



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

COMITÉ
DE LACTANCIA

Guía de Lactancia



Es bien conocido como la lactancia natural protege frente a la aparición de múltiples problemas de salud en la infancia y la edad adulta, por lo que su promoción y protección es una de las estrategias más eficaces y menos costosas en Salud Pública.

Durante mucho tiempo la lactancia natural ha sido un camino difícil y lleno de frustración para madres, padres, niños y niñas. Nosotros, como profesionales sanitarios, debemos responder a sus necesidades con la evidencia científica disponible, con medicina basada en la afectividad y en la autonomía de la ciudadanía, creando formas de gestionar la salud más humanizadas y participadas.

Con la publicación de esta Guía de Lactancia, el Comité de Lactancia del Hospital Gregorio Marañón y de Atención Primaria del área de referencia quiere ayudar a todos los profesionales dedicados al cuidado de los niños y sus familias a ser el mejor apoyo para conseguir una feliz lactancia materna.

En la elaboración de la misma han participado un nutrido grupo de profesionales que, tras una revisión de la extensa evidencia científica disponible sobre los beneficios de la lactancia materna y de las formas de actuación más eficaces para conseguirla, la han adecuado a nuestro entorno de trabajo.

La aplicación de los contenidos de esta guía a nuestro quehacer deberá basarse en los principios que la animan, de los cuales el primero es el respeto a la decisión informada de las madres.

La recomendación de intervenciones para el cuidado de la salud constituye una obligación científica y ética con nuestros pacientes, pero que en ningún caso invalida, ni pretende hacerlo, el juicio clínico del responsable de la asistencia en cada momento.

Queremos que este sea un documento útil para todos los que en algún momento de su ejercicio profesional pueden ayudar a padres ofreciendo la ayuda necesaria, basada en la evidencia científica, para facilitar el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

*Estas páginas deben servir también de agradecimiento profundo a todos los Servicios y Unidades (Centros de Primaria, Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Medicina Preventiva y Gestión de Calidad **y con mención especial a la colaboración entusiasta de la Unidad de Fotografía**) y a todos los profesionales que han colaborado desinteresadamente en su elaboración desde todos los ámbitos profesionales, especialmente a las personas que lanzaron este proyecto y que han dedicado horas y entusiasmo para llevarlo a buen fin... Maisa, Cristina, María, Gemma, Manuel y tantos otros que no cabrían en este pequeño comentario. Que vuestro esfuerzo sirva de estímulo a todos los que utilicen esta Guía.*

COMITÉ DE LACTANCIA

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	10
ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	11
ACTUACIÓN EN UNIDAD DE PARITORIO	16
ACTUACIÓN EN UNIDAD DE PUERPERIO	19
ACTUACIÓN DEL PEDIATRA/NEONATÓLOGO EN UNIDAD DE PUERPERIO	22
ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	23
ACTUACIÓN EN UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MATERNAL	31
ACTUACIÓN EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	32
ANEXO 1: SITUACIONES QUE CONTRAINDICAN LACTANCIA MATERNA	34
ANEXO 2: LACTANCIA Y MEDICAMENTOS	36
ANEXO 3: SUPLEMENTOS PARA LA MADRE LACTANTE	38
ANEXO 4: TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO	39
ANEXO 5: EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRASPORTE DE LA LECHE MATERNA	45
ANEXO 6: SUPLEMENTACIÓN	51
ANEXO 7: ACTUACIÓN EN PROBLEMAS TEMPRANOS Y TARDIOS DE LAS MAMAS	53
ANEXO 8: PATOLOGÍAS DEL LACTANTE QUE DIFICULTAN AGARRE O SUCCIÓN	59
ANEXO 9: GUIÓN DE OBSERVACIÓN DE UNA TOMA	62
ANEXO 10: HOJA DE ENFERMERIA SOBRE LM PARA DERIVACIÓN A AT.PRIMARIA	64
ANEXO 11: CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS	67
ANEXO 12: ACTUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL	69
ANEXO 13: INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA	70
ANEXO 14: TALLERES DE LACTANCIA	71
ANEXO 15: PRESTACIONES Y DERECHOS DE PROTECCIÓN DE LA LM	73
BIBLIOGRAFIA	77



INTRODUCCIÓN

El amamantamiento tiene importantes beneficios conocidos sobre la salud, no sólo en la infancia sino en la edad adulta, y sobre la salud de las madres, a corto y a largo plazo, demostrados con suficiente evidencia científica.

La OMS y las distintas sociedades científicas recomiendan la lactancia natural exclusiva los seis primeros meses de vida, y continuar con ella, añadiendo otros alimentos, al menos hasta los 2 años, o hasta que madre e hijo así lo deseen.

La leche materna es especie-específica. Aparte de nutrientes, contiene células vivas (linfocitos/macrófagos), enzimas digestivas, inmunoglobulinas, factores de crecimiento, componentes que ninguna fórmula artificial puede imitar. Aporta todo lo que el niño necesita hasta los seis primeros meses de edad, y sigue siendo esencial hasta el año de vida. La leche materna no es solo un alimento, es un fluido vivo y cambiante capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo modificando su composición y su volumen. Estimula activamente el sistema inmunitario del bebé mediante la transferencia de anticuerpos por lo que hay una menor incidencia y gravedad de las infecciones más frecuentes en el lactante. Además la leche materna favorece la maduración intestinal. Los niños hospitalizados que reciben leche materna tienen una flora intestinal menos patógena que los que reciben leche artificial, en los que predominan los gérmenes hospitalarios, lo que disminuye el riesgo de padecer numerosas patologías.

En la especie humana la lactancia no es un acto puramente instintivo, sino que se ve muy influenciado por la cultura social. El recién nacido, depositario del instinto, a menudo se encuentra con obstáculos que dificultan la primera toma de forma espontánea.

En Noviembre de 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Observatorio de Salud de la Mujer y la Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este documento realiza una revisión de la evidencia científica disponible de los beneficios de la lactancia natural para países desarrollados y elabora recomendaciones de buenas prácticas basadas en evidencia científica y en el respeto a la decisión de la mujer.

En 2017, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, con los objetivos de identificar las condiciones que favorecen el inicio, instauración y mantenimiento de la lactancia materna e incluir recomendaciones basadas en la evidencia que permitan a los profesionales responder a los problemas que pueden tener las madres que amamantan a sus hijos.

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA:

Los principales beneficios con evidencia científica demostrada encontrados en la bibliografía son:

Beneficios en la infancia.

- Mejora de la Relación madre-hijo y reducción de la mortalidad infantil

- Reducción de otitis media (aguda y recurrente), de gastroenteritis no específica, de asma e infecciones respiratorias bajas severas.
- Reducción de dermatitis atópica, obesidad y diabetes tipo 1 y 2.
- Reducción de leucemia de la infancia y de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Reducción de síndrome de muerte súbita del lactante, con clara relación dosis respuesta: a menor tiempo de amamantamiento mayor riesgo de muerte súbita.
- Menor susceptibilidad a las intolerancias alimenticias, cólico del lactante, estreñimiento, reflujo gastroesofágico y hernia inguinal, debido a la mejor adaptación gastrointestinal que se produce en los bebés amamantados y a que la alimentación con leche artificial provoca un tránsito intestinal más lento.

Para los lactantes prematuros y de bajo peso al nacer, la lactancia natural se asocia a:

- Mejor desarrollo cognitivo hasta años después de finalizado el amamantamiento.
- Menor riesgo de retinopatía y de enterocolitis necrotizante.
- Menor mortalidad por infección (sepsis y meningitis).

Beneficios en las mujeres.

- Reducción de cáncer de mama y ovario.
- Reducción de diabetes tipo II y enfermedad coronaria.
- Mejor involución uterina y menor riesgo de hemorragia post parto debido a la mayor secreción de oxitocina producida por el contacto precoz piel con piel. Además el destete temprano o el hecho de no amamantar se asocia a mayor riesgo de depresión materna durante el puerperio.

Beneficios sobre el gasto sanitario.

El gasto sanitario materno-infantil disminuye de manera importante. El estudio de Jon Weimer, tiene en cuenta sólo tres enfermedades infantiles: la otitis media, la gastroenteritis y la enterocolitis necrotizante. Calcula un ahorro de 3,6 billones de dólares si se aumentaran los niveles de amamantamiento en Estados Unidos de un 64% a un 75% al alta, y de un 29% a un 50% a los seis meses de vida.

Beneficios en la sociedad.

Aunque menos tangibles, son importantes los beneficios de la lactancia natural sobre el establecimiento del vínculo, el poder de consuelo, el menor gasto familiar y el absoluto respeto al medio ambiente.

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA

En los últimos cincuenta años “la cultura del biberón” ha ido disminuyendo progresivamente la tasa de lactancia natural hasta niveles muy bajos. Desde los años ochenta del pasado siglo XX, la OMS y la UNICEF vienen alertando de este descenso y elaborando recomendaciones y normativas para paliarlo.

En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2011-12, el porcentaje de lactancia natural exclusiva es de un 66,2% a las 6 semanas, un 53,6% a los 3 meses, y un 28,5% a los 6 meses. A las 6 semanas de vida, un 27,6% de los recién nacidos son alimentados con lactancia artificial en exclusiva. A los 6 meses, un 46,9% reciben leche materna en alguna medida. En la Comunidad de Madrid, la situación es muy parecida.

Muchos y muy complejos son los factores que han hecho que la prevalencia de lactancia natural fuesen tan bajas: intereses comerciales, mensajes confusos por parte de los profesionales sanitarios, cambios culturales y cambios en las maneras de vivir la maternidad y la paternidad.

Las variables que se asocian a un menor amamantamiento son prematuridad, bajo peso, cesárea y nivel de estudios bajo. Las mujeres con un amamantamiento más prolongado, en su mayoría con una formación a nivel universitario, suelen buscar de forma más activa ayuda e información. Sólo un 9% de las mujeres refieren la incorporación al trabajo como motivo para dejar el amamantamiento, ya que la mayoría de los abandonos se dan mucho antes. Aunque es necesaria una consecución de leyes y recursos que apoyen la lactancia natural exclusiva los seis primeros meses de vida, antes de llegar a esa fecha hay mucho por hacer desde el punto de vista más sanitario.

ATENCIÓN SANITARIA A LA LACTANCIA MATERNA

La baja prevalencia de lactancia natural en nuestra sociedad tiene importantes repercusiones en salud, bienestar y gasto sanitario, lo cual hace de su promoción una estrategia de promoción de la Salud Pública. Como se dijo en la Editorial del Lancet “A warm chain for breastfeeding” en 1994:

“Si una nueva vacuna estuviera disponible para prevenir un millón o más muertes de niños, y fuera además barata, segura, administrada oralmente, y que no necesitara de una cadena de conservación en frío, se convertiría inmediatamente en un imperativo público de salud. La lactancia puede hacer todo esto y más, pero necesita de una cadena cálida de ayuda, es decir, un cuidado adecuado para las madres para afianzar su confianza mostrarles cómo hacerlo, y protección de prácticas nocivas. Si esta cadena se ha perdido en la cultura o es inexistente, entonces debe encargarse de ella el Servicio de Salud”.

Además los Servicios de Salud deben adecuarse a los deseos de cada persona, respetando su autonomía, y paliando las dificultades a las que se pueda enfrentar una mujer que quiera amamantar en nuestra sociedad. Los profesionales sanitarios hemos de escuchar a las mujeres y sus familias, para trabajar desde sus necesidades. De esta manera podemos detectar áreas de mejora e implementar propuestas coherentes con la realidad del amamantamiento en nuestra población de referencia.

Los profesionales debemos **facilitar información** sobre los beneficios de la lactancia materna y sus características a la madre y a su familia, así como resolver las posibles dudas que puedan surgir.

La madre debe recibir el **respeto y apoyo** profesional a su decisión informada. Esto supone, en las mujeres que deciden lactar, tener el asesoramiento previo para la instauración de la alimentación al pecho, el apoyo desde el momento del parto y durante el puerperio, incorporación al trabajo y cuando deseen el destete. De la misma manera se debe instruir a las mujeres que deciden no amamantar en el manejo de la lactancia

artificial, y en la importancia del contacto piel con piel con los recién nacidos. Es muy importante hacer un esfuerzo en la línea de la no culpabilización de las distintas opciones de lactancia, ya que las variables que influyen en esa decisión son múltiples y en ocasiones íntimas o no elegidas por la mujer.

En la promoción y apoyo de la lactancia natural es fundamental la **consistencia** del mensaje, para evitar confusión y toma de decisiones perjudiciales para la salud y calidad de vida. Se debe resaltar la necesidad del trabajo consensuado y coordinado de todos los profesionales implicados, para el éxito de la instauración y mantenimiento de la misma. Así mismo, es necesaria la **coordinación** entre niveles de asistencia y la participación e implicación de las mujeres en todo el proceso de promoción y apoyo a la lactancia materna, entendido como un proceso único.

La actuación en la maternidad en los primeros días, la detección precoz de posibles problemas y la derivación inmediata al centro de salud, la adecuada actuación cuando la madre y el bebé deben separarse, el apoyo continuado de la madre que amamanta en exclusiva durante los primeros 6 meses y después con la introducción de la alimentación complementaria son determinantes para un correcto establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna.

Nos encontramos en un momento clave en el replanteamiento de la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio en España, donde se incluye la atención a la lactancia. Desde la visión de las usuarias del sistema sanitario, hay una demanda de un cambio en su manejo, evitando malas prácticas instauradas en las rutinas de atención, exigiendo buenas prácticas con evidencia científica demostrada, y reclamando la autonomía y respeto hacia las distintas opciones de las mujeres y sus familias. Desde las sociedades científicas se está haciendo un claro esfuerzo por actualizar los conocimientos y protocolos de los profesionales. Desde las autoridades se están defendiendo estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural a nivel nacional, y distintos proyectos en las distintas Comunidades Autónomas, aunque son necesarias políticas sociolaborales más protectoras.

Estas sinergias impulsan la realización de **estrategias de mejora** de la atención sanitaria al amamantamiento, basadas en la evidencia científica disponible, en el respeto a la decisión de la mujer y en el bienestar de su familia. Es necesario tener herramientas de seguimiento o evaluación de las estrategias llevadas a cabo.

El **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** es un hospital público perteneciente al Servicio Madrileño de la Salud con más de 1.700 camas instaladas y aproximadamente 8.500 trabajadores. El **Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón** es de referencia nacional e internacional en varias especialidades, incluyendo la atención de neonatos especialmente vulnerables. En 2017 el total de nacidos fue de 5252, con una proporción de cesáreas de un 17.59%. Esta organización viene demostrando históricamente un gran interés en la mejora continua de la calidad científico-técnica de la atención sanitaria.

Así mismo, los **Servicios de Atención Primaria** han visto un aumento del número de nacimientos así como del interés de los progenitores por la lactancia natural. En el Área de Influencia del HGUGM hay una larga tradición en promoción de la salud y participación

ciudadana lo que se refleja en la existencia de **Talleres de Lactancia en centros de salud y Grupos de Apoyo en distintas zonas**, que constituyen un recurso importante y necesario para las familias de la comunidad que están viviendo el proceso de la crianza.

Los padres deben recibir información sobre los beneficios de la lactancia natural. Es importante la coparticipación de la pareja en la opción de crianza y a lo largo de todo el proceso del embarazo, parto y cuidado de los hijos e hijas. **La madre** tiene derecho a tomar una decisión informada sobre su lactancia y a ser junto a su pareja, en el caso de que la tenga, los protagonistas del proceso.



OBJETIVOS DE ESTA GUÍA

1. Respetar la decisión informada de la mujer sobre su opción de lactancia.
2. Utilizar un lenguaje común sobre lactancia materna y unificar los criterios de actuación de todo el personal mediante una Política y unos Protocolos comunes para todas las áreas del hospital y de atención primaria.
3. Aumentar la prevalencia de instauración y la duración media de lactancia natural en la población de referencia del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón de Madrid.
4. Atender el proceso de promoción y apoyo a la lactancia materna de manera coordinada entre niveles y entre distintos profesionales, para aumentar su efectividad, el bienestar de las familias y evitar y paliar las posibles complicaciones asociadas al amamantamiento.
5. Facilitar el mantenimiento de la lactancia materna durante los procesos de hospitalización y enfermedad del niño y de la madre.
6. Ampliar, asegurar y unificar la formación en lactancia materna de los profesionales que atienden a los niños.



ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y la continuación del amamantamiento hasta los dos años si la madre está dispuesta, complementando con alimentos apropiados.

OBJETIVO

Conseguir una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años, y más allá de dicha edad si la madre y el bebé lo desean.

1- ESTRATEGIAS GENERALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Mantener una coordinación con nuestro hospital de referencia y actuar según protocolos consensuados y pautas de seguimiento. Es aconsejable realizar la primera visita en el centro de atención primaria a las 48 – 72 horas del alta de la maternidad o, en cualquier caso, antes de finalizar la primera semana de vida.
- Recuperar y mantener una cultura de lactancia materna en el centro de salud mediante la formación de los profesionales.
- Adecuar el programa de salud infantil para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.
- Crear la comisión de lactancia materna en cada centro de salud, encargada de realizar acciones para fomentar la lactancia materna.
- Emplear las curvas de crecimiento de la OMS para los niños alimentados al pecho y que se incorporen en la historia clínica electrónica de atención primaria
- Contar con un espacio físico adecuado para la observación de las tomas.
- Creación de la consulta de lactancia a través de la matrona o de una enfermera cualificada.
- Creación de talleres de lactancia en los centros de salud.
- Establecer una estrecha comunicación con los Grupos de Apoyo a la lactancia materna de la zona de influencia.

2- EDUCACIÓN SANITARIA A LA MUJER EMBARAZADA.

1. Proporcionar a los padres información teórico-práctica, completa y actual. Esta información se dará en las visitas prenatales previas a la semana 32 y se dejará constancia de ello en la historia clínica. La información debe incluir:

- Importancia de la lactancia materna exclusiva, beneficios para la madre y el niño.
- Importancia del contacto piel con piel y el alojamiento conjunto, que es la única forma de alojamiento existente en nuestro hospital.
- Anatomía y fisiología de la mama.
- Cuidados de la mama.
- Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho.
- Prevención de los problemas de alimentación al pecho. Importancia de evitar el uso de tetinas y chupetes durante el establecimiento de la lactancia.
- Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento.
- Pautas adecuadas para la protección de la lactancia.

2. Además existirán clases prenatales estructuradas, individuales o en grupo, de entre 30 y 90 minutos de duración, impartidas por personal bien formado en lactancia.

3. No se debe entregar a las madres maletitas de promoción de las casas comerciales que contengan material que no sea respetuoso con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.

4. Se debe incluir a los miembros de la familia en las sesiones de educación en lactancia materna.

5. Se informará a la madre gestante de que el tratamiento prenatal de los pezones invertidos con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman no está recomendado.

6. Entregar "Guía de Lactancia. Información para padres" antes de la semana 32 de gestación.

3-ATENCIÓN A LA PUÉRPERA Y AL RECIÉN NACIDO.

Consulta de revisión postparto en el centro de salud, realizada por la matrona de forma precoz, idealmente en las primeras 24-48 horas después del alta.

Valoración de la madre

- ✓ Estado físico general.
- ✓ Valoración por patrones funcionales.
- ✓ Instauración de la lactancia y valoración de las mamas.
- ✓ Discutir opciones anticonceptivas:
 - Explicar a la madre que en las primeras seis semanas tras el parto son de elección los métodos no hormonales.
 - Método MELA, eficacia alta siempre que se den las siguientes condiciones: bebé menor de 6 meses, madre en amenorrea, lactancia exclusiva, sin descanso diurno de más de 4 horas, ni nocturno de más de 6.
 - Los métodos de barrera son una buena opción en los primeros meses

- Las píldoras de progesterona sola son el anticonceptivo hormonal de elección en la lactancia.
 - DIU: recomendable esperar 6 semanas tras el parto.
- ✓ Se enseñarán a la madre las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche materna. (anexo 5)

Valoración de la madre y el niño, mediante el guión de observación de una toma. (Anexo 9)

Valoración del recién nacido.

- ✓ Patrón de ganancia ponderal.
- ✓ Patrón de eliminación.
- ✓ Frecuencia y duración de las tomas. Patrón de sueño.
- ✓ Características del llanto.
- ✓ Higiene.
- ✓ Cuidados del cordón umbilical.

Además, durante la visita el profesional debe:

- ✓ Asegurarse de que los padres conocen la importancia de mantener la lactancia, los mecanismos de producción de la leche materna y qué significa lactancia a demanda.
- ✓ Comprobar que conocen los signos de hambre.
- ✓ Proporcionar confianza y tranquilidad.
- ✓ Implicar al padre en el cuidado del lactante y en el apoyo a la madre.
- ✓ Animarles a participar en los talleres de lactancia materna del centro de salud y asistir a los grupos de apoyo de la zona.
- ✓ Entregar a los padres la "guía de lactancia para padres".

4- GRUPOS DE APOYO Y TALLERES DE LACTANCIA.

Se fomentará la creación de talleres de lactancia en los centros de salud, así como la asistencia a los grupos de apoyo a la lactancia natural. (Consultar anexo 14)

5- PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN CONSULTAS DE PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA.

El objetivo principal es proporcionar una serie de recomendaciones que ayuden al profesional a conseguir que todas las madres que lo deseen puedan amamantar a sus hijos.

- Después del alta en la maternidad, el niño debe ser recibido por el pediatra o por una enfermera experta, idealmente a las 48 horas tras el alta o, al menos, durante la primera semana de vida, quienes valorarán:
 - ganancia ponderal
 - una toma
 - deposiciones
 - micciones

- ictericia

- Se dará información a los padres sobre manejo adecuado de la lactancia:
 - Es mejor dejar que el niño mame hasta que muestre señales de satisfacción aunque ello implique tomar de un solo pecho y en la toma siguiente ofrecer primero el pecho opuesto.
 - No imponer horarios estrictos: la producción óptima de leche materna se logra cuando se permite amamantar tantas veces como el niño desee y lo necesite.
 - La frecuencia de las tomas del niño dependerá de la producción de leche de la madre y su capacidad de almacenamiento, así como de las necesidades de crecimiento del niño o si el niño está enfermo. Recordar que pueden cambiar temporalmente los patrones de alimentación del bebé. Informar a la madre sobre las crisis de crecimiento que supondrán un incremento durante varios días en la frecuencia de las tomas, hasta que la producción láctea se adapte a las necesidades del bebé.
 - La leche materna se digiere más rápidamente, en 1,5 h. frente a las 4 h. de los sucedáneos de leche materna, y esto explica que el bebé alimentado a pecho necesite mamar con mayor frecuencia.
 - Las causas más frecuentes de leche escasa son las tomas poco frecuentes, problemas de afianzamiento y / ó posturas incorrectas del bebé. La indicación a la madre, una vez verificado un agarre correcto, será que aumente la frecuencia y que utilice un extractor para estimular la producción.
 - Se informará que el uso de tetinas y chupetes durante el periodo de afianzamiento de la lactancia materna puede llevar a confusión de la succión.
- Siempre hacer partícipe al padre en todo el proceso de amamantamiento, ya que este trabajo en equipo hace que maduren juntos y se consigue así un mayor éxito en el mantenimiento de la lactancia materna.
- Los principales signos de amamantamiento ineficaz deben de ser detectados y corregidos por el equipo de atención primaria. Anexo 4:
 - Se deben reevaluar las técnicas de amamantamiento: agarre y posición correctos. Consultar Anexo 4
 - Comprobar que el recién nacido haga 8-12 tomas los primeros días.
 - Controlar el peso cada 24 horas hasta comprobar que la ganancia es adecuada, y los signos indirectos de ingesta adecuada de leche. Consultar Anexo 4
 - Evitar procedimientos que puedan interferir con la lactancia materna, como tetinas o chupetes, hasta que la lactancia esté instaurada, alrededor del mes de vida.
 - Si hace menos de 8 tomas al día o éstas son incorrectas y el niño sigue perdiendo peso, se enseñará a la madre cómo extraerse la leche para suplementar y estimular la producción.

- Si es necesario, suplementar con leche extraída, mediante vasito, jeringa o suplementador, para evitar la confusión de succión.
- La madre y el personal sanitario conocerán que la mayoría de los problemas que aparecen durante la lactancia o al inicio de la misma son susceptibles de tratamiento y mejora y no deben conllevar el abandono del amamantamiento. El dolor y trauma del pezón pueden ser causados por una posición incorrecta. Si el dolor persiste a pesar de una posición o un agarre correctos, se deben considerar otras causas como las infecciones fúngicas o bacterianas, frenillo corto, etc. Consultar Anexo 7 y 8.
- Todo el personal sanitario debe identificar las contraindicaciones maternas o en el lactante para la lactancia materna. (Anexo 1)
- Si la suplementación está médicamente indicada, ésta se ofrecerá al lactante, utilizando un método de alimentación que no comprometa la transición al pecho posteriormente. Anexo 6
- Se enseñarán a la madre las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche materna. Anexo 5
- Se darán instrucciones a la madre para que siga una dieta variada y no restringida. Anexo 3
- Se discutirán con la madre las opciones para facilitar el retorno a sus actividades habituales. Se proporcionarán directrices y apoyo para continuar la lactancia tras la incorporación al trabajo.
- Inicio de la alimentación complementaria:
 - Se informará a los padres de la importancia del mantener la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y de prolongarla hasta los 2 años o más, tanto tiempo como deseen la madre y el bebé.
 - A partir de los 6 meses, se aconsejará la introducción gradual de alimentos sólidos para complementar la leche materna:
 - Los alimentos se ofrecerán después de las tomas de pecho y sin forzar.
 - Se introducirán en primer lugar los alimentos ricos en hierro.
 - La introducción de los demás alimentos se hará de forma gradual, uno nuevo cada 2 o 3 días.
 - No se adicionará sal ni se ofrecerá miel a los lactantes de menos de 1 año.
 - Se mantendrán al menos 4 tomas diarias de pecho para asegurar un aporte lácteo suficiente. Si se ofrecen cereales, se pueden mezclar con agua, o con leche materna, para evitar introducir sucedáneos.
 - Cuando la madre desee destetar, se aconsejará hacerlo gradualmente, eliminando una toma cada 3 o 4 días y manteniendo el máximo tiempo posible las tomas de la mañana y la noche.

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE PARITORIO

Es el conjunto de actividades coordinadas por el personal de Paritorio: Obstetras, neonatólogos (Adjuntos y MIR), matronas y EIR, auxiliares, encaminadas al inicio precoz de la Lactancia Materna

OBJETIVOS GENERALES:

A) Promover la Lactancia Materna

B) Favorecer el **Inicio precoz de la lactancia para el recién nacido sano** en la unidad de paritorio.

C) Fomentar la **lactancia materna a demanda**.

D) **Unificar criterios** del personal: de información y asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 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 su estancia en el paritorio.
- Respetar el deseo de no iniciar la Lactancia Materna.

ACTUACIÓN

- Se preguntará a la madre **qué tipo de alimentación** quiere dar a su hijo/a, y se registraran antecedentes, deseo o no de Lactancia Materna, posibles dificultades en amamantamientos previos, contraindicaciones, factores de riesgo o necesidad de apoyo **para el inicio precoz de la LM**
- Si la madre ha decidido dar lactancia materna, se valorará si existe alguna patología materna que requiera cuidados especiales o si la madre toma alguna medicación o sustancia tóxica contraindicada durante la lactancia. Consultar Anexo1 y 2.
- Valorar la **necesidad de información** sobre la técnica de la Lactancia Materna.
- Informar de la importancia y los beneficios del **contacto piel con piel** inmediato al nacimiento.
- Explicar la necesidad e importancia del **inicio precoz de la Lactancia**

Materna

- Asegurar que el **entorno físico del paritorio es el adecuado**.
- Verificar el **confort de la mujer**.
- Permitir el contacto piel con piel entre el neonato y su madre después del parto
- Favorecer el agarre espontáneo al pecho
- Se **supervisará la primera puesta** al pecho para que sea adecuada,
- Mantener un **clima adecuado** en la sala de paritorios para facilitar y propiciar el vínculo de los padres con el recién nacido
- Invitar a los padres a realizar preguntas para **resolver o aclarar posibles dudas o temores**
- Hacer partícipe a la pareja incluyéndole en la información dada sobre la lactancia e invitándole a dar apoyo a la mujer.
- Si el recién nacido debe trasladarse al servicio de Neonatología, existe la posibilidad de iniciar la lactancia materna en dicha unidad
- **Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la Lactancia Materna.**
- Registrar en la historia clínica el inicio de lactancia materna, posibles incidencias y, en el caso de que no se inicie, se especificará el motivo.
- Cuando no es posible la lactancia materna dar el apoyo necesario.

PARTO VAGINAL:

- Inmediatamente después del parto (en la misma **cama** de parto), colocarlo sobre el vientre de su madre en posición prona y secarle con cuidado con una toalla o paño caliente, colocarlo en decúbito prono entre los pechos de su madre, asegurando un buen contacto piel con piel, y cubrirle la espalda con una toalla de algodón y la cabeza con un gorro.
- Realizar la valoración del Apgar y la identificación del bebé sobre su madre (huella, pulsera).
- Controlar el bienestar del bebé y de la madre. Dejarle que se coja espontáneamente al pecho.
- No ayudarlo a agarrarse hasta que no haya puesto en marcha los reflejos de búsqueda: masticación, succión de su puño, lengüetada.
- Permitir que el contacto piel con piel dure todo el tiempo que madre y bebé necesiten, al menos 60/90 minutos o hasta que se produzca la primera toma.

- Aprovechar el momento de pasar a la madre de la **cama** de partos a la cama para poner la profilaxis al RN y pesarlo.

Para más información consultar la “Guía piel con piel”.

PARTO POR CESÁREA:

- Se puede realizar en cesáreas programadas, y en aquellas en las que no exista complicaciones ni contraindicaciones maternas o fetales y siempre con la colaboración del ginecólogo, anestesiólogo y neonatólogo.
- Colocar los electrodos para la monitorización de la madre en la espalda.
- Preparar el campo de manera que el bebé pueda colocarse sobre su madre.
- Colocar al RN en contacto piel con piel con su madre y si esto no es posible, se animará al padre a que lo haga, informándole de las ventajas del piel con piel.
- Seguir el resto de pasos como en el caso de partos vaginales.



ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA

INTRODUCCIÓN

En la planta de Obstetricia se llevan a cabo los cuidados y tratamientos de las madres y recién nacidos tras el parto.

En esta planta, **se practica el alojamiento conjunto** a lo largo de todo el ingreso, evitando la separación incluso durante la realización de pruebas, exploraciones o procedimientos que puedan realizarse dentro de la misma habitación

1- PARTOS VAGINALES

- Registro del inicio de lactancia materna (LM) si la madre desea lactar.
- Verificar la existencia de contraindicaciones para la lactancia materna.
- Proporcionar educación sanitaria a los padres. Solucionar dudas acerca de la LM.
- No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado
- No presionar a la madre si ha tomado la decisión informada de no dar el pecho, y apoyar en la correcta alimentación con leche artificial.
- Fomentar siempre el contacto piel con piel independientemente del tipo de alimentación.
- Entregar a los padres la guía de lactancia.
- Felicitar a la madre en las primeras “puestas al pecho”.
- Enseñar a los padres a reconocer los signos tempranos de hambre.
- Explicar a los padres que la alimentación al pecho debe de ser a demanda, la 1ª semana se debe ofrecer el pecho entre 8-12 veces al día.
- Informar a los padres que ante cualquier duda pueden acudir a nosotros para asesorarles.
- Evitar el uso de tetinas y chupetes durante el ingreso, e informar a los padres de la importancia de evitar su uso hasta que la lactancia esté instaurada (Hacia el mes de vida)

2- CESÁREAS

En el caso de las cesáreas el recién nacido ingresa en planta en compañía del padre o de un familiar a cargo, quedando la madre ingresada en la URPA, por lo que al ingreso deberemos seguir los siguientes pasos:

1. Informar al padre de que la madre suele tardar unas 2 horas en subir a la planta desde la URPA. y que en caso de desear lactancia materna podemos esperar de forma segura.
2. Explicar en qué consiste el contacto piel con piel y sus beneficios en el recién nacido y animar al padre a que lo haga.
3. Vigilar la aparición de signos de hipoglucemia.
4. Vigilar y registrar los primeros minutos de la técnica piel con piel.
5. En caso de que el padre o familiar nos informe de que la madre no desea dar lactancia materna, administrar lactancia artificial según protocolo.
6. Cuando llegue la madre a planta seguir los mismos pasos que para los partos vaginales.

