/re9729.html>
- <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/2/496.pdf>
- Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche Materna <http://www.copeson.org.mx/lactancia/codigo~1.htm> (resumen) <http://www.lacmat.org.ar/codigo.htm> (texto completo)
- Documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)  
"Infant and young child feeding practices" (<http://www.who.int/nut/#inf>)  
Child and Adolescent Nutrition (<http://www.who.int/child-adolescent-health/nut.htm>).  
En este último sitio hay también una amplia colección de documentos útiles, en inglés, de temas diversos (<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm>) entre los que destacan:
  - Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life
  - Evidence for ten steps to successful breastfeeding
  - Breastfeeding Counselling: A Training Course
  - HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course
- Mastitis. Causes and Management (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>)
- Relactation. A review of experience and recommendations for practice (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>)

- Not enough milk (un simple pero útil documento que describe los pasos a seguir para ayudar a madres que dicen que no tienen leche suficiente; disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>)
- Otros documentos acerca de lactancia y VIH, diarreas, tuberculosis, hepatitis B, alimentación complementaria etc.
- Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. [http://www.euro.who.int/pregnancy/20030811\\_1](http://www.euro.who.int/pregnancy/20030811_1)
- Clasificación de las prácticas para el cuidado postparto (OMS) <http://www.fmed.uba.ar/mspba/recooms.htm>
- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding\\_Principles\\_CF.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf)
- Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia [http://www.aeped.es/pdf-docs/lm\\_gpc\\_peset\\_2004.pdf](http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf)
- Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia [http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/Benefits\\_of\\_BF.htm](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm)
- Lo que todas las familias y comunidades tienen derecho a saber sobre la lactancia materna [http://www.unicef.org/spanish/ffi/04/key\\_messages.htm](http://www.unicef.org/spanish/ffi/04/key_messages.htm)
- Revisiones Cochrane <http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/87.html>
- Pediatría Basada en la Evidencia <http://infodoctor.org/pbe/index.htm>
- Mastitis. Causas y manejo (OMS-2000) <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>
- Relactación (OMS-1998) <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>
- Leche insuficiente <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>
- The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/>

## LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS

- Medicamentos y lactancia. <http://www.e-lactancia.org/inicio.htm>
- Lactancia materna y medicación de la madre <http://www.fmed.uba.ar/mspba/drogaslm.htm>
- Medicamentos y lactancia <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf>
- El Paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna <http://www.aeped.es/pdf-docs/lm-aap2001.pdf>
- Paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna (Academia Americana de Pediatría-2001)

## MANUALES, GUIAS DE LACTANCIA Y CURSOS

- A Woman's Guide to Breastfeeding. <http://www.aap.org/family/brstguid.htm>
- Breastfeeding basics. <http://www.cwru.edu/med/breastfeeding/>
- Lactancia materna. Guía práctica para su manejo. [http://www.encolombia.com/lactancia\\_guia2.htm](http://www.encolombia.com/lactancia_guia2.htm)
- Manual de capacitación para promotores comunitarios. <http://www.fmed.uba.ar/mspba/manulac/manulac.htm>
- Dar de mamar. <http://www.dardemamar.com>
- El mundo de la lactancia materna y la salud materno-infantil. <http://mundolactancia.iespana.es/mundolactancia/>

## LISTAS DE CORREO ELECTRÓNICO

- Lacmat-L: Puede suscribirse en <http://www.lacmat.org.ar/redlacmat.htm>
- Lactnet: <http://peach.ease.lsoft.com/archives/lactnet.html>

## GRUPOS DE APOYO

- Asociación de madres Vía Láctea. Zaragoza. <http://www.vialactea.org/>
- Asociación de madres "Lactaria". Zaragoza. <http://www.terra.es/personal6/sofiab>
- Asociación La Buena Leche. Cantabria. <http://personal3.iddeo.es/espro/lactancia/index.htm>
- Alba Lactancia materna. Barcelona. <http://www.albalactanciamaterna.org/>
- Asociación Canaria Pro Lactancia materna. <http://www.iespana.es/grupolactanciamaterna/>
- Liga de la Leche de Cataluña. <http://ww.terra.es/personal4/lllcatyalunya>
- Amamantar. Asturias. <http://www.amamantarasturias.org/>
- Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la LM. <http://www.grupslactancia.org/>
- Mamá Coloma. Santa Coloma de Gramanet. <http://www.geocities.com/mamacoloma/>
- Do de Pit. Tarragona. <http://inicia.es/de/dodepit/index.html>
- Sina. Valencia. <http://www.iespana.es/sinavalencia/>
- Amamanta. Villamarxant. <http://www.amamanta.net/>
- Mamá, dame teta. <http://www.iespana.es/LactanciaMamiDameTeta/>
- Arte y lactancia materna. <http://www.aguainfant.com/arte/lm>.

