

**MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA desde el EMBARAZO HASTA EL
SEGUNDO AÑO
GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Colaboración Pediatría Atención Primaria Área 09 y Servicio de Pediatría Hospital Dr. Peset

TÍTULO: GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA DESDE EL EMBARAZO HASTA EL SEGUNDO AÑO DE VIDA.

FUENTE (S):

Guías de práctica clínica basada en la evidencia publicadas y búsqueda electrónica de revisiones sistemáticas.

ADAPTACIÓN:

La guía ha sido adaptada de:

1. Management of breastfeeding for healthy full-term infants. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2002 Dec 1. 89 pag, 76 ref.
2. Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days by the International Lactation Consultant Association, USA, 1999.
3. AWHONN. Evidence based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. Evidence based clinical practice guideline. Washington DC. 2000. (en www.guideline.gov)
4. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Behavioral interventions to promote breastfeeding: recommendations and rationale. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2003 Jul 27. 12 p.

Y en algunos puntos completada con información proveniente de las siguientes revisiones sistemáticas o metanálisis:

5. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding by World Health Organisation, 1998.
6. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess.* 2000;4(25):1-171.
7. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan B, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care based interventions to promote breastfeeding: a systematic evidence review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-78.
8. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
9. Biagoli F. Returning to work while breastfeeding. *American Family Physician.* 2003;68:2201-ss.(Proquest Medical Library)
10. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
11. Zembo CT. Breastfeeding. In: *Breast Disease Diagnosis and Contemporary Management. Obstetrics and gynecology Clinics of North America.* 2002; 29:51- 76.
12. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.10 del orden del día. A55/15. 16 de abril del 2002.
13. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:1035-9
14. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding (position paper). Accessed may 5, 2004, at: <http://www.aafp.org/x6633.xml>.
15. Grupo PREVINFAD. Asociación Pediatría de Atención Primaria. Alimentación del lactante durante el primer año de vida. www.aepap.org

FECHA DE PUBLICACIÓN:

Mayo 2004

AUTOR(ES):

Adaptación realizada por:

Coordinadora: M.Teresa Hernández Aguilar, pediatra E.A.P., Cº Aux. Carretera de Artes, Área 09 Comunidad Valenciana.

Lluís Cerveró, jefe de sección neonatos, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Mercedes García Ballester, Pediatra E.A.P., C. Salud Pza. Segovia, Valencia.

Mercedes Fernández Pérez, Pediatra E.A.P., C. Salud Pza. Segovia, Valencia.

Gema Gutierrez, Pediatra E.A.P., C. Salud Pza. Segovia, Valencia.

Joan Lloret, Pediatra EAP, Cº Lluís Oliag, Valencia.

Cristina Nebot, pediatra, coordinador de Área de SAIP.

Carmen Segovia, Pediatra EAP, C. Salud San Marcelino, Valencia.

FUENTE DE FINANCIACIÓN:

Consellería de Salut, Generalitat Valenciana

COMITÉ:

Grupo Revisor:

Barona Pascual

Bretón Rafael

Clement Amaya

Codoñer Pilar

Esteban Paquita

Fabián Isabel

García Muñoz Elena

Graullera Marta

Hernández Roberto

de la Mano Agustín

de Miguel Amparo

Mañes Carmen

Marín Juan

Martí Elena

Muñoz Elvira

Peñarroja Susana

Pineda Ana

Piquer Carmen

Pons Sara

Querol Asunción

Ramada Asunción

Ruiz Julia

Rodríguez Imma

Señer Rafael

Sierra Guillermina

Simó Raquel

La Torre Imma

Tortajada Jose Luis

Tortajada Miguel

Vega Maria Isabel

Villalonga Susana

ENFERMEDAD/ CONDICION:

Madre gestante, madre lactante, lactantes sanos desde el nacimiento hasta el destete más allá del primer año

CATEGORÍA:

Evaluación, Prevención, Promoción, Educación para la Salud, Apoyo, Manejo clínico.

ESPECIALIDAD CLÍNICA:

Neonatología; Enfermería; Nutrición; Ginecología y Obstetricia; Pediatría, Medicina de Familia.

USUARIOS A LOS QUE SE DIRIGE:

Auxiliares de Clínica; Dietistas; Enfermeras; Matronas; Médicos de Familia; Médicos especialistas; Obstetras y Ginecólogos; Madres.

OBJETIVOS:

Presentar pautas de actuación enfocadas a favorecer y apoyar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, durante al menos el primer año de vida, de todos los neonatos sanos a término, hijos de madres sin contraindicación o imposibilidad real para amamantar.

Al final del primer año de implantación de la guía:

- Al menos en un 50% de los centros de salud del Área, se impartirán 2 horas o más de formación en lactancia materna a las gestantes, dentro del programa de preparación al parto.
- Se habrán impartido al menos 1 curso de formación en consejería de lactancia materna para el personal de salud del área y se estarán realizando actividades de formación continuada.
- En un 30% de los centros de salud del Área y en el hospital existirá una política escrita de apoyo a la lactancia materna.
- Los índices de lactancia materna al inicio aumentarán en un 5% el primer año.
- Disminuirá en al menos un 5% el número de madres que habiendo iniciado la lactancia la abandonen antes de dejar el hospital.
- Se observará un aumento de al menos un 20% en prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 6 meses, sobre las cifras recogidas al inicio del programa.
- Un 50% de los niños del área que tomen lactancia materna a los 6 meses, no habrán recibido alimentación complementaria antes de los 6 meses.
- Al menos un 10% de los niños del Área llegarán al año tomando lactancia materna.

POBLACIÓN DIANA

Mujeres gestantes, Madres de neonatos a término, sanos, Díadas madre-hijo lactante menor de 2 años.