3- SEPARACIÓN MADRE-RECIÉN NACIDO POR INGRESO EN NEONATOLOGÍA

1. Cuando la madre llegue a la planta preguntarle cómo habían pensado alimentar a su hijo y dejarlo reflejado en la historia clínica.
2. No presionar a los padres si han tomado la decisión informada de no dar el pecho.
3. Informar a la madre de la importancia de comenzar a extraerse la leche lo antes posible, idealmente dentro de las primeras horas posparto si se encuentra bien.
4. Enseñar a la madre la técnica y frecuencia de la extracción de leche tanto manual como con sacaleches, así como la correcta manipulación y conservación de la leche durante el tiempo que el niño esté a dieta o no pueda alimentarse directamente del pecho. Recordar que la producción de leche se regula en las primeras semanas, por lo que realizar al menos 8 extracciones al día le asegura a la madre la producción futura.
5. Se les entregará a los padres el folleto de información sobre Extracción, conservación y transporte de la leche materna.

CONSIDERACIONES GENERALES

Vigilar estrechamente la evolución de la lactancia en las siguientes situaciones:

- Niños con riesgo de hipoglucemia
- Niños con riesgo de deshidratación
- Niños que no realizan micción o deposición en 24 horas.

La administración de suplementos debe realizarse bajo prescripción médica, por lo tanto ante la sospecha de ingesta insuficiente de leche:

- Avisar al pediatra o neonatólogo para que valore la necesidad de administrar suplementos y los prescriba.
- Cuando haya una indicación médica para la suplementación, se administrarán evitando el uso de tetinas.
- Mostrar a los padres cómo administrar los suplementos, preferiblemente con la técnica dedo-sonda.
- Informar a la madre de la necesidad de poner más a menudo a su hijo al pecho y/o enseñar técnicas de extracción para poder suplementar con leche materna.

ALTA

1. Confirmar que los padres saben identificar los signos de alarma que les pueden indicar problemas con la lactancia.
2. Favorecer la primera visita al pediatra, matrona o enfermera **en los primeros días, idealmente** en las primeras 48 horas tras el alta.
3. Informar acerca de los grupos de apoyo y los talleres de lactancia.
4. Informar a los padres que ante cualquier duda pueden acudir a su centro de salud para asesorarse.
5. Dar informe de alta en el que se deje constancia del tipo de lactancia, estado de las mamas y cualquier complicación potencial como el riesgo de lactancia materna ineficaz. Anexo 10.



ACTUACIÓN DEL PEDIATRA/NEONATÓLOGO EN LA UNIDAD DE PUERPERIO

1ª VISITA DEL PEDIATRA EN PLANTA DE PUERPERIO:

Respetar la decisión materna.

- La madre y el hijo permanecerán en alojamiento conjunto a lo largo de todo el ingreso, evitando la separación incluso en la realización de pruebas, exploraciones o procedimientos que puedan realizarse en la misma habitación
- Registrar en la historia la decisión materna.
- Si ya ha iniciado lactancia preguntar por dificultades. Si no ha iniciado la lactancia y la madre lo desea animar a que comience cuanto antes.
- Los niños amamantados no recibirán otro medicamento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado.
- Valorar junto con enfermería si es preciso suplementar y cómo hacerlo. Evitar el uso de tetinas
- Si es necesario suplementar, dejarlo por escrito en la historia del recién nacido.
- Animar a la madre a que inicie la extracción manual de calostro para poder suplementar a su hijo con su misma leche
- Si historia familiar de atopias o alergias a la leche de vaca y es preciso suplementar valorar dar fórmula hidrolizada
- Informar a los padres que no se deben ofrecer chupetes ni tetinas hasta que la lactancia materna esté bien establecida.
- No existirá publicidad de leches artificiales en las plantas de la Maternidad.

ALTA DEL PEDIATRA EN PLANTA DE PUERPERIO

Explicar como reconocer los signos precoces de hambre.

Preguntar por las dificultades que haya tenido en los primeros días.

Explicar lo que significa "a demanda", aunque la primera semana se debe ofrecer el pecho entre 8 y 12 veces al día.

Favorecer la 1ª visita al pediatra, matrona y/o enfermera en los primeros días, idealmente en las primeras 48 horas tras el alta.

Indicar la existencia de los grupos de apoyo a la lactancia

Si está dando lactancia artificial dar pautas en cada caso.

Vigilar nº de deposiciones, micciones, mucosas húmedas y ganancia ponderal.

Si el peso es menor de 2700 grs y además tiene problemas de lactancia o menos de 6 pañales húmedos y/o menos de una deposición cada 24h ir al Pediatra para valorar ganancia de peso y técnica de alimentación.

SUPLEMENTACIÓN CON LACTANCIA ARTIFICIAL

Consultar Anexo 6 y Protocolo específico "Madres que no amamantan".

ACTUACIÓN EN RECIEN NACIDOS INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA

ATENCIÓN POR EL PERSONAL SANITARIO

Identificar los factores de riesgo en la madre que dificulten y/o contraindiquen la Lactancia Materna. (Anexo 1 y 2)

Algunas enfermedades influyen de forma determinante en la lactancia, los sentimientos generados por un hijo/a con problemas pueden hacer pensar que la lactancia materna no va a ser posible o que no está indicada, pero, en la mayoría de estos bebés es posible dar el pecho. Estos lactantes necesitan más un vínculo estrecho con su madre y los beneficios de una nutrición óptima, sin olvidar que es fundamental evitar cualquier riesgo añadido a su enfermedad.

La Unidad de Neonatología tiene una política de puertas abiertas, por lo tanto los padres pueden permanecer con sus hijos todo el tiempo que deseen, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los niños amamantados no recibirán otro medicamento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado.

Neonato ingresado con dieta normal sin problemas para lactar del pecho

1. En la primera visita se preguntará cómo habían pensado alimentar a su hijo, si la respuesta es con leche materna, explicarle que aunque el bebé esté ingresado la madre podrá alimentarlo al pecho.
2. No presionar si han tomado la decisión de no dar el pecho. Sólo se informará de los beneficios extra de la lactancia materna en los neonatos enfermos o prematuros. Animarle a que extraiga leche al menos durante las dos primeras semanas para que su hijo pueda beneficiarse de las bondades del calostro
3. Si la madre se encuentra bien para caminar o moverse en silla de ruedas, bajará a Neonatos cada vez que el niño necesite mamar.
4. Felicitar a la madre en las primeras "puestas al pecho", informando a los padres del valor del calostro.
5. Es recomendable valorar en las primeras tomas la adecuación de la ingesta de leche materna y de las técnicas de amamantamiento.
6. Enseñar a la madre las distintas posiciones al pecho, la técnica correcta de agarre, los signos de una correcta transferencia de leche y los signos indirectos de una ingesta adecuada de leche. (Anexo 4).
7. Explicar a los padres que, aunque la alimentación al pecho debe de ser a demanda, en las unidades de hospitalización hay unos horarios para las tomas, pero éstas podrán ser a demanda mientras la madre permanezca con su hijo.

8. Informar a la madre de la importancia de estimularse entre tomas para ofrecer al bebé leche materna en las tomas en las que ella no está. Enseñar la técnica de extracción manual y con sacaleches.
9. Explicar a la madre la importancia de que permanezca con su hijo el mayor tiempo posible, y que deje dicho a qué tomas va a venir, se anotará en la gráfica de enfermería.
10. Informar de que tanto las tomas como las extracciones nocturnas son muy importantes hasta la instauración de la LM, por lo que debería realizar al menos una durante la noche los diez primeros días.
11. Las tomas en las que esté ausente la madre se realizarán con jeringa, vasito o cuchara según criterio médico. (Anexo 6).

Neonato ingresado con Dieta Normal, pero con imposibilidad de tomar el pecho directamente de la madre.

1. Seguir mismos pasos anteriores. Si han decidido LM, la madre deberá comenzar a extraerse la leche lo antes posible, idealmente dentro de las primeras horas. Entregar a los padres la guía de extracción, conservación y transporte.
2. Enseñar la técnica de extracción manual y con sacaleches. Informar a la madre de la importancia de realizar extracciones frecuentes
3. Favorecer que la madre se extraiga la leche al lado de su hijo, siempre que sea posible.
4. Cuando el bebé pueda hacer la toma por vía oral se facilitará la alimentación directa al pecho.
5. Apoyar y motivar a la madre durante el periodo que dura la extracción de leche, pues es una tarea pesada e incómoda.

Neonato ingresado con Dieta Absoluta

Seguir mismos pasos anteriores. Entregar a los padres el anexo 5. Explicar a los padres que aunque el bebé esté ingresado y no pueda comer de momento, no por ello se debe renunciar a la lactancia materna. Para favorecer la instauración de la lactancia la madre deberá estimularse el pecho con un sacaleches.

Neonato con cardiopatía

Supone todo un reto para los padres y los profesionales que cuidan al niño. Desde el nacimiento hasta que se supera el postoperatorio y el niño consigue succionar directamente del pecho, hay un largo camino en el que debemos acompañar a los padres, informándoles, dándoles instrucciones claras y consensuadas así como motivación para llevarlas a cabo.

Hay evidencia científica que demuestra que, aunque los niños amamantados tardan más tiempo en completar la toma, mantienen menor variabilidad en sus constantes vitales, con frecuencias cardíaca y respiratoria más bajas y saturaciones de oxígeno más altas que los alimentados con biberón.

ACTUACIÓN

1. Seguir mismos pasos anteriores. Explicar a los padres que aunque el bebé esté ingresado y tenga una cardiopatía puede alimentarse con LM o directamente del pecho.
2. Conocer el deseo y motivación de la madre para dar de mamar. Amamantar a estos niños no depende tanto del tipo de cardiopatía o de la capacidad del niño para mamar como de variables maternas. Por tanto cuando nos encontramos con una madre motivada debemos implicarnos especialmente, apoyarla y ofrecerle la confianza que necesita para conseguir una lactancia materna satisfactoria.
3. Cuando después de un periodo de dieta comenzamos con una alimentación a través de una sonda gastrointestinal, debemos proporcionar al bebé un chupete o el pecho, previamente vaciado, si fuera posible, de forma que el niño irá asociando la succión con la sensación del estómago lleno.
4. Informar a la madre que debe coger al niño y/o hablar con él durante la toma para estimular las actividades de alimentación habituales, siempre que sea posible
5. Cuando el bebé pueda hacer la toma por vía oral se facilitará la alimentación directa al pecho
6. Ofrecer al bebé mucho contacto piel con piel cuando se está introduciendo la lactancia para darle así muchas oportunidades para acercarse al pecho.
7. Evitar el uso de tetinas en este momento, si el bebé no es capaz de terminar las tomas completarlas a través de las sondas gastrointestinales, y cuando la madre esté ausente administrar la leche materna con jeringas, vasito o cuchara. Así evitaremos la disfunción motora oral secundaria al uso de tetinas (confusión tetina-pezones). Anexo 6.
8. Si queremos una ingesta más calórica, debemos instruir a la madre para que utilice el extractor antes de ofrecerle el pecho al bebé, de esta manera le reservamos al niño la parte más grasa, esto también se favorece alimentando al niño con un sólo pecho en cada toma, consiguiendo así la leche del final, más rica en calorías.
9. Ayudar a los padres a identificar los despertares del bebé como oportunidades para practicar la alimentación al pecho.
10. Enseñar a la madre a prepararse el pecho mediante un masaje. (Anexo 5).

11. Enseñar a la madre qué significa una alimentación a demanda y animarla a que no limite el tiempo del bebé al pecho ofreciéndolo con mayor frecuencia. La madre deberá conocer los signos tempranos de hambre (movimientos de búsqueda, chuparse los puños...). La LM nos permite una alimentación frecuente especialmente indicada en los niños con CC pues disminuye el cansancio del niño y evita el incremento del consumo de oxígeno.
12. Fomentar la estimulación del pecho entre horas si se sospecha que la producción de leche es baja o insuficiente, así como mostrar las ventajas de la extracción de leche simultánea de ambos pechos (bombeo doble), que ahorra tiempo y se relaciona con un aumento de la producción.
13. Enseñar a la madre los signos de cansancio del bebé durante la alimentación al pecho y como proceder en caso de que el niño esté demasiado cansado para continuar. Estos signos pueden incluir: disnea, taquipnea y/o cianosis (el niño suelta el pecho pero no se queda tranquilo o satisfecho, sino que parece cansado).
14. Evitar estimulación oral negativa como la colocación de sondas orales o la aspiración de secreciones orofaríngeas, en la mayoría de las ocasiones es suficiente la utilización de una gasa humedecida para retirarlas. Cuando coloquemos sondas nasogástricas elegiremos las de menor calibre posible para que no interfieran con la respiración.
15. Ofrecer al bebé estimulación oral positiva mediante masajes faciales y orales y darle frecuentes oportunidades para la succión mediante chupetes, o directamente al pecho.
16. Cuando la entrada de alimentación oral debe ser restringida, indicar a la madre que primero se extraiga la leche y luego le ofrezca el pecho al bebé, la succión no nutritiva del niño al pecho con la leche extraída previamente puede ser un buen estímulo para calmar y conformar al niño.
17. Informar a los padres de la importancia de satisfacer las necesidades de succión. Es importante que tanto los padres como los profesionales comprendamos que el bebé encuentra en el pecho el amor de su madre, recibe su calor, se siente protegido, cuando lo succiona se consuela con facilidad, se alimenta y además le supone un alivio natural del dolor.
18. Vigilar la capacidad del bebé para mamar, evaluando al menos dos tomas en 24 horas, utilizar el Anexo 9 "Guía de observación de una toma".
19. Al alta, dar información a los padres sobre los grupos de apoyo a la lactancia.

Recién nacido Prematuro (RNPT)

Los pasos para el amamantamiento con éxito en el RNPT progresan a medida que su maduración aumenta. La edad a la que cada niño está preparado para pasar al siguiente paso varía. Por ello, a pesar de la unificación de criterios, cada paciente debe ser tratado de forma individualizada, adaptando cada actuación a sus particularidades.

La información prenatal y neonatal así como el apoyo y la motivación a los padres, es fundamental para conseguir instaurar y prolongar en el tiempo la lactancia materna tan beneficiosa para estos niños.

ACTUACIÓN

1. Seguir mismos pasos anteriores. Entregar a los padres la guía de extracción, conservación y transporte de la leche para niños hospitalizados.
2. Informar a los padres de la importancia del calostro sobre todo para los RNPT. Si la madre ha decidido no darle el pecho a su hijo podemos pedirle que se extraiga la leche durante unos días para poder darle al menos el calostro a su bebé.
3. En las siguientes visitas ampliaremos la información sobre el procedimiento para favorecer la instauración de la lactancia materna. (Es importante que esta información le llegue cuanto antes a la madre para que se anime y comience a extraerse la leche en las primeras horas postparto, idealmente en la primera toma).
4. Enseñar a la madre la técnica y frecuencia de la extracción de leche. Anexo 5.
5. Enseñar a los padres del RNPT la extracción de leche manual (Anexo 5). De esta manera podremos obtener calostro en las primeras horas y favorecer la nutrición enteral mínima o trófica con calostro materno.
6. Explicar a la madre que la frecuencia de extracción de leche debe de imitar el patrón de lactancia del bebé (mín. 8-10 veces día), las 2 primeras semanas, después la madre deberá extraerse el número de veces necesario para mantener la producción (750 ml. al día).
7. Recomendar a la madre de RNPT que utilice un sacaleches eléctrico, pues tienen más capacidad de extracción que los sacaleches manuales.
8. Alentar a la madre a masajear el pecho antes y durante la extracción, a utilizar el sacaleches doble y al realizar unos minutos de extracción manual al finalizar la extracción eléctrica, para optimizar el drenado del pecho en cada sesión de extracción.
9. Favorecer que la madre se extraiga la leche al lado de su hijo, siempre que sea posible.
10. Cuando la madre se extrae poca cantidad de leche, debemos preguntar sobre la frecuencia y tiempo de extracciones, hábitos alimenticios y adecuado descanso. Puede ser útil registrar por escrito el número de extracciones, tiempo dedicado y cantidad obtenida. De esta manera tanto la madre como los profesionales pueden objetivar donde se encuentra la dificultad.
11. Hablar con los padres sobre las dificultades y problemas que encuentran no sólo en la extracción de la leche sino en la mecánica de la recogida y que comuniquen los posibles problemas al personal encargado de su hijo.