## LIBROS RECOMENDADOS

### **Lactancia Materna: Guía para profesionales**

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP)  
edición 2004, Colección Monografías de la AEP nº 5  
descarguelo ahora a texto completo en formato PDF








### **Medicamentos y Lactancia Materna**

Thomas W. Hale  
edición 2004

### **Antes de tiempo. Nacer muy pequeño**

Carmen R. Pallás, Javier de la Cruz  
edición 2004

## VERSIONES EN OTROS IDIOMAS DE LAS RECOMENDACIONES DEL COMITÉ

-  Pág. Web de Asociación Española de Pediatría ([www.aeped.es](http://www.aeped.es))
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en ruso) PDF de 600 Kb  
Version en ruso: Olga Savytka  
Mayo 2006
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en euskera) PDF de 295 Kb  
Noviembre 2005
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en català) PDF de 290 Kb  
versión en català: Adolfo Gómez Papí, amb la col·laboració del Departament de Normalització Lingüística de la Universitat Rovira i Virgili Octubre 2005
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en galego) PDF de 250 Kb  
versión en galego: José Manuel Martín Morales Octubre 2005
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en rumano)  
versión en rumano: Silvia Coman. Noviembre 2003
-  Recomendaciones para la Lactancia Materna (en árabe) PDF de 600 Kb  
versión en árabe: Said Aghris (Marruecos). Septiembre 2003

## ORGANIZACIONES

- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>
- La Leche League International. <http://www.lalecheleague.org>
- Fundación Lacmat (Argentina). <http://www.lacmat.org.ar/>
- Red Internacional de Cuidados Madre Canguro. <http://kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm>
- Academy of BreastFeeding Medicine. <http://www.bfmed.org/>
- Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Baby Friedly Initiative). <http://www.babyfriendly.org.uk/home.asp>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). <http://www.who.int/>
- OMS en español: <http://www.who.int/es/index.html>
- UNICEF: <http://www.unicef.org/spanish/>
- WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). <http://www.waba.org.my/>
- Baby Milk action. <http://www.babymilkaction.org/>
- ILCA (International Lactation Consultant Association -Asociación de Consultores Internacionales de Lactancia-). <http://www.ilca.org/>
- AAP (American Academy of Pediatrics). <http://www.aap.org/advocacy/bf/aapbres.htm>
- Breastfeeding Resources. <http://www.borstvoeding.com/abon/bf-resources.html>
- Breastfeeding.com. <http://breastfeeding.com/>
- [www.clubdelateta.com](http://www.clubdelateta.com)

## COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA:

**PRESIDENTA:** Dra. Margarita Sánchez-Pastor. Servicio de Ginecología

**COORDINADORA:** Dña. Esperanza Martín. Supervisora de Puerperio Quirúrgico

**VOCAL:** Dra. Susana Ares. Servicio de Neonatología

### MIEMBROS:

Dña. Adela Pertusa. Supervisora de Área Funcional del Hospital Maternal

Dña. Carmen Fuentes. Enfermera REA-NEO. Servicio de Neonatología

Dña. Carmen Guilló. Enfermera de Urgencias del Infantil

Dña. Carmen Matey. Matrona del área 6

Dña. Catalina Fernández. Supervisora de Urgencias Materno Infantil

Dña. Concepción Vargas. Enfermera de Puerperio Quirúrgico

Dña. Daniela Pérez. Enfermera de Alta Precoz. Servicio de Neonatología

Dña. Esmeralda Torralba. Enfermera de Alta Precoz. Servicio de Neonatología

Dr. Félix Omeñaca. Servicio de Neonatología

Dña. Gema Magdalena del Rey. Matrona

Dña. Isabel Bernabé. Enfermera de Puerperio

Dña. Isabel Hoyos. Matrona

Dr. José Quero. Jefe de Servicio de Neonatología

Dña. Lourdes Alonso. Supervisora de Puerperio

Dña. M<sup>a</sup> Eugenia Gutiérrez. Enfermera de Urgencias Maternidad

Dña. María Belén Feijoo. Matrona

Dña. María Teresa Montes. Enfermera de Neonatología.

Dña. María Tránsito Salvadores. Matrona

Dña. Maritina Iglesias. Enfermera de Docencia. Servicio de Neonatología

Dra. Marta Cabrera. Servicio de Neonatología

Dña. Marta de Miguel. Matrona del área 6

Dr. Miguel Sáenz de Pipaón. Servicio de Neonatología

Dña. Pilar Pérez. Supervisora de Partos

Dña. Purificación Corona. Matrona

Dña. Raquel Sierra. Enfermera de Puerperio

Dña. Rocío Rodríguez. Supervisora de Servicio de Neonatología

Dña. Rosario Blasco. Enfermera de Puerperio Quirúrgico

Dña. Sara Puig. Supervisora de Partos

Dña. Trinidad Prieto. Enfermera de Puerperio Quirúrgico

Dña. Victoria Pérez. Matrona del H.U.L.P.

## Comité de lactancia materna:

Unidad de Paritorio  
Unidad de Urgencias de Maternidad  
Unidad de Urgencias del Hospital Infantil  
Plantas de Puerperio de Maternidad  
Servicio de Neonatología  
Matronas Área 5  
Matronas Área 6