INTERVENCIONES Y PRACTICA:

La guía ofrece directrices prácticas para la puesta en marcha de las siguientes acciones encaminadas a la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna en nuestra comunidad

- I. Método de evaluación previa y posterior de la lactancia materna y sus condicionantes, durante el embarazo, el postparto inmediato y hasta el segundo año de vida del bebé.
- II. Pautas para la Promoción de la lactancia materna en la Comunidad.
- III. Guía para las actividades de educación en lactancia materna, promoción y apoyo a la decisión de amamantar durante el embarazo.
- IV. Pautas clínicas para el manejo de la lactancia materna durante los primeros días de vida (maternidad):
 1. Apoyo de la lactancia materna los primeros días, de acuerdo con las recomendaciones de la IHAN
 2. Prevención de problemas de lactancia los primeros días
 3. Pautas anticipatorias para madres y familiares
 4. Pautas clínicas para el manejo de problemas de lactancia los primeros días.
 5. Cumplimiento del Código de comercialización de sucedáneos de leche materna en la maternidad.
- V. Ofrecer una guía anticipatoria y pautas clínicas para el adecuado manejo de la lactancia materna con el objeto de facilitar el éxito de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y de la lactancia complementada con otros alimentos a partir de los 6 meses, hasta los 24 meses o más.
 1. Apoyar el amamantamiento durante la hospitalización / separación de madre y lactante.
 2. Evitar la distribución indiscriminada y gratuita de sucedáneos de leche materna o contravenir el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.
 3. Incluir a miembros de la familia o allegados en las actividades de educación para la salud sobre lactancia materna.
 4. Proporcionar una guía de solución de problemas (anticipatoria) a la familia lactante.
 5. Reforzar hechos, deshacer mitos y malentendidos y establecer expectativas realistas.
 6. Asegurarse de que la madre sabe y practica la extracción de leche materna, en los casos en que sea necesaria, así como las técnicas para la adecuada conservación de la leche extraída.

7. Ofrecer pautas de manejo y guía anticipatoria para la lactancia materna tras el reingreso de la madre al mundo laboral.
8. Discutir con los padres las distintas opciones anticonceptivas adecuadas para la madre que amamanta.

RESULTADOS QUE SE HAN TENIDO EN CUENTA:

Se considerará una lactancia materna iniciada con éxito, cuando:

1. Los neonatos, a término, amamantados, a los 14 días:

- a. Se alimenten exclusivamente de al pecho materno.
- b. No pierdan más del 7% del peso al nacimiento.
- c. Hayan recuperado el peso al nacimiento antes de los 14 días de vida.
- d. Realicen, al menos 3 deposiciones y mojen al menos 6 pañales, en 24 horas, en el día 4.
- e. Ganen entre 120 y 240 grs. a la semana.

y

2. Las madres de los neonatos, sanos y a término:

- a. Ofrezcan lactancia materna exclusiva.
- b. Sepan reconocer y responder apropiadamente a las señales tempranas de predisposición del lactante para mamar.
- c. Sepan reconocer los signos de un amamantamiento eficaz.
- d. Tengan pechos y pezones libres de dolor.
- e. Hayan adquirido conocimientos básicos para el manejo apropiado de la lactancia.

Además, se utilizará la nomenclatura aconsejada por la OMS para la recogida de datos sobre lactancia. Así se considerará Lactancia materna exclusiva, completa, predominante, lactancia materna, alimentación complementaria introducida en el momento adecuado.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE EVIDENCIA:

Búsqueda de guías clínicas en bases de datos electrónicas: NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, TRIPDATABASE, AEPAP, AEPED, COCHRANE DATABASE, MEDLINE.

DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS DE RECOGIDA DE EVIDENCIA:

Los autores de la Guía realizaron búsquedas bibliográficas utilizando los términos: "breastfeeding or human lactation or breastfeed*:", en las bases inglesas y "lactancia materna" en las españolas, en el cualquier parte del documento.

NÚMERO DE DOCUMENTOS

Se han utilizado para la elaboración de la siguiente guía todos los documentos que se hacen constar en la bibliografía.

MÉTODOS PARA EVALUAR LA CALIDAD Y FUERZA DE LA EVIDENCIA

Para evaluar la calidad y fuerza de las guías adaptadas se utilizó la parrilla AGREE de la colaboración Europea, según versión española descargada de la página web:

En los casos de otras referencias bibliográficas utilizadas para la evaluación se utilizó el esquema tasador de la U.S.TASK FORCE, (ver esquema)

ESQUEMA TASADOR:

Criterios de Evaluación para el Tipo de Evidencia:

I Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorio controlado y bien diseñado.

II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados, bien organizados, no aleatorios.

II-2 Evidencia obtenida de estudios analíticos, cohortes o caso-control, bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o programa de investigación.

II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin grupo control. Resultados "dramáticos" obtenidos en estudios no controlados (como el resultado de la introducción del tratamiento con penicilina en los 40) podrían ser considerados como este tipo de evidencia.

III Opiniones basadas en la experiencia clínica de autoridades en la materia, estudios descriptivos y series de casos clínicos o informes de comités de expertos.

MÉTODOS PARA ANALIZAR LA EVIDENCIA

Sólo en los casos de citas aisladas, en puntos no contemplados o actualizados en la presente guía, sobre las guías utilizadas como base para su elaboración se analizó la evidencia mediante revisión de la misma, se consideró el prestigio y los métodos del grupo que había elaborado el documento.

DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS PARA ANALIZAR LA EVIDENCIA

Revisión crítica del diseño del estudio, validez interna y externa del estudio analizado, coherencia de las conclusiones y ausencia de conflicto de intereses de los autores.

MÉTODOS DE REVISIÓN:

Todos las guías fueron revisadas por el equipo que ha elaborado esta guía y el resultado final es fruto del consenso. Para la evaluación de las guías seleccionadas se utilizó la Parrilla AGREE.

DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS DE REVISIÓN:

Evaluación mediante sistema de puntuación de las guías analizadas, individualmente primero por cada uno de los miembros del grupo de trabajo con posterior consenso. Adaptación posterior de los puntos de las diferentes guías y unificación del sistema de graduación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones.