12. Antes de tomar la decisión de abandonar la lactancia, es importante que los padres hablen con los médicos y enfermeras de neonatología sobre las causas, pues son pocas las circunstancias que contraindican de forma absoluta la lactancia materna. (Anexo 1).

1- Administración de leche por sonda

1.1.-La administración la LM por sonda se debe de realizar con bomba de infusión en posición vertical con el émbolo hacia abajo y el tiempo de infusión no debe de superar preferentemente los 30 minutos.

1.2.-Involucrar a la madre, permitirle administrar pequeñas cantidades de su leche por la sonda gástrica.

1.3.-Durante la alimentación a través de sonda gástrica ofrecer al bebé un chupete o una gasa mojada en leche de su madre, para proveerle de estimulación oral positiva, estimulando el olfato del niño y acercándosela a su nariz.

1.5.-Una vez que el niño está estable y bajo indicación médica la madre puede comenzar el Cuidado Madre Canguro (CMC). Los niños que no tengan respiración asistida, poco a poco y a ratitos se pondrán en contacto con el pezón para que empezar a identificar el olor y comenzar a lamer y chupar posteriormente el pezón.

2- Alimentación por sonda mientras realiza Cuidado Madre Canguro.

2.1.-Cuando madre-hijo se sientan confortables con el CMC, se puede empezar a administrar leche materna por SNG durante la realización de la técnica. De este modo el bebé asociará la sensación placentera de estar siendo cogido al pecho con la sensación de tener el estómago lleno.

2.2.-Alrededor de la 30 semana de edad gestacional corregida (EGC), si el niño muestra signos de estar alerta y querer succionar, se puede acercar al pecho materno. Esto se puede realizar incluso en niños con CPAP y gafas nasales.

3- Succión no nutritiva.

3.1.-Cuando el niño alcanza la 30-32 semana de EGC, podemos comenzar con la succión no nutritiva (SNN) que consiste en darle acceso al pecho durante la realización del CMC. En niños menores de 1000 gramos, la madre vaciará completamente su pecho justo antes de la SNN. De esta forma el niño probará alguna gotita de leche pero no hará una ingesta eficaz. Se acercarán los labios del niño al pezón, sin forzar su entrada en la boca, permitiéndole lamerlo, acariciarlo o succionar la punta del pezón. Como en el paso anterior, mientras realice la SNN se administrará la alimentación por SNG. De esta forma se consigue asociar la experiencia positiva con el pezón con la sensación de estómago lleno.

3.2.-El correcto posicionamiento desde las primeras ocasiones es muy importante para el éxito posterior. Hay que enseñar a la madre las distintas posturas de amamantamiento (anexo 4). La más recomendada es la de rugby o la de cuna cruzada, porque permite a la madre estabilizar la cabeza del bebé.

4- Succión nutritiva (SN)

4.1.-Alrededor de las 32-34 semanas de EGC, el niño suele estar preparado para la succión nutritiva. Es importante realizar una valoración integral del niño antes de ofrecerle el pecho. El estado más apropiado para iniciar la alimentación con éxito es el denominado "alerta tranquila", en el cual el niño permanece despierto con mirada atenta y receptivo a la estimulación recibida, con ritmo cardiaco y respiratorio normal y organizado conductualmente. Puede presentar movimientos mano-boca y succión rítmica.

4.2.-Los niños que han participado en la SNN, suelen hacer la transición gradualmente. Antes de poner al niño al pecho, la madre debe estimular la subida de leche mediante un masaje (Anexo 5) o extrayendo una pequeña cantidad pero sin vaciarlo completamente. A medida que el niño madure, cada vez será necesaria una extracción menor de leche, hasta que la madre no necesite extraer nada.

4.3.-Es importante la supervisión de la toma para poder detectar signos de estrés: apnea, cambios en el ritmo cardiaco, respiración irregular, aumento de las necesidades de oxígeno, agitación, llanto, mirada dispersa, arqueamiento del cuerpo, dedos extendidos, ceño fruncido, estornudos, hipo, bostezos, piel moteada y/o vómitos. Cuando alguno de estos signos ocurre durante la alimentación deberemos dar al niño un tiempo para reorganizarse. Si no lo consigue pasados unos minutos, se deberá administrar el resto de la toma por sonda.

4.4.- El uso de pezoneras en prematuros puede aumentar la cantidad de leche ingerida en cada toma. Su uso está indicado cuando la madre tiene una adecuada producción de leche y el RNPT tiene dificultades para agarrarse o mantenerse enganchado al pecho, o cuando la forma de los pezones dificulta el agarre.

El uso de pezoneras debe realizarse bajo la supervisión de personal experto y retirarlas cuando el bebé sea capaz de obtener del pecho la mayor parte de la ingesta diaria.

4.5.- La extracción debe continuar hasta que el niño consiga amamantar adecuadamente. Esto se suele conseguir alrededor de la 40-44 semanas EGC.

Mientras el niño sea incapaz de obtener toda la leche del pecho, la extracción materna debe continuar.

4.6.-Si un bebé alimentado con LM no consigue una adecuada ganancia ponderal, podemos recomendar a la madre, si tiene una producción suficiente de leche, que cuando se extraiga la recoja en dos recipientes, de manera que el segundo recipiente recogido contendrá proporciones más altas de grasas que el recogido en primer lugar.

4.7.-Si el niño toma gran parte de su ingesta directamente del pecho y queremos una ingesta más calórica, debemos instruir a la madre para que utilice el extractor antes de ofrecerle el pecho al bebé, de esta manera extraemos la leche inicial que es más serosa y le reservamos al niño la parte más grasa, esto también se favorece alimentando al niño con un sólo pecho en cada toma, consiguiendo así la leche del final, más rica en calorías.

SUCCIÓN NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva (SNN) inicia un movimiento peristáltico de deglución y mejora la respuesta en todo el tracto gastrointestinal. Además relaja al bebé, la succión por sí misma produce un efecto analgésico, facilita la transición a la alimentación oral.

Evitar el uso del chupete en este periodo cuando esté con la madre, favorecer el CMC, el contacto piel con piel y la SNN al pecho mientras se le administra la leche materna mediante SNG, para obtener una mejor asociación, por parte del niño, de la succión con la deglución.

CUIDADO MADRE CANGURO (CMC)

El CMC es efectivo para el control de la temperatura, reduce el riesgo de infecciones, favorece el proceso de vinculación y además favorece la lactancia. Debe ofrecerse a todos los recién nacidos ingresados y de manera especial al RNPT. Este método estimula la producción de leche y permite ofrecer el pecho al bebé con mucha frecuencia, facilitando el proceso del amamantamiento. Además tanto los padres como sus hijos pueden disfrutar de un contacto físico precoz y prolongado que, junto con los mejores cuidados, promoverán su desarrollo óptimo físico y emocional.



ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL HOSPITAL MATERNAL

Acuden puérperas que están teniendo problemas con la lactancia, conlleva una situación de angustia, y la mayoría vienen con la idea de retirar la lactancia materna. Es importante realizar la intervención en un lugar con ambiente cómodo y que preserve la intimidad de la paciente.

OBJETIVO GENERAL:

Promover y promocionar la lactancia materna cuando han aparecido problemas como consecuencia de una mala técnica, detectando y previniendo problemas y, si han aparecido, intentar subsanarlos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Valoración psicológica: Dar apoyo psicológico y comprensión.
2. Valorar los problemas más frecuentes que surgen: (Anexo 7)
 - Valoración de la mama: grietas o ampollas, son signos de un mal enganche.
 - Ver si existe ingurgitación mamaria, signo de un mal vaciamiento.
 - Ver si existe mastitis (dolor, calor, rubor, endurecimiento), signos también de un mal vaciamiento.
3. Valoración del niño: ganancia ponderal semanal o mensual, estado de hidratación.
4. Dar una educación sanitaria sobre la lactancia.

ACTUACIÓN

- Evaluar una toma (Anexo 9). Corregir los posibles problemas.
- NO AGOBIAR CON PREGUNTAS. Respetar los deseos y decisiones maternas.
- Dar la información necesaria para resolver su problema. Valorar el grado de conocimiento de los padres respecto a los beneficios y funcionamiento de la lactancia materna.
- Detectar en qué punto aparecen las dificultades, y reforzarlo.
- Si eligen la lactancia artificial, dar el apoyo necesario.
- No dar a los recién nacidos amamantados otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado.
- Si hay una indicación médica para suplementar, no utilizar tetinas. Consultar anexo 6.
- Informar a los padres de la importancia de no dar tetinas ni chupetes hasta que la lactancia esté bien establecida, hacia el mes de vida.
- Alentar a las madres a amamantar a demanda, explicando la importancia de que en las primeras semanas las tomas sean muy frecuentes, entre 8 y 12 al día
- Derivar al pediatra, matrona o enfermera para que puedan ayudarlos, e informar de la existencia de grupos de apoyo y talleres de lactancia. Anexo 14

ACTUACIÓN EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

La hospitalización del lactante es una de las causas que más interfieren con la lactancia materna. En ocasiones la situación clínica aconseja disminuir las tomas o incluso dejar al paciente a dieta absoluta. Aún en estas situaciones especiales es posible mantener la lactancia materna.

La situación de estrés emocional de la madre puede disminuir la cantidad de leche que produce, por lo que es necesario hacer una promoción activa de la lactancia materna. Afortunadamente hoy en día se tiende a la hospitalización madre-hijo, lo que facilita enormemente la lactancia materna. La madre debe sentir que la alimentación del lactante con leche materna forma parte de los cuidados del lactante, se debe favorecer la administración de este tipo de alimentación, y todos los profesionales sanitarios deben fomentar la lactancia materna y vigilar el desarrollo de la misma, así como favorecer los horarios flexibles y vigilar el estado anímico de la madre.

- El personal sanitario fomentará la lactancia materna.
- La lactancia materna se ofrecerá a demanda.
- Prestar atención a la higiene.
- Favorecer que la madre y el lactante podrán permanecer juntos las 24 horas del día.
- Evitar la administración de otros líquidos o alimentos durante el ingreso.
- Todos los lactantes ingresados que estén siendo amamantados deben tener la posibilidad de seguir haciéndolo, a pesar de su enfermedad. (En algunas circunstancias especiales será necesario limitar la ingesta e incluso dejar a esos pacientes a dieta absoluta).

ACTUACIÓN

1. No dar a los recién nacidos amamantados otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado.
2. Explicar la importancia de extraerse la leche para mantener la producción idónea. Debe realizar el número de extracciones necesarias para obtener la cantidad de leche que el niño necesita las 24 horas. (Anexo 5).
3. Informar a la madre de los distintos métodos de extracción, tanto manuales como eléctricos y de conservación. (Anexo 5).
4. No utilizar chupetes ni tetinas. Si es necesario administrar la leche materna de forma diferida utilizar otros métodos de suplementación. (Anexo 6).
5. Cuando el lactante pueda comer por boca favorecer la alimentación directamente del pecho.
6. Enseñar a la madre a estimular la subida de la leche antes de ponerse a su hijo al pecho mediante masaje si fuera necesario. (Anexo 5).

7. Si el niño tiene restricción de líquidos, permitir la succión no nutritiva al pecho, indicando a la madre que le ofrezca el pecho a su hijo después de haberse extraído la leche.
8. Explicar a la madre que la angustia y el estrés puede hacer disminuir la cantidad de leche, pero haciendo extracciones frecuentes o poniendo al bebé al pecho a menudo se puede recuperar.
9. Informar a la madre de los distintos métodos para administrar su leche para, a pesar de la gravedad de la enfermedad del paciente, mantener, si así se desea, la alimentación con leche materna.



ANEXO 1:

SITUACIONES QUE CONTRAINDICAN LA LACTANCIA MATERNA. ENFERMEDADES MATERNAS Y DEL LACTANTE QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA.

Deben ser establecidas en cualquier caso por el médico responsable

- **Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH):** Está demostrada la transmisión del VIH tipo1 por la leche materna por lo que constituye una contraindicación para la lactancia materna
- **Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I ó II):** Se ha demostrado su transmisión por la leche humana. Es recomendable evitar la LM en madres portadoras de este virus.
- **Galactosemia.** Estos niños deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento.
- **Deficiencia primaria de lactasa.** El déficit congénito de lactasa contraindica la LM.
- **Drogas de abuso ingeridas por la madre, excepto metadona.**
- **Medicamentos ingeridos por la madre:** Debe de individualizarse en cada caso y seguir las recomendaciones de la ficha técnica.

Ante la duda con cualquier medicamento, plantas y /ó tóxicos:

Se pueden consultar las páginas Web: www.e-lactancia.org y www.perinatology.com/exposures/druglist.htm y de inmediato conoceremos el riesgo.

Para obtener información general, consultar el Anexo 2 “Lactancia y medicamentos”.

RECORDAR: si se considera la interrupción temporal de la lactancia, se aconsejará a la madre vaciar con frecuencia las mamas durante el período de interrupción de la LM, en forma manual ó con sacaleches , para mantener una producción adecuada de leche y poder reiniciar posteriormente la lactancia con éxito

ENFERMEDADES MATERNAS QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA

Tuberculosis activa

Hepatitis A

Hepatitis B: Es compatible con LM. El bebé debe recibir gammaglobulina hiperinmune específica en las 12 horas siguientes al nacimiento y la 1º dosis de vacuna antihepatitis B.

Hepatitis C: Actualmente se considera que no contraindica la lactancia materna

Herpes simple

Sífilis

Varicela: Si el contagio ocurre entre 20 días y 5 días antes del parto generalmente produce un cuadro leve en el bebé por los anticuerpos maternos **Por el contrario si ocurre entre los 5 días previos al parto ó en las primeras 48 h. posteriores al parto** puede producir infección grave por varicela en el recién nacido (varicela diseminada). Para prevenirla se debe administrar al niño inmunoglobulina inespecífica y aislarlo temporalmente de su madre hasta que deje de ser contagiosa. Durante ese período la madre, si no tiene lesiones en el pezón, puede extraerse la leche para luego dársela al bebé previa higiene adecuada de las manos. **Si la infección se produce en la madre 48 h. después del parto, durante la lactancia,** y no presenta lesiones en el pezón se puede continuar con la Lactancia materna. El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la LM.

Hay otras enfermedades que también requieren una valoración individualizada como son: toxoplasmosis, citomegalovirus, cáncer de mama, brucelosis, prolactinoma, enfermedad de Lyme, infecciones bacterianas graves, patología tiroidea, sarampión, miastenia gravis, implantes mamarios de silicona, patología tiroidea, diabetes materna, epilepsia, depresión post-parto, etc. Para más información acerca de cada una de ellas se puede consultar el “Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica” de la AEP.

ENFERMEDADES DEL LACTANTE QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA

Enfermedades metabólicas del lactante

Alergia e intolerancia a la leche de vaca u otros alimentos.

ANEXO 2:

LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

En la mayoría de los casos, es poco probable que los riesgos para el bebé superen los beneficios de la lactancia materna y en casi todos los casos existe un fármaco alternativo seguro, o en el peor de los casos la lactancia sólo necesita ser interrumpida.

En cualquier caso debe de individualizarse para cada fármaco y seguir las recomendaciones de la ficha técnica

- Proponer una alternativa antes de aconsejar el destete.
- 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 vía 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.
- Utilizar especialidades que contengan un solo principio activo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Las Rx, tomografías, resonancias, sean o no con contrastes (iodados o no), son compatibles con la lactancia.
- Respetar tiempos de espera para amamantar tras exploraciones con radiofármacos, (Intentar emplear el radionúclido de vida media más corta. Asesorarse con el radiólogo. Almacenar leche extraída previamente para darla tras la exploración. Extraerse la leche el tiempo indicado, desechándola. El Yodo-131 y el Estroncio-89M empleados en tratamientos, obligan a suspender la lactancia temporalmente).

SUSTANCIAS CON EFECTO SOBRE SNC

Están contraindicadas durante la lactancia y deben de evitarse:

- Anfetaminas.
- Cannabis.

- Cocaína.
- Heroína.

Deben de evitarse o moderar su consumo: el tabaco y el alcohol.

Metadona; es compatible con la lactancia.

PLANTAS MEDICINALES

No se recomienda su consumo. Estos productos tienen gran cantidad de flavonoides, que son altamente estrogénicos y pueden disminuir la producción de la leche, como los preparados de alcachofa, anís, comino, ginseng, lino, lúpulo, regaliz, romero y zarzaparrilla. Además son potencialmente tóxicos, pues desconocemos las dosis de seguridad: alfalfa, amapola, anís estrellado, anís verde, artemisa, cornezuelo, eucalipto, hinojo, hisopo, nuez moscada, salvia, té de hierbas...

FUENTES DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA

www.e-lactancia.org y www.perinatology.com/exposures/druglist.htm



ANEXO 3:

SUPLEMENTOS PARA LA MADRE LACTANTE.

Seguir las recomendaciones del ginecólogo

La madre debe ingerir en total al menos 250-300 μg de yodo al día y se debe mantener durante toda la lactancia.

Debe seguir dieta completa y variada y suplementos si desnutrición, problemas de malabsorción, reducción gástrica, dietas vegetarianas (vitamina B₁₂) y gemelares.

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

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



ANEXO 4:

TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

La colocación correcta del lactante al pecho es uno de los requisitos más importantes para el éxito de la lactancia.

Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del pecho, favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

Sentada: Es la más habitual.



Posición de cuna



Posición de cuna cruzada

Acostada de lado: es la postura de elección si la madre se encuentra cansada o dolorida tras el parto, en las tomas nocturnas y en caso de cesárea.

Invertida o de balón de rugby: esta posición es recomendable: cesáreas, madres con pechos grandes, para amamantar a gemelos, a niños prematuros o con bajo peso al nacer y en general cuando hay alguna dificultad en el agarre.



Posición invertida o en balón de rugby



Posición acostada de lado

Sentado o a caballito: la madre estará sentada y el bebé también sentado sobre su muslo frente a ella. La madre puede sujetar la espalda y cabeza del niño con la mano y con la otra ofrecer y sujetar el pecho.

Es una postura adecuada para casos de hipotonía (hipoxia, síndrome de Down), paladar hendido y en bebés prematuros, todos ellos con dificultad para mantener el pecho dentro de la boca.

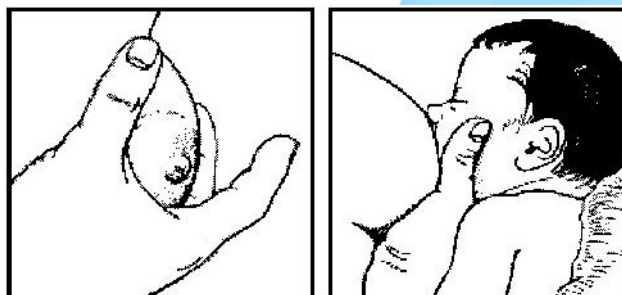


Posición sentado o a caballito

Posición de Colson o posición ventral: el niño está tumbado sobre el cuerpo de la madre.



Posición de Colson



Posición Dancer

Posición Dancer: indicada para niños con hipotonía.

La Técnica de Dancer aumenta la estabilidad del niño al pecho al disminuir el espacio intraoral, disminuyendo así las dificultades asociadas a la hipotonía.

El bebé se colocará de frente al pecho, sentado o tumbado, la mano de la madre sujeta su mandíbula con el pulgar y el índice y presiona la barbilla ligeramente, al tiempo que la palma de la mano soporta el pecho, esto ayuda a las mejillas a formar el soporte estructural para que el lactante pueda hacer el vacío y succionar de forma adecuada.

Enseñar a la madre cómo puede sostener al bebé en una posición más vertical, con buen soporte para la cabeza, la mandíbula y el resto del cuerpo.

Gemelos

En caso de gemelos, la madre puede amamantar a uno por uno, o puede hacerlo simultáneamente a los dos, en posición de cuna, de rugby o combinando ambas.



POSICIÓN Y AGARRE DEL BEBÉ AL PECHO

Posición correcta del bebé al pecho

1. Madre y bebé deben de estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del bebé en contacto con la madre (barriga con barriga).
2. Para facilitar el agarre, el cuerpo del bebé debe de estar girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, con el cuello más extendido que flexionado, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón.
3. La cabeza del bebé y todo su cuerpo deben de estar más o menos inclinados según la dirección del eje del pecho, por lo tanto la misma posición no sirve para todas las madres y dependerá del tamaño y orientación de sus pechos.
4. La madre estimulará al bebé para que abra la boca rozando sus labios con el pezón.
5. Permitir al bebé explorar el pecho, después de unos segundos, abrirá mucho la boca y sacará la lengua hacia abajo.

6. Cuando el bebé tenga la boca bien abierta, desplazarlo suavemente hacia el pecho (no el pecho al bebé). No empujar la cabeza del bebé con la mano, ya que de forma refleja la llevará hacia atrás apartándose del pecho.
7. El bebé se agarrará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de la boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca muy abierta.
8. El lactante debe introducir en su boca tanto pecho como sea posible y colocar su labio inferior alejado de la base del pezón.
9. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que el cuello esté flexionado. Bastará con desplazar ligeramente el bebé hacia sus pies, con este movimiento se extiende la cabeza y la nariz se separa un poco del pecho.
10. Las manos del bebé deben de quedar a ambos lados del pecho.
11. Cuando la madre tiene los pechos grandes, puede ser útil sujetar el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, con la mano en forma de "C" para que los dedos de la madre estén suficientemente alejados del pezón y no interfieran con el agarre del bebé al pecho.
12. No es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo "la pinza", ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de la boca.

SIGNOS DE BUEN ENGANCHE:

1. El labio inferior queda muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca que está muy abierta.
2. Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior del bebé que por debajo de su labio inferior.
3. La barbilla del niño toca el pecho y sus labios están evertidos.
4. Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento se extiende hasta sus orejas.
5. Las mejillas deben de estar redondeadas, no hundidas hacia adentro
6. El pecho se ve redondeado.



Agarre correcto



Agarre incorrecto

SIGNOS DE ADECUADA TRANSFERENCIA DE LECHE:

1. Durante la toma la madre puede sentir sed, sueño, relajación, "entuetos", placer etc.
2. A veces gotea leche del otro pecho.
3. El bebé traga de forma audible, además de ser visible y palpable por el movimiento del hueso hioides.
4. La comisura de la boca del bebé está húmeda.
5. El bebé mantiene un ritmo de succión nutritiva, en un segundo, succiona, deglute y respira coordinadamente.
6. La madre nota su pecho blando, sin bultos, ingurgitaciones ni dolor o molestia en los pezones, que no se encuentran deformados.
7. El bebé se suelta del pecho espontáneamente con aspecto saciado. No busca más el pecho. Su cara, brazos y manos están relajados, puede estar dormido.

SIGNOS INDIRECTOS DE AMAMANTAMIENTO INEFICAZ:

1. Pérdida de peso del lactante mayor del 7-10% respecto al peso al nacimiento a los 7 días de vida.
2. Pérdida continuada de peso después del día 3.
3. Lactante que no ha empezado a ganar peso después del 5º día.
4. Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14 de vida.
5. Menos de 3 deposiciones en 24 horas a partir del 4º día.
6. Heces meconiales después del 4º día.
7. Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del 4º día.
8. Lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehúsa las tomas.

9. No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5.
10. Dolor de pezones persistente o creciente.
11. Congestión mamaria que no mejora amamantando.

TÉCNICA DE COMPRESION MAMARIA

Indicada en casos de:

- Debilidad
- Bajo peso
- Dificultades en la coordinación
- Síndrome de Pierre-Robin
- Síndrome de Down

Con la mano bien abierta sobre la pared torácica, cuando el niño inicia la succión la madre aprieta el pecho por la base firmemente y mantiene la presión. Al apretar sale más leche y el niño mama con entusiasmo, cuando el niño se detiene la madre suelta el pecho y lo vuelva a apretar cuando el bebé inicia de nuevo la succión. Puede ser útil variar la posición de la mano, apretar en varios sentidos. Se repite hasta que el niño deja de responder y no traga más al presionar el pecho. Entonces se le ofrece el otro pecho.

TÉCNICA DEL "SANDWICH"

Indicada en:

- Pezones planos, pseudoinvertidos o invertidos

Consiste en pinzar suavemente la areola en su parte inferior y superior sin que los dedos entorpezcan el agarre del niño, esto favorece al máximo la protrusión del pezón.



Técnica del "sándwich"

ANEXO 5:

EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE MATERNA EN EL DOMICILIO.

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA: *Técnica para vaciar el pecho que imita la succión del bebé y exige entrenamiento y paciencia.*

Es necesario explicar que las primeras extracciones siempre obtienen escasas cantidades de leche, pero con la práctica las madres son capaces de extracciones más eficaces y adecuado drenaje del pecho.

Indicaciones de la extracción de la leche materna:

- Para las madres que no pueden amamantar a sus bebés (por enfermedad de la madre o el bebé, grandes prematuros).
- Para prevenir o disminuir la congestión mamaria. (trabajo, viajes, medicación etc...).

Inicio de la extracción: debe empezar lo más pronto posible después del parto.

Frecuencia y duración de la extracción:

- Las primeras 24-48 horas recomendar al menos 5 extracciones diarias.
- Durante las primeras semanas al menos 8 veces al día.
- Para un buen establecimiento de la producción de leche son muy importantes las extracciones nocturnas pues durante la noche los niveles de prolactina son más elevados que durante el día, lo que favorece una mayor producción de leche.
- No se debe esperar a la subida de la leche o a que la madre se sienta incómoda. El calostro también se puede extraer y almacenar.
- La opción de la extracción manual o técnica de Marmet los dos primeros días posparto, permite obtener volúmenes mayores de calostro que con los sacaleches.
- Extracción con sacaleches: debe iniciarse con una fuerza de extracción baja y se debe de estimular la subida de la leche y respetar el tiempo de extracción (pág. 60). Varios días después se puede aumentar la fuerza de extracción. Es importante drenar los senos tanto como se pueda, pues de lo contrario el cuerpo interpreta que la leche que queda en los senos ya no es necesaria y producirá menos, por lo que se recomienda finalizar la sesión con una breve extracción manual.
- Se recomienda la extracción simultánea en ambos pechos para reducir el tiempo de extracción y optimizar el volumen extraído.

Medidas higiénicas y de asepsia:

1. Lavado meticuloso de manos con agua y jabón.
2. La ducha diaria es suficiente para la higiene del pecho, areola y pezón.
3. Se desaconsejan los jabones bacteriostáticos y las lociones o geles con alcohol, que favorecen la desecación y la aparición de grietas.
4. Los recipientes donde se acumulará la leche extraída y la parte del extractor que entra en contacto con la leche deben limpiarse meticulosamente con agua caliente y jabón, enjuagarlas y secarlas. Una vez al día se esterilizarán los recipientes y componentes del extractor hirviéndolas en una olla tapada con agua durante 10 ó 15 min., o en el lavavajillas a t° de 60° . Dejar secar cubiertos con un paño.

Técnica para estimular la subida de la leche:

Es necesario primero preparar el pecho para facilitar la extracción:

Lugar de extracción adecuado: ambiente cómodo y privado. Música, relajación. Se puede imaginar al bebé, mirar una foto o colocarse delante de él mientras se realiza la extracción.

Calor: la aplicación de calor (seco o húmedo) sobre el pecho favorece el flujo de leche.

No es aconsejable para aliviar la congestión mamaria de los primeros días.

Masajear: oprimir firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.

Frotar: suavemente el pecho desde la periferia del mismo hacia el pezón y alrededor de él con caricias suaves que casi causen cosquilleos.

Sacudir: Inclinandose hacia delante, sacudir ambos pechos suavemente.



Tiempo de extracción

El procedimiento completo debe durar entre 20 y 30 minutos.

- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer nuevamente de cada pecho de 3 a 5 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer una vez más de 2 a 3 minutos.

Si la producción de leche ya está establecida, utilizar los tiempos anteriores sólo como guía. Si aún no hay leche o hay poca, seguir los tiempos anteriores cuidadosamente. Este procedimiento debe de llevarse a cabo tanto si la extracción es manual como si es con sacaleches.

TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN:

1. Extracción manual o técnica de Marmet:

La más usada en todo el mundo. Es útil en los dos primeros días posparto, permite obtener suficiente volumen de calostro para iniciar la nutrición del bebé. También es útil para disminuir la tensión por una excesiva cantidad de leche y facilitar el enganche, vaciar un pecho demasiado lleno de forma puntual o para estimular el reflejo de eyección antes de amamantar o de la extracción mecánica.

1. Lavado de manos tanto la madre como la persona que va a ayudar en la recogida de la leche.
2. Masaje, sentada cómodamente, inclinada hacia adelante, cogerá el pecho con la yema de los dedos, colocando el pulgar arriba y los dedos índice y medio abajo formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm. por detrás del pezón (no tiene que coincidir con el final de la areola).
3. Evitar que el pecho descanse sobre la mano.
4. Levantar un poco el pecho y entonces empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), comprimir el pecho ligeramente entre los dedos, y sin soltarlos se ruedan los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos sobre la piel.
5. Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos de leche (colocar los dedos, empujar hacia atrás, rotar hacia el pezón).
6. Rotar la posición de los dedos para vaciar todas las partes del pecho.
7. Evitar estiramientos y maniobras de presión excesivas en el pecho o pezón.
8. Cuando la extracción manual se utiliza en los primeros días posparto, las pequeñas cantidades de calostro extraídas pueden recogerse con una jeringa.



2. Extracción con sacaleches:

El aparato simula lo que hace el bebé cuando toma el pecho, y la leche se deposita finalmente en un recipiente.

Tipos de extractores

a) Extractor manual: cuando solamente se necesita extraer leche de vez en cuando. Los mejores son aquellos que imitan el efecto de una jeringa, o los que pueden usarse con una sola mano. Los sacaleches del tipo “bocina” no son recomendables.

b) Extractor eléctrico: Si el bebé es prematuro (RNPT) o requiere de una larga hospitalización, un extractor eléctrico es más cómodo y eficaz, sobre todo si permite la extracción de los dos pechos a la vez.

Estos extractores se pueden alquilar o comprar en las farmacias, ortopedias o a través de organizaciones de madres lactantes.

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA:

Para mantener intactas las características nutritivas de la leche materna, es necesario conocer especialmente los cuidados para su almacenamiento.

Recipientes a utilizar:

Se almacenará en recipientes de vidrio o plástico estériles, con tapa y herméticos. Se etiquetarán con un rotulador resistente al agua o etiqueta, con la fecha, la hora de extracción, la cama y el nombre del bebé.

Se administrará al bebé la leche más antigua que se ha guardado.

Si la producción de leche es mayor que la demanda, la madre puede congelar la leche sobrante, en recipientes de plástico duro (es válido cualquier recipiente de uso alimentario), de vidrio o bolsas diseñadas a este efecto.

Los envases de polietileno (bolsas de plástico) es conveniente almacenarlos en el frigorífico o en el congelador dentro de recipientes duros. Su uso está desaconsejado en prematuros durante su ingreso hospitalario y para tiempos largos de congelación (más riesgo de contaminación).