ESTRATEGIA DE PUESTA EN MARCHA:

Se presenta para evaluación por grupo de trabajo conjunto pediatría atención primaria y atención especializada Hospital Dr. Peset.

Tras recepción de las sugerencias recibidas en el plazo no superior a 2 meses, se elaborará documento definitivo, que será diseminado a los diferentes servicios del hospital, implicados en el trato de gestantes, madres lactantes y neonatos o lactantes, así como a Centros de salud del Área, incluyendo a todos los profesionales de dichos centros, en especial médicos (pediatras y médicos de familia, médicos obstetras de COF) enfermeras de pediatría, matronas y enfermeras de atención primaria y de los servicios de urgencias del área (hospital y P.A.C).

Se realizará una evaluación previa según anexo adjunto y una evaluación al año con los indicadores que se hacen explícitos en el apartado de evaluación. Con el resultado de dicha evaluación y en su caso añadiendo nuevas evidencias, se pretende actualizar la guía una vez al año.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES:

ÁMBITO DE ACTUACIÓN: GESTACIÓN

PROFESIONALES: MATRONAS, OBSTETRAS, PEDIATRAS, GRUPOS APOYO

1. **Se debe proporcionar a los padres información completa y actual de los beneficios y técnicas de alimentación al pecho mediante clases prenatales estructuradas individuales o en grupo, de entre 30 y 90 minutos de duración, impartidas por personal bien formado en lactancia, y deben contener información teórico-práctica sobre:**
 - Beneficios de la lactancia materna, para la madre y el niño.
 - 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
 - Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento
 - Pautas adecuadas para la protección de la lactancia en la maternidad.
 - El material proporcionar debe ser científicamente exacto, congruente y adecuado a los niveles de comprensión y sensibilidad cultural. Debe incluir información sobre:
 - o Consultores de lactancia
 - o Grupos de apoyo
 - **Se aconseja organizar talleres con madres de grupos de apoyo, para madres gestantes**
2. **No se debe entregar a las madres maletitas de promoción de las casas comerciales y cualquier material debe ser respetuoso con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.**
3. **Se debe incluir a los miembros de la familia u otros allegados en las sesiones de educación en lactancia materna**
4. **Se aconsejará a la madre gestante que evite el tratamiento antenatal de los pezones invertidos o no-protráctiles con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman.** Se debe aconsejar a la madre lactante que evite la expresión antenatal del calostro, masaje del pezón o aplicación de cremas en la mama.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN: POSTPARTO INMEDIATO
PROFESIONALES: MATRONAS, OBSTETRAS, PEDIATRAS, ENFERMERAS, AUXILIARES.

5.	Tras el nacimiento, se facilitará el amamantamiento tan pronto como sea posible, a ser posible en las dos primeras horas. <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar contacto continuado piel con piel durante al menos las dos primeras horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma de pecho.• Retrasar los procedimientos innecesarios hasta al menos las dos primeras horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma.
6.	Se debe revisar la medicación que se le administra a la madre intraparto y postparto y ser consciente de los efectos que pueda tener sobre la lactancia. <p>Además se revisarán cuidadosamente las medicaciones que se administran a la madre después del parto, y si es posible se administrarán inmediatamente después de las tomas, para minimizar los efectos sedantes sobre el lactante.</p>
7.	Se debe facilitar, en los primeros días de vida, una posición correcta al pecho:
8.	Se debe facilitar el alojamiento conjunto, durante las 24 horas del día, todos los días de la estancia en la maternidad.
9.	Se debe animar a la madre al amamantamiento frecuente sin restricciones
10.	Antes del alta debe comprobarse que los progenitores entienden las bases de la producción de leche. En concreto se comprobará que los progenitores conocen: <ul style="list-style-type: none">- la fisiología de la lactancia materna si no fue explicada por matronas y/o pediatras en las sesiones de preparación al parto.- que la madre debe amamantar en el primer pecho sin restricción de tiempo (aproximadamente entre 15 y 20 minutos) antes de ofrecer el segundo pecho.- que se debe amamantar hasta que el lactante está satisfecho.- que algunos lactantes se quedan satisfechos solo con un pecho.
11.	Antes del alta se comprobará que los padres conocen la forma de despertar a un lactante somnoliento. En concreto: <ul style="list-style-type: none">- que conocen los distintos estadios de transición del sueño a la duermevela, de la duermevela a la alerta tranquila, de alerta tranquila a llanto.- que saben que deben despertarle al menos cada tres horas, o cuando exhibe alguna señal de estar listo para mamar, conociendo que algunos lactantes se duermen para controlar el malestar, incluyendo el hambre.- que saben estimular al lactante: quitando mantas y ropa; cambiando el pañal; poniendo al bebe en contacto piel con piel con madre o padre; masajeando espalda, brazos o piernas.
12.	NO se utilizarán ni proporcionarán chupetes o tetinas a los neonatos durante el ingreso y se avisará en contra de su uso a progenitores y allegados. Se evitarán los suplementos(suero, agua o fórmula) excepto cuando estén médicamente indicados. <ul style="list-style-type: none">- Desaconsejar el uso de chupetes y tetinas en el lactante amamantado, especialmente en las primeras 6 semanas de vida.- Desaconsejar el uso rutinario del chupete durante toda la lactancia, el mejor chupete es el pecho materno.
13.	Se observará como mínimo una toma cada 8 horas <p>Las enfermeras de la maternidad deben observar directamente las tomas para comprobar que se realizan correctamente y detectar los problemas: el estado de pechos y pezones, la posición de la madre y el lactante, un agarre correcto al pecho, signos de transferencia de leche, interacción madre/lactante, frecuencia de las tomas, número de pañales mojados, número y características de las deposiciones.</p>

**ÁMBITO DE ACTUACIÓN: PRIMEROS 15 DÍAS, MATERNIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA
PROFESIONALES: MATRONAS, OBSTETRAS, PEDIATRAS, ENFERMERAS, AUXILIARES.**

- 14. Antes del alta de la maternidad y en la consulta de atención primaria, en los primeros 15 días se evaluarán los signos de amamantamiento ineficaz**
- En la consulta de pediatría de Atención Primaria debe comprobarse que el neonato sano, a término, ha ganado como mínimo, al menos el peso al nacimiento, hacia el día 14.
- 16. Los principales signos de amamantamiento ineficaz deben de ser detectados y corregidos por las enfermeras y pediatras del hospital y de atención primaria.**
- Pérdida de peso del lactante mayor del 7% respecto al peso al nacimiento.
 - Pérdida continuada de peso después del día 3.
 - Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días.
 - Heces meconiales después del día 4.
 - Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del día 4.
 - Lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehúsa las tomas.
 - Deglución no audible durante las tomas.
 - No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5.
 - Dolor de pezones persistente o creciente.
 - Congestión mamaria que no mejora amamantando.
 - Lactante que no ha empezado a ganar peso después del día 5.
 - Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14.
 - El dolor y trauma del pezón son indicación de evaluación y corrección de 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.
- 15. Cuando el lactante sea dado de alta con menos de 48 horas de vida del hospital, deberá ser valorado por su pediatra o enfermera de atención primaria en las primeras 48-72 horas después del alta: quienes valorarán:**
- una toma
 - deposiciones
 - micciones
 - ictericia
- 16. Tanto en la maternidad como en la consulta de pediatría de Atención Primaria se intervendrá activamente para corregir el amamantamiento ineficaz. Si la eficacia del amamantamiento no queda demostrada:**
- Se deben reevaluar las técnicas de amamantamiento y estimular la succión con calostro o leche exprimidas o con gotas de agua, si es necesario.
 - Iniciar la extracción de leche con una bomba graduada hospitalaria.
 - No se debe dar el alta de la maternidad mientras no se haya observado un amamantamiento eficaz
 - Si hay signos de amamantamiento ineficaz se referirá a la madre y al bebé a un profesional con experiencia en lactancia materna (ILCA, pediatra, matrona, enfermera o dietista)

17.	<p>En la maternidad y en la consulta de Atención Primaria se deben Identificar aquellos factores de riesgo que pueden alterar la capacidad del lactante para realizar un amamantamiento eficaz. En los casos de riesgo se proporcionará la ayuda necesaria para el amamantamiento y se monitorizará de cerca al dúo madre – lactante hasta que la lactancia esté bien instaurada.</p> <p>Los factores de riesgo en el bebé incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parto traumático.• Menos de 38 semanas de gestación.• Inconsistencia en la habilidad para tomar el pecho.• Somnolencia o irritabilidad.• Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia.• Pequeño para la Edad Gestacional (PGE) o Grande para la Edad Gestacional (GEG), Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCI).• Frenillo corto.• Parto Múltiple.• Problemas neuromotores (S.Down).• Anomalías faciales (p.e.: labio leporino o fisura palatina).• Enfermedad aguda o crónica. <p>Los principales factores de riesgo en la madre, para no iniciar o abandonar precozmente la lactancia son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultades en amamantamiento previo.• Pezones con grietas o sangrantes.• Congestión mamaria severa.• Dolor mamario persistente.• Enfermedad aguda o crónica.• Anomalías de la mama o del pezón.• Cirugía o trauma mamario.• Ausencia de cambios mamarios prenatales. <p>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.</p>
18.	<p>Todo el personal sanitario que atiende a la madre y al bebé deben identificar las contraindicaciones maternas o en el lactante para la lactancia materna y en estos casos asegurarse de que la madre conoce y practica la manera más segura y adecuada de alimentar al bebé:</p> <p><i>Contraindicaciones Maternas:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Positividad HIV.• Abuso de sustancias.• Tuberculosis (sólo hasta que el tratamiento se haya iniciado y la madre deje de ser contagiosa). <p><i>Contraindicaciones por el lactante:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Galactosemia.
19.	<p>Tanto en la maternidad como en Atención Primaria, si la suplementación está médicamente indicada, ésta se ofrecerá al lactante, utilizando un método de alimentación que no comprometa la transición al pecho posteriormente y:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se calculará el volumen de suplemento basándose en la edad y el peso del lactante, permitir cualquier cantidad de ingesta del pecho.- Se utilizará el calostro o la leche de la madre como primera opción. De esta forma se mantiene el estímulo de succión apropiado para aumentar la producción de leche.- Se explicarán a la madre los beneficios de cualquier cantidad de leche materna, por mínima que sea.
20.	<p>El personal sanitario responsable de la salud de la madre o el bebé, durante la estancia hospitalaria o durante la atención en las consultas de atención primaria, debe asegurarse de que los progenitores entienden la lactación y la lactancia y conocen como se detalla en los apartados 11 y 12.</p>