Combinación de la leche extraída en diferentes sesiones.

- Se puede utilizar el mismo recipiente para guardar la leche recién extraída, durante un periodo máximo de 24 horas, siempre que las cantidades extraídas se hayan mantenido a una temperatura entre 0 y 15°C. Etiquetar el recipiente con la fecha y hora de la primera extracción.
- Es recomendable congelar la leche en pequeñas cantidades (60-120 ml) para así poder descongelar la que el bebé vaya a tomar inmediatamente.
- Se puede añadir la leche nueva a la que ya tenemos congelada, para ello enfriar la leche sacada en la última sesión en la nevera al menos durante 2 horas y luego echarla encima de la leche congelada. La cantidad de leche añadida a la que ya estaba congelada tiene que

ser menor para evitar que la leche fresca descongele la capa superior de la leche congelada.

Tiempo de almacenamiento de la leche materna.

El tiempo de almacenamiento de la leche varía en función de si la leche se guarda a temperatura ambiente, en el frigorífico o en el congelador y dependiendo del tipo de leche que se utilice.

LUGAR DE ALMACENAMIENTO				
Temperatura ambiente (19-26°C)	Bolsa térmica (15°C)	Frigorífico (+4°C)	Congelador con frigorífico	Congelador Independiente (Tipo arcón)
4-8 horas	24 horas	3-8 días. Si no se prevé utilizarla, es preferible congelarla. No almacenar en la puerta de la nevera	2 semanas si el congelador está dentro del frigorífico (-15°C). 3-6 meses si es de puerta separada (tipo combi a -18°C)	6-12 meses (-20°C)

Fuente: GPC de Lactancia Materna 2017

Cómo descongelar y calentar la leche materna

Descongelar durante la noche:

La mejor forma de descongelar la leche es lentamente: Saca la leche del congelador la noche anterior y déjala en la nevera. Esta leche puede ser utilizada en las 24 horas siguientes, manteniéndola en el frigorífico.

Descongelar inmediatamente:

También se puede descongelar dejando unos minutos dentro de otro recipiente con agua tibia, después en agua caliente y por último en agua más caliente (nunca pasar de los 37°C) hasta obtener la temperatura adecuada para ofrecérsela al bebé. Esta leche debe ser utilizada en las 4 horas siguientes.

Calentamiento:

No se debe hervir ni descongelar en el horno microondas para evitar que se pierdan ciertas propiedades de la leche.

La leche almacenada se sedimenta en capas de diferentes colores (la grasa arriba), este aspecto es normal. Una vez descongelada, agitar el recipiente suavemente para mezclar la leche.

Una vez descongelada, se puede calentar dentro de un recipiente con agua caliente o directamente bajo el agua caliente del grifo. Una vez caliente, la temperatura de la leche no debe de ser superior a la temperatura corporal.

La leche que haya sido calentada y no se administre inmediatamente o haya estado en contacto con la saliva del bebé, debe desecharse.

Algunas madres pueden notar que su leche tiene un olor rancio al descongelarla. Esto se debe a la acción de la lipasa. Para prevenirlo, se puede escaldar la leche (calentar al fuego hasta observar que se empieza a formar espumita por los bordes del recipiente, pero sin llegar a hervir) y luego dejar enfriar y congelar. Una vez que tiene olor rancio no se puede hacer nada para eliminarlo. No hay evidencia de que esta leche ranciada sea perjudicial para el bebé, pero la mayoría la rechazan. Conviene hacer la prueba antes de almacenar muchas tomas.

TRANSPORTE DE LA LECHE:

La leche se puede transportar de un lugar a otro, sólo hay que tener la precaución de alejarla de una fuente de calor. El transporte se realizará en una nevera portátil con las placas de hielo en su interior, de manera que no se rompa la cadena del frío.



ANEXO 6:

SUPLEMENTACIÓN

La suplementación es una indicación médica, por lo tanto es necesario tener una orden prescrita por el médico para dar un suplemento de leche artificial a un recién nacido.

CUANDO SUPLEMENTAR

Un número pequeño de afecciones maternas y del recién nacido podría justificar la recomendación. Estas afecciones, son las razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna según OMS/UNICEF. (Consultar también el Anexo1)

AFECCIONES INFANTILES:

- Recién nacidos de muy bajo peso al nacer, menos de 1500 gr., y recién nacidos muy prematuros menos de 32 s de EG.
- Niños con riesgo de hipoglucemia
- Niños con deshidratación, cuando la lactancia por sí sola no puede resolver la pérdida aguda de agua.
- Pérdida ponderal excesiva. Detectar los posibles problemas que están causando una producción insuficiente de leche, corregirlos y explicar a la madre cómo estimular la producción de leche poniendo a su hijo más a menudo al pecho y haciendo extracciones entre tomas. Otro signo fiable de que el bebé no está recibiendo suficiente leche y puede precisar un suplemento es que las micciones sean de escasa cantidad de orina concentrada. Ver signos de amamantamiento ineficaz, Anexo 4.
- En enfermedades del lactante como la fenilcetonuria, la enfermedad de la orina de jarabe de arce, la tirosinemia y homocistinuria consultar el Anexo 1 “Situaciones que contraindican la lactancia materna. Enfermedades del lactante que requieren una consideración especial”.

AFECCIONES MATERNAS

- Niños cuyas madres padecen una enfermedad física o mental severa
- Niños cuyas madres deben recibir medicamentos incompatibles con la lactancia.
- Niños cuya madre ha fallecido o han sido abandonados.

COMO SUPLEMENTAR

- Suplementar preferentemente con leche materna y si no es posible con leche artificial de forma individualizada y según prescripción médica.
- Si es necesario suplementar tanto con leche materna como con leche artificial, se hará siempre después de la toma de pecho o durante la misma con un suplementador.
- Los suplementos se administrarán con vasito, jeringa de uso oral o cuchara según indicación médica. Evitar el uso de tetinas.
- Cuando un niño está recibiendo suplementos y queremos que pase progresivamente de la suplementación al pecho, podemos seguir el siguiente cuadro **orientativo** controlando la evolución del peso diariamente:

CUADRO ORIENTATIVO DE SUPLEMENTACIÓN	
Si succiones aisladas o jugueteo	Toma completa por sonda, vasito o biberón en posición horizontal.
Si succión efectiva 5-10 min.	Ofrecer la mitad de la toma con vasito o biberón en posición horizontal.
Si succión efectiva más de 15 min.	No suplementar
VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL PESO DIARIAMENTE	

Hablamos de una **succión efectiva** cuando encontramos humedad alrededor de la boca del bebé, se oye la deglución y la madre nota cómo el pecho le queda más blando después de la toma. (Consultar en el anexo 4 "Técnica de amamantamiento" los signos de una adecuada transferencia de leche).

ANEXO 7:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LOS PROBLEMAS TEMPRANOS Y TARDÍOS DE LAS MAMAS.

PROBLEMAS TEMPRANOS DE LAS MAMAS

Los problemas que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. Casi siempre se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente a una postura o agarre incorrectos. La mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos o aliviados si se reconocen y se manejan adecuadamente.

Dolor en los pezones y grietas

Durante los primeros días después del parto es normal que duelan un poco los pezones, sobre todo, al inicio de la toma. Si el dolor continúa es indicativo de que existe un problema.

Las grietas son, junto con la sensación de insuficiente producción de leche, una de las principales causas de abandono de la lactancia por el dolor que producen.

El dolor es máximo al inicio de la toma, disminuye posteriormente y desaparece casi por completo cuando el bebé suelta el pecho. Otro de los síntomas es que el bebé presente algún vómito hemático secundario a la sangre materna digerida.

ACTUACIÓN

1. Si la madre desea continuar con la lactancia animarla y darle confianza.
2. Examinar los pezones. Si las grietas sólo afectan a un pecho, recomendar a la madre que empiece por el pecho sano para que el niño succione el pecho agrietado con menor avidez.
3. Observar una toma para detectar posibles errores en la técnica de amamantamiento, tanto en la posición del cuerpo como en el agarre.
4. Enseñar a la madre cómo colocar al bebé para evitar el dolor. En ocasiones es útil modificar la posición del bebé al mamar, por ejemplo la posición del balón de rugby.
5. Consultar Anexo 4 Técnica de amamantamiento.

Ingurgitación mamaria

Puede ocurrir al comienzo de la lactancia con la “subida de la leche”, es bilateral y tiene un componente inflamatorio y de retención de leche aumentando el tamaño del pecho y provocando dolor.

Avanzada la lactancia puede presentarse de forma bilateral o unilateral por un vaciamiento inadecuado de la mama, entonces hablaremos de retención de leche.

ACTUACIÓN

1. Informar a la madre de la importancia de poner el bebé al pecho desde el nacimiento y muy a menudo (unas 8-12 veces al día) durante la primera semana de vida.
2. Observar una toma. Consultar Anexo 4 y 9.
3. Informar a la madre de que es conveniente vaciar un poco los pechos antes de ofrecérselos al bebé. Un baño tibio o unas compresas de agua tibia favorecen la salida de la leche.
4. Cuando los pechos están muy tensos, presionar un rato alrededor de la areola; aparecerá una fóvea y facilitará el agarre del bebé.
5. Cuando las molestias no se alivian tras la toma, informar a la madre que debe extraerse la leche de forma manual o con sacaleches hasta que los pechos le queden blandos. Consultar el Anexo 5.
6. Informar a la madre que puede aliviar el dolor con la aplicación de compresas frías (o una bolsa de hielo o verduras congeladas), siempre entre tomas y nunca inmediatamente antes de la toma.
7. Cuando a pesar de todas las medidas, persista el dolor, puede ser necesario recurrir a los analgésicos y/o antiinflamatorios.

Pezón plano, invertido o pseudoinvertido

La mayoría de las formas de pezones permiten un amamantamiento sin dificultad. Algunos pezones pueden dificultar el agarre del bebé y, necesitarán apoyo especializado.

Los pezones planos son aquellos que apenas cambian su configuración tras estímulos.

Algunos pezones invertidos son fácilmente protuidos al estimularse y en reposo vuelven a su posición inicial, por eso se denominan pseudoinvertidos. El bebé, con la succión, es capaz de hacerlos protruir.

El pezón realmente invertido se hunde o desaparece dentro de la areola cuando se toca o aparece invertido con forma de ombligo en estado de reposo. Suele ser unilateral, y a veces se asocia con un número menor de conductos o una anomalía de los mismos, por lo que es necesario que se verifique la transferencia adecuada de leche realizando el seguimiento del bebé. Consultar en el anexo 4.

ACTUACIÓN

1. No hacer nunca comentarios negativos a la madre acerca de sus pezones y reforzar su confianza en la posibilidad de llevar a cabo una lactancia satisfactoria.

2. Sugerir que mame primero del pecho con el pezón invertido para que lo haga de manera más vigorosa.
3. Favorecer el contacto piel con piel de su madre el máximo número de horas al día.
4. Indicar a la madre que sostenga el pecho en forma de "C" o de "U" para facilitar el agarre del niño, que estimule su pezón de forma táctil o con un sacaleches, para que esté más eréctil antes de iniciar el agarre.
5. Exprimir manualmente unas gotas de leche para favorecer el agarre y la succión.
6. Enseñar a la madre la técnica del "sándwich" (anexo 4) y también a enganchar al bebé primero a la parte inferior del pecho, lo más alejado posible de la unión pezón-areola, favoreciendo así una apertura mayor de la boca.
7. El uso de las pezoneras en el manejo del pezón plano o invertido está muy extendido. Si la lactancia requiere ser iniciada con pezoneras, conseguir un buen agarre y realizar un seguimiento de la misma. En la mayoría de los casos, una vez que se ha establecido la lactancia y el agarre es adecuado, las pezoneras se pueden retirar.

PROBLEMAS TARDÍOS DE LAS MAMAS.

Obstrucción de un conducto lácteo

Vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Aparece un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona.

ACTUACIÓN

1. Dar apoyo y confianza a la madre.
2. Aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas.
3. Si la madre presenta mucho dolor, indicarle que empiece la toma por el pecho sano para que se ponga en marcha el reflejo de eyección y el bebé pueda extraer la leche de la mama afectada con mayor facilidad.
4. Enseñar a la madre distintas posturas de amamantamiento e indicarle que la zona que mejor drena el bebé es la que está más cerca de la lengua.
5. Realizar un masaje suave de la zona afectada, realizando un movimiento por encima del bulto en dirección al pezón, para garantizar el drenaje completo.
6. Si el bebé no vacía bien el pecho, extraerse la leche de forma manual o con un sacaleches. Consultar el Anexo 5.

7. Recomendar a la madre que use un sujetador adecuado, bien ajustado, pero elástico, que soporte sin comprimir ni provocar una excesiva presión, evitando utilizarlo por la noche.

Mastitis

La mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que pueden acompañarse o no de infección.

Los cuadros de ingurgitación y de obstrucción de un conducto lácteo, así como las grietas en el pezón, son factores predisponentes a la mastitis.

Los síntomas se suelen iniciar de forma repentina. Hay dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afectado. Se acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

ACTUACIÓN

1. Si la madre desea continuar con la lactancia, no se debe suspender. La alimentación al pecho mejora la evolución de la mastitis.
2. Observar una toma para comprobar la adecuada posición y agarre del bebé al pecho. Consultar Anexo 4 y 9.
3. Informar a la madre que debe de aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas.
4. Si la madre presenta mucho dolor, indicarle que empiece la toma por el pecho sano.
5. Antes de poner al bebé al pecho es conveniente extraer un poco de leche, de forma manual o con un sacaleches, para disminuir la tensión de la areola, de forma que quede blanda y facilitar el agarre.
6. Enseñar a la madre distintas posturas de amamantamiento e indicarle que la zona que mejor drena el bebé es la que está más cerca de la lengua.
7. Realizar un masaje suave de la zona afectada, realizando un movimiento por encima del bulto en dirección al pezón, para garantizar el drenaje completo.
8. Si el bebé no vacía bien el pecho extraerse la leche de forma manual o con un sacaleches. Consultar el Anexo 5.
9. La leche del pecho enfermo es ligeramente salada, lo que puede producir rechazo del lactante a mamar de ese lado.
10. Aplicar frío local (compresas frías o bolsas de hielo) entre las tomas.
11. Administrar analgésicos si son necesarios.

12. Si con las medidas anteriores no hay una mejoría clara iniciar tratamiento antibiótico compatible con la lactancia, este debe durar 10-14 días para evitar recidivas.
13. Ofrecer apoyo a la madre, pues la mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante.
14. La leche del pecho afectado no tendrá ningún efecto perjudicial para el niño.

La mastitis recurrente por infección bacteriana crónica se puede tratar con dosis bajas de antibióticos durante toda la lactancia,

Absceso mamario

Los síntomas son similares a los de la mastitis, el dolor es más intenso y se palpa una masa fluctuante en la zona del pecho afectada, el tratamiento puede requerir un drenaje quirúrgico. Hasta que el bebé pueda mamar del pecho afectado, indicar a la madre que debe extraerse la leche con el fin de favorecer la curación, evitar recidivas y mantener la producción de leche.

Candidiasis del pezón y de los conductos

Es más frecuente en madres diabéticas y mujeres con candidiasis vaginales. Eritema o placas blancas. La presencia de muguet, candidiasis del pañal en el lactante o candidiasis vaginal de la madre, nos orienta el diagnóstico.

ACTUACIÓN

1. Continuar con la lactancia si la madre así lo desea.
2. Administrar antifúngicos tópicos en ambos pechos y también en la boca del lactante al menos 2 semanas.
3. Si la candidiasis se localiza en los conductos puede estar indicado un antifúngico oral durante varias semanas.

Eczema del pezón

Se manifiesta por enrojecimiento, descamación, dolor y prurito en el pezón y la areola. Son frecuentes las lesiones secundarias de rascado.

ACTUACIÓN

1. Eliminar cualquier posible alérgeno o irritante (ropa, jabón, crema).
2. Recomendar a la madre el uso de ropa de algodón.
3. Utilizar jabones ácidos o neutros y cremas emolientes a base de ácido láctico, avena o ceramidas.