<p>21. Las medidas de apoyo a la lactancia deben ser coordinadas y coherentes entre todos los niveles de Atención (Primaria y Especializada).</p> <ul style="list-style-type: none">- Desde la maternidad se debe coordinar la atención con el profesional de salud de Atención Primaria y acordar o asegurar una cita, al alta de la maternidad, para control de peso 24-48 horas después- Si es necesario se enseñará el estímulo del seno materno – mediante bomba sacaleches -- hasta provocar la producción de leche.- Los profesionales de Atención Primaria evaluarán la ganancia ponderal y otros factores clínicos indicativos de amamantamiento eficaz.- Durante el primer mes se citará al lactante a visita en la consulta de atención primaria o en la maternidad, las veces necesarias hasta que se haya establecido un patrón adecuado de ganancia ponderal.
<p>22. Se realizarán actividades de educación en lactancia materna, de forma estructurada, que serán impartidas por matronas, o enfermeras de pediatría, para asegurar los conceptos aprendidos en el periodo prenatal haciendo especial hincapié en pautas anticipatorias para la resolución de problemas comunes que pueden interferir con el mantenimiento de la lactancia, como:</p> <p><u>Dolor de pezón:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Inicialmente, pueden aparecer pequeñas molestias al inicio de cada toma cuando el lactante se coge al pecho.• A menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado.• El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos. <p><u>La Congestión mamaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ocurre entre el 3 y 5 día después del parto• La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente, a demanda.• No se utilizará calor hasta que la leche haya empezado a gotear,• Se utilizaran bolsas de frío, analgésicos y antiinflamatorios.• Se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “bajada de la leche” <p><u>Percepción de producción láctea insuficiente y llanto del lactante.</u></p> <ul style="list-style-type: none">• En la segunda semana de vida, la congestión mamaria disminuye pero esto no es un signo de menor producción de leche.• Cuando un lactante muestra un aumento brusco de hambre o crece bruscamente, el aumento en la frecuencia de las tomas, durante 48 horas, producirá un aumento en la producción total de leche. El primer aumento brusco de leche aparece generalmente en la segunda semana de vida.• Las deposiciones y las micciones del lactante (excretas) son los mejores indicadores de una ingesta adecuada.• Si el lactante irritable muestra una excreción adecuada y gana bien de peso, la irritabilidad no se debe a falta de leche. <p>Las sesiones educativas postnatales se acompañarán de entrega de material escrito (que reunirá los criterios descritos en el apartado 1). Idealmente las sesiones se apoyarán en material audiovisual adecuado y congruente.</p> <p>Se debe poner en contacto a las madres con algún grupo de apoyo local, sobre todo si expresa dificultades en el amamantamiento.</p> <p>Se debe incluir a la familia o allegados en las actividades educativas sobre lactancia.</p>

24. Durante la estancia en la maternidad y en las consultas de atención primaria se deben reforzar los hechos, deshacer los mitos y malentendidos y ayudar a los progenitores a establecer expectativas realistas sobre:

La frecuencia y duración de las tomas

- Esperar un mínimo de 8 a 12 tomas en 24 horas.
- Algunos lactantes tomarán cada 3 horas día y noche.
- Otros amontonarán las tomas cada hora durante 4 a 6 tomas y después dormirán de 4 a 6 horas.
- Es esperable una toma de 15 a 20 minutos en el primer pecho y de 10 a 15 minutos en el segundo, pero no hay que preocuparse si el lactante queda satisfecho después de un pecho.
- Si es necesario, habrá que despertar a un lactante somnoliento para las tomas hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado.
- Es esperable que la frecuencia de la demanda disminuya a medida que el lactante se hace mayor.

Excretas

- Esperar al menos 3 deposiciones cada 24 horas; algunos lactantes tendrán una deposición con cada toma.
- Esperar al menos 6 micciones al día, al 4º día.
- Esperar que las deposiciones cambien de meconio a amarillas, blandas y de consistencia acuosa hacia el 4º día.
- A partir del primer mes se explicará a la madre el esperado cambio en el patrón de deposiciones que pueden ser de periodicidad variable desde una al día a una cada varios días e incluso semanas.

Pérdida / Incremento ponderal del lactante

- Esperar menos del 7% de pérdida de peso en la primera semana.
- Esperar la recuperación del peso al nacimiento a los 14 días de vida.
- Esperar una ganancia ponderal de 4 a 8 onzas (120 a 240 grs.) por semana hasta que el lactante ha doblado el peso al nacimiento.
- Es deseable el uso de tablas de crecimiento ponderoestatural adecuadas al patrón diferencial de crecimiento del lactante amamantado, o al menos el personal sanitario conocerá y explicará a madre y familiares estas diferencias respecto a los lactantes alimentados con sucedáneos.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN: ATENCIÓN PRIMARIA y SALAS DE HOSPITALIZACIÓN DE MADRES O LACTANTES. PROFESIONALES: PEDIATRAS, MÉDICOS DE FAMILIA, OBSTETRAS, MATRONAS, ENFERMERAS, AUXILIARES.	
25.	Se instaurarán las medidas necesarias para el apoyo la lactancia durante la hospitalización/ separación de madre o lactante. <ul style="list-style-type: none">• Siempre que sea posible se asegurará la hospitalización conjunta y el mantenimiento de la lactancia durante la hospitalización del lactante o su madre.• El personal sanitario deberá adquirir la formación necesaria que evite desaconsejar, suprimir o inhibir la lactancia por motivos inadecuados.
26.	El personal sanitario que atiende madres y bebés evitará actuaciones que contravengan el código de publicidad y distribución de sucedáneos de leche materna, evitando la publicidad y la distribución gratuita de estos productos de alimentación para lactantes en consultas y hospitales.
27.	Se darán instrucciones a la madre para que siga una dieta variada y no restringida. <ul style="list-style-type: none">- Se aconsejará una dieta variada con representación de todos los grupos de alimentos- Las restricciones dietéticas son raramente necesarias- La madre debe beber para satisfacer la sed- Las dietas ligeramente hipocalóricas para la madre que desea perder peso, no están desaconsejadas pero deben ser controladas y evaluadas por profesionales sanitarios.
28.	Discutir opciones anticonceptivas <ul style="list-style-type: none">• Explicar a la madre que durante los primeros 6 meses de vida del lactante, el amamantamiento a demanda muy frecuente, en lactancias materna exclusivas en madres sin menstruación, el riesgo de embarazo es menor que con los anticonceptivos.• Los métodos de barrera son una buena opción en los primeros meses• Si se aconsejan métodos farmacológicos utilizar píldoras de progesterona sola.• Si se administran progesterona sola en inyección no hacerlo antes de las primeras 6 semanas, para asegurar una correcta lactogénesis

ÁMBITO DE ACTUACIÓN: ATENCIÓN PRIMARIA

PROFESIONALES: PEDIATRAS, ENFERMERAS, AUXILIARES.

- 29. El personal que atiende al lactante instará a la madre a amamantar al lactante a demanda o cada 2-3 horas y siempre que muestre signos de hambre, enseñando a madre y familiares como reconocer estos signos:**
- bebé despierto, movimientos de búsqueda, hociqueo, bostezo, protestas o llanto. y permitir al lactante que esté en el pecho hasta que quede satisfecho.
- 30. Se enseñará a la familia a despertar al bebé que no pide, en las primeras emanaciones después del nacimiento para que tome si han pasado 4 horas desde la última toma**
- 31. Se enseñarán a la madre las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche materna.**
- Enseñar a la madre a extraerse la leche, guardarla y almacenarla
 - Enseñar a esterilizar todo el equipo de extracción y almacenarlo
 - Instruir a la madre sobre técnicas de higiene básicas como el lavado de manos y la ducha diaria antes de utilizar el equipo e iniciar la extracción
 - Enseñar y aconsejar la realización de masajes sobre todo el pecho, de forma rotatoria, también por arriba y por los lados hacia el pezón. El masaje se realizará varias veces de modo que se recorra todo el pecho
 - Se enseñará a utilizar cualquiera de los 3 métodos de extracción de leche: manual, con sacaleches manual o con sacaleches eléctrico
 - Se explicarán los pasos a seguir para la extracción de leche de los diferentes métodos de extracción (ver documento anexo sobre extracción de leche)
 - Exprimir durante 15 minutos cuando se realiza bombeo doble simultáneo, Exprimir durante 30 minutos en el bombeo simple o manual, alternando de pecho cada 5 minutos.
 - Las madres de prematuros siempre, las demás cuando sea posible, deben ser animadas a realizar extracciones dobles simultáneas.
 - Exprimir 8 o más veces en 24 horas.
 - Almacenar la leche en recipientes de plástico duro o botellas de cristal. Etiquetar las botellas de la leche extraída con nombre, fecha y hora de la extracción.
 - Transportar la leche en contenedores con frío.
 - Almacenar la leche según las recomendaciones del anexo I
 - Descongelar la leche en el refrigerador o en un recipiente con agua caliente, No descongelar en microondas.
 - La leche calentada debe ser consumida de inmediato y desechar cualquier sobra. No se debe recongelar ni recalentar la leche descongelada
- 32. Se discutirán con la madre las opciones para facilitar las actividades habituales de la madre: salir con o sin el bebé:**
- Enseñar a la madre a amamantar discretamente cuando está fuera de casa con el bebé
 - Introducir suplementos (preferiblemente leche extraída) si la madre no puede amamantar al bebé en algún momento a lo largo del día
 - Se proporcionarán a la madre nombres y direcciones de grupos de apoyo y otros recursos en la comunidad.
- 33. Cuando la madre desee reincorporarse a la vida laboral activa:** Se proporcionarán directrices y apoyo para continuar la lactancia tras la incorporación al mercado laboral.
- 34. Inicio de la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual.**
- Se aconsejará el mantenimiento de la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y mantener la lactancia 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 (ver tabla anexa):
 - Los alimentos se ofrecerán después de las tomas de pecho y sin forzar
 - Se introducirán en primer lugar los alimentos ricos en hierro o enriquecidos.

- 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.
- Cuando la madre desee destetar se aconsejará hacerlo gradualmente eliminando una toma cada 3 ó 4 días.
- Durante el destete, se aplicarán compresas frías y se exprimirá manualmente la leche del pecho en cantidad suficiente para aliviar la congestión mamaria.

ALGORITMOS CLÍNICOS:

Ninguno.

TIPO DE EVIDENCIA:

La evidencia que apoya estas pautas procede de la investigación disponible. Algunas estrategias de manejo no son susceptibles del control y la aleatorización de un diseño experimental verdadero, pero están basadas en la experiencia clínica y en las deducciones lógicas de algunos hechos científicamente probados. La documentación en la que se apoyan comprende desde investigación original a trabajos basados en años de experiencia clínica. La calidad de la evidencia para cada estándar se ha definido utilizando el modelo desarrollado por la U.S. Preventive Services Task Force. Las referencias específicas para cada intervención aparecen en el documento.

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas	
<p>La mayoría de las madres realizan su decisión sobre la forma de alimentar a sus hijos, durante el primer trimestre de la gestación</p> <p>Existe cierta evidencia de que la discusión en clases prenatales en grupo pequeños, informales, lideradas por profesionales de la salud, que enfatizan los beneficios de la lactancia y den consejos prácticos pueden aumentar las tasas de inicio de lactancia materna.</p>	II-b	1.	<p>Se debe proporcionar a los padres información completa y actual de los beneficios y técnicas de alimentación al pecho mediante clases prenatales estructuradas individuales o en grupo, de entre 30 y 90 minutos de duración, impartidas por personal bien formado en lactancia, y deben contener información teórico-práctica sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la lactancia materna, para la madre y el niño. • 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 • Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento • Pautas adecuadas para la protección de la lactancia en la maternidad. 	B	6
<p>El uso exclusivo de material escrito tiene poco efecto y no puede ser recomendado. Existe evidencia de que la entrega de material informativo, correcto y congruente.</p>	II-b	2.	<p>El material proporcionar debe ser científicamente exacto, congruente y adecuado a los niveles de comprensión y sensibilidad cultural. Debe incluir información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultores de lactancia - Grupos de apoyo <p>Se aconseja organizar talleres con madres de grupos de apoyo, para madres gestantes</p>	B	7
<p>La inclusión de madres de grupos de apoyo en las clases mejora las cifras de lactancia</p>	I			A	3
<p>Los paquetes comerciales proporcionados en las maternidades, que incluyen muestras de sucedáneos de leche materna y/o biberones, tetinas o chupetes se asocian con una disminución de las tasas de lactancia materna.</p>	I-b	3.	<p>No se debe entregar a las madres maletitas de promoción de las casas comerciales y cualquier material debe ser respetuoso con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.</p>	B	5, 6