4. Si es necesario aplicar pomadas con corticoides para la inflamación y antihistamínicos para tratar el prurito. Sustituirlas por cremas hidratantes cuando las lesiones mejoren.
5. Un eczema persistente en un pezón obliga a descartar la enfermedad de Paget.



ANEXO 8:

PATOLOGÍAS DEL LACTANTE QUE DIFICULTAN EL AGARRE Y LA SUCCIÓN

MALFORMACIONES ANATÓMICAS

- Paladar hendido: labio leporino, fisura palatina
- Frenillo lingual
- Retrognatia o micrognatia

Paladar hendido: labio leporino, fisura palatina

La LM en estos niños favorece el vínculo madre-hijo, que puede estar dificultado porque las malformaciones faciales pueden causar rechazo inicial de la madre. Disminuye el riesgo de otitis media recurrente. La extensión de la lesión determina que el recién nacido pueda ser amamantado o no. Lo más importante es comprobar si es capaz de un correcto sellado, consiguiendo una succión y presión negativa adecuada.

Si el defecto sólo afecta al labio no suele haber problemas para la LM. La asociación de fisura palatina y labio leporino hace el amamantamiento más difícil.

ACTUACIÓN

1. Explicar a los padres los beneficios añadidos de la LM para su hijo.
2. Ayudar a los padres a establecer el vínculo y mejorar los sentimientos maternos de autoestima y confianza, implicándolos en el cuidado y la alimentación de su hijo.
3. Observar minuciosamente el defecto para valorar la posibilidad de la lactancia y si es posible indicar que se ponga el niño al pecho y evaluar la toma, observando la adecuada succión y el correcto sellado.
4. Enseñar distintas posiciones para que pueda encontrar la que mejor favorezca el buen sellado. Anexo 4.
5. Indicar cómo puede sellar el defecto con el propio tejido mamario.
6. Enseñar a la madre la técnica del sándwich. Anexo 4.
7. Si el defecto es unilateral, indicar a la madre que dirija el pezón al lado no afecto. Si el defecto es bilateral, indicar a la madre que se suele conseguir un mejor agarre al pecho con la posición en balón de rugby o sentado. Anexo 4.

8. Sostener al bebé algo incorporado para evitar que la leche salga por la nariz, presionando levemente la mandíbula hacia delante asegurando que la nuca esté ligeramente flexionada.
9. Si la succión no es eficaz la madre deberá comenzar a extraerse la leche lo antes posible y administrar la leche extraída con vaso o tetinas especiales. Anexo 5.
10. En todos estos casos la madre necesita apoyo adicional, ya que las técnicas de alimentación básicas al pecho deben reforzarse con técnicas especiales, buscando qué intervención funciona mejor para que la madre y el bebé aprendan cómo realizar una succión efectiva.

Frenillo lingual

1. Hacer un seguimiento estrecho de la Lactancia Materna buscando signos que nos indiquen que el frenillo es demasiado corto.
2. Observar y corregir la postura si fuese necesario. Anexo 4.
3. Si a pesar de eso persisten los problemas sería necesario consultar con el especialista.

Retrognatia o micrognatia

Cuando la mandíbula inferior es demasiado pequeña, como en el síndrome de Pierre Robin, hay dificultades porque la lengua no abarca una porción suficiente de pecho.

ACTUACIÓN

1. Informar sobre los beneficios de la leche materna.
2. Observar una toma y valorar la eficacia de la succión.
3. Enseñar a la madre las posturas que puede ayudar al niño con el agarre y la posición Dancer. Anexo 4

SÍNDROME DE DOWN

El amamantamiento en estos lactantes facilita el vínculo materno filial, reduce el riesgo de morbilidad asociado y contribuye a mejorar su desarrollo.

La hipotonía muscular, la macroglosia, la tendencia a la protrusión de la lengua fuera de la boca y la hipotonía lingual dificultan una buena posición al pecho y una succión adecuada. Además las posibles anomalías cardíacas asociadas pueden originar cansancio en las tomas.

El patrón de comportamiento alimentario es muy variable. Hay niños que no presentan problemas, otros tienen una succión lenta en los primeros días y otros tardan más de una semana en establecer un buen agarre al pecho.

ACTUACIÓN

1. Informar a los padres sobre los beneficios añadidos de la Lactancia Materna.
2. Durante el periodo de inicio se necesita tiempo y paciencia, las tomas pueden ser más largas de lo habitual.
3. Observar el mayor número de tomas al día para asegurarnos de que el lactante está bien colocado al pecho.
4. Enseñar a la madre como puede sostener al bebé en una posición más vertical, la posición Dancer, y como comprimir el pecho durante la toma. Anexo 4.
5. Despertar bien al bebé antes de colocarlo al pecho y aumentar la frecuencia de las tomas.



ANEXO 9

GUIÓN de OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Nombre de la madre		Fecha:	
Nombre del bebé		Edad del bebé:	
Signos de que la lactancia va bien		Signos de posible dificultad	
Postura de la madre y del bebé			
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé en estrecho contacto con su madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé toca el pecho <input type="checkbox"/> Cuerpo del bebé bien sujeto <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón <input type="checkbox"/> Contacto visual entre la madre y el bebé		<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinados hacia el bebé <input type="checkbox"/> Bebé lejos del cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello del bebé girados <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé no toca el pecho <input type="checkbox"/> Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón <input type="checkbox"/> No hay contacto visual madre-bebé	
Lactante			
<input type="checkbox"/> Boca bien abierta <input type="checkbox"/> Labios superior e inferior evertidos <input type="checkbox"/> La lengua rodea el pezón y la areola* <input type="checkbox"/> Mejillas llenas y redondeadas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola por encima del labio superior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas <input type="checkbox"/> Puede verse u oírse tragar al bebé		<input type="checkbox"/> Boca poco abierta <input type="checkbox"/> Labios apretados o invertidos <input type="checkbox"/> No se ve la lengua* <input type="checkbox"/> Mejillas hundidas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión superficiales y rápidos <input type="checkbox"/> Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos	
Signos de transferencia eficaz de leche			
<input type="checkbox"/> Humedad alrededor de la boca del bebé <input type="checkbox"/> El bebé relaja progresivamente brazos y piernas <input type="checkbox"/> El pecho se ablanda progresivamente <input type="checkbox"/> Sale leche del otro pecho <input type="checkbox"/> La madre nota el reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma		<input type="checkbox"/> Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente <input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón <input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido <input type="checkbox"/> La madre no refiere reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> La madre ha de retirar al bebé del pecho	

* Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuerfos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

EVALUACIÓN DE UNA TOMA

1. ¿Qué nota acerca de la madre?
2. ¿Cómo sostiene a su bebé?
3. ¿Qué nota acerca del bebé?
4. ¿Cómo responde el bebé?
5. ¿Cómo coloca la madre a su bebé para que mame?
6. ¿Cómo sostiene el pecho durante la toma?
7. ¿Se ve que el bebé agarra bien el pecho?
8. ¿Está el bebé succionando de una forma eficaz?
9. ¿Cómo termina la toma?
10. ¿Parece satisfecho el bebé?
11. ¿En qué condición están los pechos de la madre?
12. ¿Cómo se siente la madre de estar lactando?



ANEXO 10

HOJA DE DERIVACION DE ENFERMERIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LACTANCIA MATERNA

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

HISTORIA DE LACTANCIA (ámbito de obstetricia)

1- Observación de la toma:

Signos de buen enganche-buena transferencia de leche Sí/No

Signos de posible dificultad materna: tipo:

- Problemas del pezón
- Dolor
- Complicaciones en el parto
- Otros motivos no especificados

Signos de posible dificultad del recién nacido: tipo:

- Succión débil
- Dificultad en el enganche
- Poca reactividad
- Otros motivos no especificados.

Riesgo de abandono precoz de la lactancia: motivos:

- Problema materno
- Problema del recién nacido
- Deseo materno
- Otros motivos no especificados
- Observaciones lactancia: _____

2-Tipo de lactancia:

Lactancia materna exclusiva eficaz

Lactancia materna exclusiva con suplemento justificado médicamente:

- Bajo peso
- Hipoglucemia
- Deshidratación
- Otros motivos no especificados

Lactancia mixta:

- Deseo materno
- Indicación médica
- Otros motivos no especificados

Lactancia artificial

- Deseo materno
- Indicación médica

RECOMENDACIONES DE OBSTETRICIA

Para tramitar la baja maternal, acudirá a su médico de familia del Centro de Salud con el informe de alta del ginecólogo.

Tras el alta hospitalaria debe solicitar cita con su matrona o enfermera en las primeras 48-72h. En esta visita se valorará al recién nacido, la instauración de la lactancia y la correcta alimentación del recién nacido, resolviendo las dudas respecto a sus cuidados.

La matrona realizará una valoración del estado emocional y físico de la madre, revisando el suelo pélvico y la herida (si existe). También le ayudará a resolver las dudas respecto a los autocuidados.

Si el parto ha sido instrumental o por cesárea, pida cita con su ginecólogo pasada la cuarentena.

-Acuda a su médico/matrona del Centro de Salud en caso de:

- Problemas de lactancia.
- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ mantenida más de 24 horas.
- Puntos rojos, hinchados o dolorosos.
- Dolor, enrojecimiento o endurecimiento de una o ambas mamas que no desaparece tras dar el pecho.
- Dolor, escozor o ganas frecuentes de orinar.
- Sangrado vaginal en aumento, mantenido o que reaparece y/o maloliente o fétido.
- Hinchazón o dolor fuerte en una pierna.
- Depresión profunda pasadas dos semanas.

RECOMENDACIONES PARA EL RECIÉN NACIDO

Debe llevar al recién nacido al pediatra de su Centro de Salud en las 24-72 horas tras el alta hospitalaria, donde se le hará un seguimiento.

Si está dando el pecho a su bebé, ofrézcaselo siempre que muestre deseos de mamar (debe hacer 10-12 tomas por día). La posición recomendada para dormir es boca arriba y sin almohada.

Se recomienda contactar con los grupos de apoyo a la lactancia

- www.ihan.es
- www.multilacta.org
- www.laligadelaleche.es
-

Acuda a urgencias de pediatría si el bebé presenta algunos de los síntomas que siguen:

- Fiebre a partir de 38°C .
- Si le cuesta trabajo respirar, tose o se queja después de cada respiración.
- Rechazo del alimento en varias tomas.
- Síntomas de deshidratación: sequedad de mucosas (lengua seca), pañales secos
- Llanto débil, o de un tono demasiado agudo.
- Decaimiento o debilidad.
- Color azulado en uñas, labios o piel.
- Vómitos frecuentes.
- Deposiciones más líquidas de lo habitual o demasiado frecuentes con moco o sangre.
- Temblores en las extremidades o en la barbilla que no desaparecen.

- Color amarillento de la piel, sobre todo en cara y tórax.

Este informe será entregado a la enfermera del centro de Atención Primaria, residencia o cualquier otro Centro que vaya a ser responsable de continuar con sus cuidados. Es recomendable que solicite cita previa para su enfermera en el centro de atención primaria.

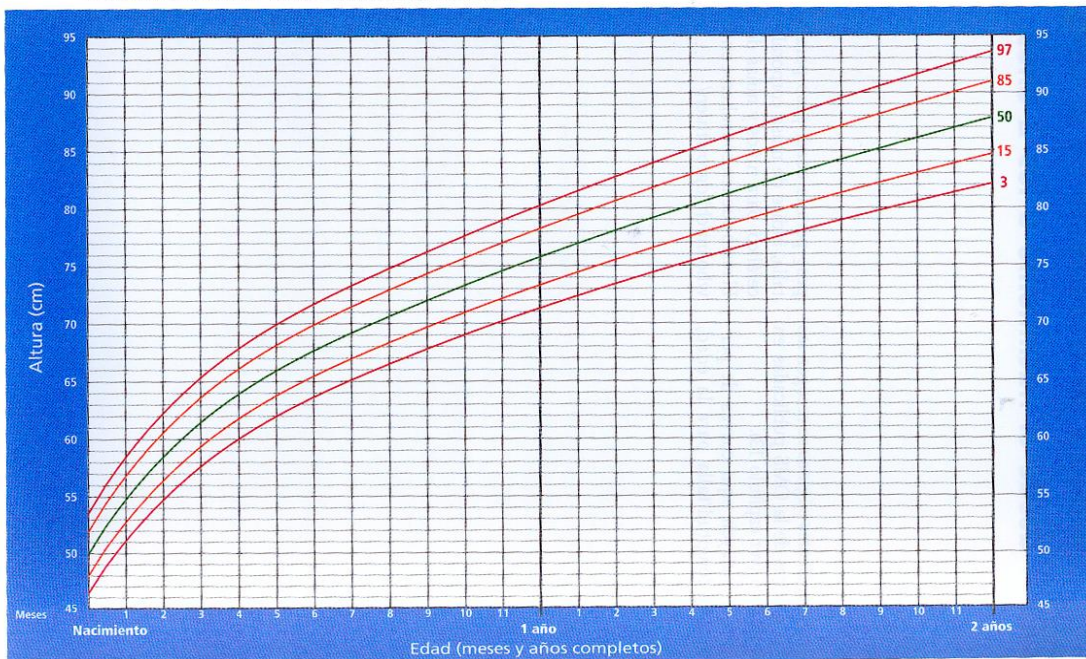


ANEXO 11

CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS.

Longitud para la edad (niños)

Desde el nacimiento hasta los 2 años (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Longitud para la edad (niñas)

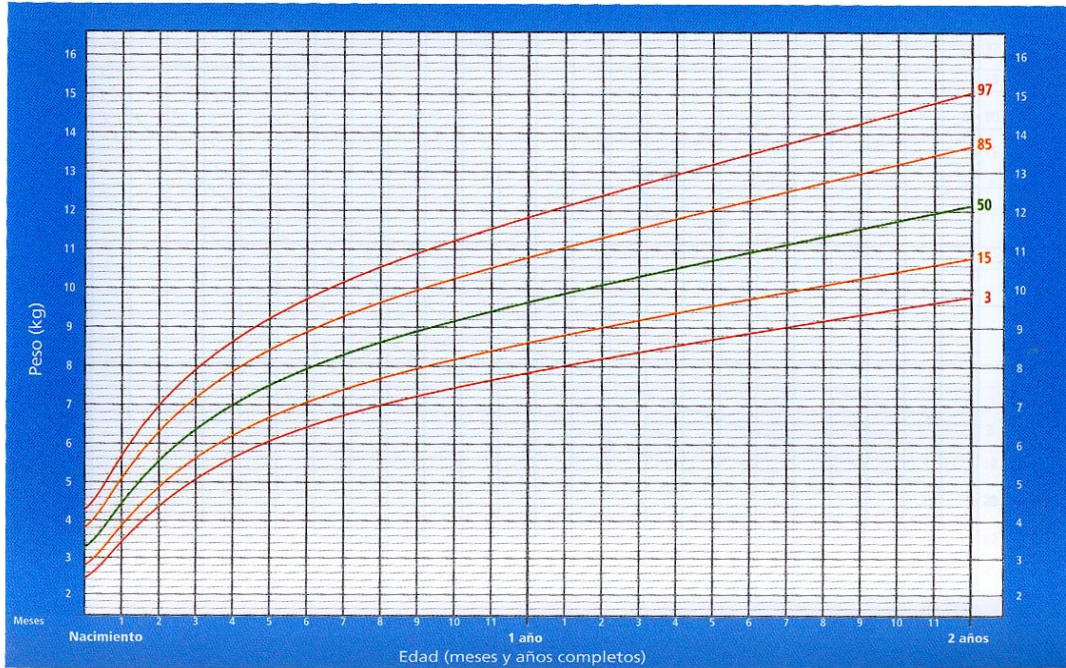
Desde el nacimiento hasta los 2 años (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Peso para la edad (niños)

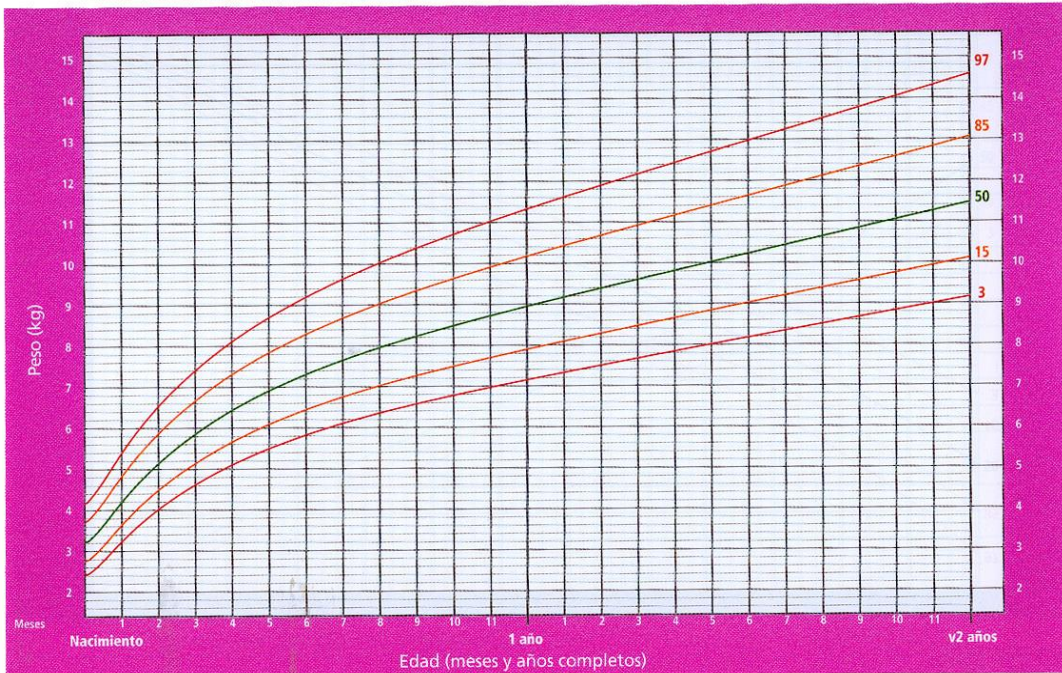
Desde el nacimiento hasta los 2 años (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Peso para la edad (niñas)

Desde el nacimiento hasta los 2 años (percentiles)



WHO Child Growth Standards

ANEXO 12:

ACTUACION DE TRABAJO SOCIAL EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

1. DESDE EL SERVICIO DE T. SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA SE INTERVENDRÁ EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- Con todas las mujeres embarazadas:

- Menores de edad.
- Discapacitadas psíquicas.

2.- Con las mujeres que sean derivadas:

- Por Protocolo: "Intervención en situación de riesgo social"
- Por derivación de los profesionales del centro de salud.
- Derivadas de Servicios Sociales o de cualquier otro dispositivo de atención social.

3.- A petición de la embarazada, familiares o personal del entorno.

4.- Derivación a atención especializada si se considera necesario seguimiento (existe hoja de derivación al respecto).

2. DESDE EL SERVICIO DE T. SOCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA: LA INTERVENCIÓN SE REALIZA DE LA SIGUIENTE FORMA:

1.- Valoración Social en los casos de:

- Menores de edad.
- Discapacitadas psíquicas.
- Violencia de género.
- Derivadas de T. Social de Atención Primaria, Servicios Sociales u otros dispositivos de la red de atención social.
- Por derivación de los profesionales del hospital.
- A petición de la madre, familiares o personas de su entorno.

2.- Información y Orientación de recursos y prestaciones de apoyo a la lactancia.

3.- Derivación:

- A Atención Primaria en los casos que se considere necesario seguimiento.
- A Servicios Sociales de zona o centro de atención especializado según lo requiera.
- A ONG. Red de apoyo a embarazadas y padres sin recursos

ANEXO 13:

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Existen dos situaciones ante la decisión de inhibir la lactancia:

1- Cuando la inhibición se decide antes de comenzar la lactancia se actúa inhibiendo la actuación de la prolactina.

Actualmente se utiliza Dostinex (Cabergolina), 2 comprimidos en dosis única.

Si después de tomar el tratamiento la madre decide que desea recuperar la lactancia, es posible, pero tendrá más éxito de conseguirlo si comienza la estimulación poco después de tomar el tratamiento.

2- Cuando ya se ha establecido la lactancia y se decide inhibirla, hay que suprimir la succión. En este caso, el tratamiento es el mismo pero la administración varía, se dará $\frac{1}{2}$ comprimido cada 12 h durante 2 días. En algunos casos, es necesario asociar analgésicos y/o antiinflamatorios. Cuando la lactancia está establecida el tratamiento puede no ser definitivo.

3- Existe un protocolo específico para la madre que no amamanta.



ANEXO 14:

TALLERES DE LACTANCIA

Se fomentará la creación de talleres de lactancia en los centros de salud, así como la asistencia de las madres a los grupos de apoyo a la lactancia materna. Los talleres de lactancia juegan un importante papel en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna, conjugando el protagonismo de las madres que amamantan con el apoyo de los profesionales de los centros de salud.

Objetivos:

- Proporcionar conocimientos teórico-prácticos para una lactancia exitosa.
- Proporcionar apoyo emocional a la madre.
- Reforzar la confianza en su habilidad innata para amamantar y tomar sus propias decisiones.
- Involucrar a la pareja o familia más cercana.
- Ayudar a superar dificultades concretas y posibles crisis de confianza de las madres.
- Fomentar la lactancia natural durante el embarazo, preparando e informando a las mujeres antes de dar a luz.

Los tipos de grupos que existen:

- Grupos madre a madre: las madres que han amamantado se reúnen para apoyarse mutuamente en el mantenimiento y disfrute de la lactancia.
- Grupos con monitor de lactancia: Están formados por un técnico en lactancia y madres que amamantan y se reúnen para apoyar, orientar y asesorar sobre el manejo práctico de la lactancia.
- Talleres de lactancia. El grupo es llevado por un profesional sanitario, experto en lactancia, y a él pueden acudir madres, padres y mujeres embarazadas. Se llevan a cabo en el Centro de Salud.

Características de los talleres de lactancia:

- No existe un modelo único de taller de lactancia; cada grupo o equipo le dará la forma y estructura según su idiosincrasia, pero es importante tener en cuenta que, aunque el grupo sea llevado por un profesional sanitario en el Centro de Salud, se trata de trabajar con la madre, con sus bebés y con sus parejas,
- Lo más importante del grupo son las madres. El intercambio de experiencias y situaciones entre ellas les permite compartir sus conocimientos y actitudes sobre la lactancia, y les ayuda a plantear sus propias soluciones. El apoyo mutuo que se prestan les permite reforzar la confianza en su habilidad natural para amamantar y para tomar sus propias decisiones.

- El profesional sanitario tendrá preparación y conocimientos teórico-prácticos sobre lactancia materna; además, debe manejar las habilidades sociales y técnicas de comunicación eficaz; es fundamental que se cree un clima favorable, estimulando y fomentando la participación, a la vez que controlando las intervenciones. Es importante fomentar la escucha activa, mostrando empatía.
- La asistencia de mujeres embarazadas a los talleres de lactancia permite que vean a las que ya son madres dar de mamar a sus hijos, lo que contribuye a que se familiaricen con la lactancia y facilita su aprendizaje.

Los talleres de lactancia permiten a las madres alcanzar los conocimientos y habilidades sobre la lactancia que se mencionan a continuación:

- La importancia del contacto piel con piel en el desarrollo psicoafectivo del lactante y de la madre.
- Los signos de un buen enganche al pecho.
- Diferentes posiciones para amamantar, tanto de la madre como del bebé. Adquirir habilidades en el agarre espontáneo.
- Lactancia a demanda, sin restricción de horarios o frecuencia, ayudando a descubrir los signos precoces de hambre.
- Dificultades más frecuentes al inicio de la lactancia: ingurgitación, conductos obstruidos, grietas o mastitis. Conocer las medidas para evitarlas o superarlas.
- Intercambio de ideas para dar solución a problemas concretos y cotidianos: confusión de pezón, baches de lactancia, cólicos, llanto, etc.
- Desarrollo de habilidades en la extracción de leche, de forma manual y con extractor.
- Alimentación con vasito y suplementador.
- Formas de extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna
- Analizar y compartir las posibilidades de mantener la lactancia una vez incorporadas al trabajo
- Beneficios de la lactancia materna e inconvenientes de la artificial.
- Alimentación complementaria y beneficios de la lactancia prolongada.
- Mitos sobre la lactancia materna: alimentación materna, lactancia a demanda, leche insuficiente, el chupete humano, el sueño, que es malcriar y todas las culpas de la lactancia materna.
- Factores que influyen en la pérdida de la cultura del amamantamiento.

ANEXO 15:

PRESTACIONES Y DERECHOS DE PROTECCION DE LA LACTANCIA SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE:

I) PERMISO POR MATERNIDAD:

Art. 48 Estatuto de los Trabajadores

16 semanas de permiso retribuido ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo.

El periodo de suspensión se distribuirá a opción de la interesada siempre que seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto.

En caso de fallecimiento de la madre, con independencia de que esta realizara o no algún trabajo, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste del periodo de suspensión, computado desde la fecha del parto, y sin que se descuenta del mismo la parte que la madre hubiera podido disfrutar con anterioridad al parto.

En los casos de parto prematuro con falta de peso y aquellos otros en que el neonato precise, hospitalización a continuación del parto, por un periodo superior a siete días, el periodo de suspensión se ampliará en tantos días como el neonato se encuentre hospitalizado, con un máximo de 13 semanas adicionales.

En el supuesto de discapacidad del hijo o bajo peso del hijo/a, tendrá una duración adicional de 2 semanas.

II) PERMISO POR PATERNIDAD:

ART.48 bis E.T.

Se reconoce el derecho de paternidad, autónomo del de la madre, en los supuestos de parto, adopción o acogimiento.

Duración: cuatro semanas ininterrumpidas, desde el 1 de enero de 2017, fecha en la que entra en vigor, la ley 9/2009 del 6 de octubre, de ampliación del permiso de paternidad. Ampliables en 2 días más por cada hijo a partir del segundo.

El disfrute de estos periodos es independiente del disfrute compartido de los periodos de descanso por maternidad.

Podrá disfrutarse en régimen de jornada completa o parcial, de un mínimo del 50%.

III) DERECHOS DE LACTANCIA:

1.- Permiso de lactancia

ART. 37 E.T. - 4. En los supuestos de nacimiento de hijo, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento, para la lactancia del menor hasta que este cumpla 9 meses los trabajadores tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en

dos fracciones. La duración se incrementará proporcionalmente en los casos de parto, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento múltiples.

Quien ejerza este derecho, por su voluntad, podrá sustituirlo por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad o acumularlo en jornadas completas en los términos previstos en la negociación colectiva o en el acuerdo a que llegue con el empresario respetando, en su caso, lo establecido en aquella.

Este permiso constituye un derecho individual de los trabajadores, hombres o mujeres, pero solo podrá ser ejercido por uno de los progenitores en caso de que ambos trabajen.

ART. 37 E.T. - 7. La concreción horaria y la determinación del periodo de disfrute del permiso de lactancia prevista en el apartado 4 corresponderán al trabajador, dentro de su jornada ordinaria. No obstante el trabajador, deberá preavisar al empresario con una antelación de 15 días o la que determine el convenio colectivo, precisando la fecha en que iniciará y finalizará el permiso de lactancia.

Si se realiza reducción de jornada, se tiene derecho a la hora de lactancia íntegra.

Si se trabaja a turnos, como en guardias de 24 horas, se tiene derecho a una hora por cada periodo de 8 horas, es decir, 3 horas por guardia.

2.- Riesgo durante la lactancia

Adaptación, cambio de puesto de trabajo o incluso suspensión, del contrato durante la lactancia natural (con prestación económica) de un menor de nueve meses, en caso de riesgo para la lactancia, recogidos en el Real Decreto 295/2009. Estos riesgos deben ser valorados por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de la mutua correspondiente.

Para los supuestos de suspensión del contrato por esta causa, se crea una prestación económica, que consiste en un subsidio equivalente al previsto para la prestación de riesgo durante el embarazo.

Esta prestación se extingue en el momento en que el hijo o hija cumpla la edad de nueve meses o, en su caso, cuando la beneficiaria se incorpore a su puesto de trabajo.

El tiempo que la beneficiaria esté percibiendo esta prestación, seguirá cotizando a la seguridad social.

3.- Reducción de la jornada laboral

Art 37 E.T. – 5. En el caso de nacimiento de hijos prematuros o que, por cualquier causa, deban permanecer hospitalizados a continuación del parto, la madre o el padre tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de 2 horas, con disminución proporcional del salario.

Art 37 E.T. – 6. Quien por razones de guarda legal tenga a su cuidado algún menor de doce años tendrá derecho a la reducción de la jornada diaria con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquella.

IV) PRESTACIONES FAMILIARES :

Prestaciones de naturaleza no contributiva:

- Prestación económica por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres con discapacidad.
- Prestación económica por parto o adopción múltiples.

(Requisitos y solicitud en Seguridad Social)

Prestaciones contributivas:

- Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave: Es un subsidio que se reconoce a uno de los progenitores, adoptantes o acogedores, cuando ambos trabajen, por la reducción de la jornada de trabajo (mínima del 50%) y en proporción a dicha reducción, para el cuidado del menor a su cargo que precisen cuidado directo, continuo y permanente o requiera ingreso hospitalario de larga duración, por estar afectado de una enfermedad grave.
- Excedencia: Todos los trabajadores por cuenta ajena tendrán derecho a un periodo de excedencia de duración no superior a 3 años para atender al cuidado de cada hijo, tanto cuando lo sea por naturaleza como por adopción, o en los supuestos de guarda con fines de adopción o acogimiento permanente, a contar desde la fecha del nacimiento o, en su caso, de la resolución judicial o administrativa.

Este tiempo se considera cotizado a efectos de prestaciones de la seguridad social (de acuerdo con art.46.3 de E.T.)

Deducción por maternidad:

- Deducción por maternidad en el I.R.P.F. por hijos menores de tres años de hasta 1.200 € anuales por cada hijo nacido o adoptado. Dicha deducción se podrá hacer también efectiva de forma anticipada, 100 € mensuales.
- Nuevas deducciones en el IRPF por hijo nacido o adoptado en el año 2018.

www.agenciatributaria.es

El Estado a través de la Seguridad Social, concede una serie de prestaciones para la protección de la familia. Concretamente aquí se enumeran las relacionadas con el embarazo y nacimiento de hijos, para más información sobre las mismas, consultar en www.seg-social.es o acudiendo a cualquier Centro de Atención del Instituto de la Seguridad social de la ciudad de residencia.



BIBLIOGRAFÍA

Toda la bibliografía referenciada, está disponible en la Intranet del HGUGM, en el Área Materno-Infantil.

1. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. OMS/UNICEF 1981
2. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. OMS1998
3. Ayudando a las madres que se quejan de “no tener leche suficiente”. OMS. División de Salud y Desarrollo del niño nº 21. Marzo 1996
4. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. OMS2009
5. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la lactancia en Europa: Plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y control de Riesgos. Luxemburgo 2004
6. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An.pediatr(Barc)2005;63(4):340-56
7. Guía Práctica para profesionales sobre la Lactancia Materna. Escuela andaluza de Salud. Pública. 2005
8. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. Esparza Olcina MJ. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006.Madrid. Exlibris Ediciones;2006 p241-2
9. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. MSC
10. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010. MSyPS.
11. Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. M. Sánchez Luna, CR Pallás Alonso, F.Batet Mussons, I.Echaniz Urcelay, J.R. Castro Conde, E. Carbona y Comisión de Estándares de La s. E. de Neonatología. An. Pediatr.(Barc)2009.71(4):349-361
12. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011. MS, PS e I
13. IHAN Revisión, actualización y ampliación para la Atención Integral. IHAN España 2011
14. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP
15. Grupo de trabajo de la GPC sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA 2017. Guías de Práctica Clínica del SNS.