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
El apoyo de la familia y allegados aumenta la duración de la lactancia.	II-1, II-3, III	4. Se debe incluir a los miembros de la familia u otros allegados en las sesiones de educación en lactancia materna	B	2
La preparación especial de pezones invertidos o planos no es necesaria y puede ser contraproducente.	III	5. Se aconsejará a la madre gestante que evite el tratamiento antenatal de los pezones invertidos o no-protráctiles con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman. Se debe aconsejar a la madre lactante que evite la expresión antenatal del calostro, masaje del pezón o aplicación de cremas en la mama.	C	1, 3
El inicio del amamantamiento temprano se asocia con: <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento temprano de una succión efectiva y unas pautas adecuadas de alimentación. • Interacción materno fetal intensa. • Buen control de la temperatura neonatal. • Niveles de glucemia estables. • Aumento de movimientos intestinales y disminución de la ictericia. • Mayor duración de la lactancia. • Los procedimientos de rutina, como la administración profiláctica de vitamina K o eritromicina, interrumpen la interacción materno-fetal y retrasan el amamantamiento. 	I, II-1, II-2, III II-1 II-1 II-2 II-3 I, II-1, II-3 I, II-1, II-2, III.	6. Tras el nacimiento, se facilitará el amamantamiento tan pronto como sea posible, a ser posible en las dos primeras horas. <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar contacto continuado piel con piel durante al menos las dos primeras horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma de pecho. • Retrasar los procedimientos innecesarios hasta al menos las dos primeras horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma. 	A	8, 2, 5

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
<p>La medicación administrada a la madre intraparto o en el periodo postparto inmediato puede afectar el estado de alerta del lactante y su capacidad de agarre y de impronta</p>	II-2	<p>7. Se debe revisar la medicación que se le administra a la madre intraparto y postparto y ser consciente de los efectos que pueda tener sobre la lactancia. Además se revisarán cuidadosamente las medicaciones que se administran a la madre después del parto, y si es posible se administrarán inmediatamente después de las tomas, para minimizar los efectos sedantes sobre el lactante.</p>	B	3
<p>La transferencia de leche ocurre con mayor facilidad cuando se da una posición adecuada y un agarre adecuado. La posición que facilita mejor un agarre correcto varía de madre a madre y de lactante a lactante.</p> <p>La posición correcta y un agarre adecuado minimiza el dolor y traumatismos al pezón.</p> <p>El alojamiento conjunto facilita el proceso de amamantamiento.</p>	II-3, III	<p>8. Se debe facilitar, en los primeros días de vida, una posición correcta al pecho:</p>	B	1
<p>Las rutinas hospitalarias interfieren con el desarrollo de un amamantamiento eficaz.</p> <p>Las rutinas y las actitudes del personal en el hospital influyen sobre el comportamiento a largo plazo mucho más que las enseñanzas de palabra.</p> <p>La frecuencia de lactancia materna aumenta y la administración de suplementos leche artificial para bebés (fórmulas artificiales) disminuye cuando se practica el alojamiento conjunto de madres e hijos en comparación con cuando no se hace.</p> <p>Las madres no consiguen dormir más cuando el lactante es llevado al nido por la noche.</p>	I, II-2	<p>9. Se debe facilitar el alojamiento conjunto, durante las 24 horas del día, todos los días de la estancia en la maternidad.</p>	A	1,2,5
<p>Las rutinas y las actitudes del personal en el hospital influyen sobre el comportamiento a largo plazo mucho más que las enseñanzas de palabra.</p>	I, II-2, III			
<p>La frecuencia de lactancia materna aumenta y la administración de suplementos leche artificial para bebés (fórmulas artificiales) disminuye cuando se practica el alojamiento conjunto de madres e hijos en comparación con cuando no se hace.</p>	II-1, II-2, II-3			
<p>Las madres no consiguen dormir más cuando el lactante es llevado al nido por la noche.</p>	II-3			

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
El amamantamiento sin restricciones (en oposición al amamantamiento restringido a un horario) <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a prevenir la congestión mamaria patológica • Disminuye la incidencia de ictericia • Estabiliza los niveles de glucemia • Disminuye la pérdida ponderal inicial en el lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal. • Promueve la instauración precoz de producción de leche materna madura (lactogénesis) • Aumenta la duración de la lactancia materna 	II-3, III II-3 II-2 II-1, II-3 I, II-3 II-2	10. Se debe animar a la madre al amamantamiento frecuente sin restricciones	B	1,2,5

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia		Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
La atención a las señales tempranas de hambre del lactante facilita el agarre correcto y la succión efectiva lo que refuerza la respuesta materna al lactante	II-1, II-2, III	11.	Antes del alta deben comprobarse los conocimientos de los progenitores sobre las señales precoces de deseo de mamar: reflejo de búsqueda, movimientos de succión, rotaciones, chupeteo, bostezo, ...	A	1,2
<p>El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los primeros 14 días. Los receptores de prolactina que regulan la producción de leche se establecen durante este primer periodo.</p> <p>El tiempo total de amamantamiento permanece positivamente relacionado con la ingesta del lactante y el peso a los 3 meses de vida.</p> <p>El contenido de grasa de la leche se incrementa durante la toma; por tanto los límites de tiempo o los cambios forzados del primer pecho al segundo deben evitarse.</p> <p>Los lactantes cuyas madres tienen una leche con menor contenido en grasa alargaran la duración de la toma para obtener las calorías necesarias</p>	<p>II-1, II-3</p> <p>II-3</p> <p>II-1</p> <p>II-2</p>	12.	<p>Antes del alta debe comprobarse que los progenitores entienden las bases de la producción de leche. En concreto se comprobará que los progenitores conocen::</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fisiología de la lactancia materna si no fue explicada por matronas y/o pediatras en las sesiones de preparación al parto. - que la madre debe amamantar en el primer pecho sin restricción de tiempo (aproximadamente entre 15 y 20 minutos) antes de ofrecer el segundo pecho. - que se debe amamantar hasta que el lactante está satisfecho. - que algunos lactantes se quedan satisfechos solo con un pecho. 	A	1, 2
Algunos lactantes se encierran (se duermen) para controlar el malestar, incluyendo el hambre	II-2	13.	Antes del alta se comprobará que los padres conocen la forma de despertar a un lactante somnoliento. En concreto:	B	1, 2

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
Los lactantes tienen diferentes fases: sueño profundo, sueño ligero, adormecimiento, alerta callada, inquietud o alerta activa, y llanto. Es más fácil iniciar las tomas cuando el lactante está en fase de adormecimiento, alerta tranquila o alerta activa.	III	- que conocen los distintos estadios de transición del sueño a la duermevela, de la duermevela a la alerta tranquila, de alerta tranquila a llanto. - que saben que deben despertarle al menos cada tres horas, o cuando exhibe alguna señal de estar listo para mamar, conociendo que algunos lactantes se duermen para controlar el malestar, incluyendo el hambre. - que saben estimular al lactante: quitando mantas y ropa; cambiando el pañal; poniendo al bebe en contacto piel con piel con madre o padre; masajeando espalda, brazos o piernas.	C	2, 3
La leche humana proporciona todo el líquido y los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo del lactante El uso de suplementos y chupetes en el hospital se asocia con el riesgo de destete temprano. El uso de chupete se asocia con un acortamiento del tiempo total de amamantamiento	II-1, II-2, II-3 II-2, II,3 II-2	14. No se utilizarán ni proporcionarán chupetes o tetinas a los neonatos durante el ingreso y se avisará en contra de su uso a progenitores y allegados. Se evitarán los suplementos(suero, agua o fórmula) excepto cuando estén médicamente indicados. - Desaconsejar el uso de chupetes y tetinas en el lactante amamantado, especialmente en las primeras 6 semanas de vida. - Desaconsejar el uso rutinario del chupete durante toda la lactancia, el mejor chupete es el pecho materno.	A	1, 2
La observación directa es parte de la evaluación. La evaluación es un prerrequisito par la intervención y proporciona la oportunidad para reforzar positivamente y reafirmar.	III	15. Realizar la observación de como mínimo una toma cada 8 horas - Las enfermeras de la maternidad deben observar directamente las tomas para comprobar que se realizan correctamente y detectar los problemas: el estado de pechos y pezones, la posición de la madre y el lactante, un agarre correcto al pecho, signos de transferencia de leche, interacción madre/lactante, frecuencia de las tomas, número de pañales mojados, número y características de las deposiciones.	C	1, 2

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
El neonato sano, a término, debería ganar como mínimo, al menos el peso al nacimiento, hacia el día 14.	II-1, II-2	- Antes del alta de la maternidad y en la consulta de atención primaria, en los primeros 15 días se evaluarán los signos de amamantamiento ineficaz - En la consulta de pediatría de Atención Primaria debe comprobarse que el neonato sano, a término, ha ganado como mínimo, al menos el peso al nacimiento, hacia el día 14.	A	1, 2
Aunque un solo signo puede no indicar un problema, está indicada la evaluación a fondo y el seguimiento.	III	16. Los principales signos de amamantamiento ineficaz deben de ser detectados y corregidos por las enfermeras y pediatras del hospital y de atención primaria.	C	2
Los patrones clínicos de deposiciones en el lactante amamantado al pecho varían ampliamente. Sin embargo las excretas son un indicador clave de una ingesta adecuada. La deglución audible es un signo positivo de transferencia de leche.	II-2, II-3	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso del lactante mayor del 7% respecto al peso al nacimiento. • Pérdida continuada de peso después del día 3. • Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días. • Heces meconiales después del día 4. • Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del día 4. • Lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehúsa las tomas. • Deglución no audible durante las tomas. • No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5. • Dolor de pezones persistente o creciente. • Congestión mamaria que no mejora amamantando. • Lactante que no ha empezado a ganar peso después del día 5. • Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14. 	B	2
La pérdida continuada de peso después del día 3, está fuertemente relacionada con el abandono precoz de la lactancia materna.	II-1			

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
La posición incorrecta al pecho y / o el agarre inadecuado puede causar dolor y trauma en el pezón. Si el dolor persiste a pesar de una posición o un agarre correctos, se deben considerar otras causas como las infecciones fúngicas o bacterianas.	II-3	17. El dolor y trauma del pezón son indicación de evaluación y corrección de 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.		
	III	18. Cuando el lactante sea dado de alta con menos de 48 horas de vida del hospital, deberá ser valorado por su pediatra o enfermera de atención primaria en las primeras 48-72 horas después del alta: quienes valorarán: - una toma - deposiciones - micciones - ictericia	C	3
La duración del amamantamiento aumenta cuando el hospital y los servicios de seguimiento proporcionan una evaluación continuada e intervenciones apropiadas. Los depósitos de glucógeno hepático disminuyen en un 90% a las 3 horas de vida y están completamente depleccionados a las 24 horas	II-2, III	19. Tanto en la maternidad como en la consulta de pediatría de Atención Primaria se intervendrá activamente para corregir el amamantamiento ineficaz. Si la eficacia del amamantamiento no queda demostrada: -Se deben reevaluar las técnicas de amamantamiento y estimular la succión con calostro o leche exprimidas o con gotas de agua, si es necesario.	B	
El estímulo adecuado del pecho y la extracción de leche son críticos para desarrollar una cantidad adecuada de leche.	I	-Iniciar la extracción de leche con una bomba graduada hospitalaria.	A	
Asegurar un adecuada instauración de la lactancia antes del alta hospitalaria mejora la duración de la lactancia	II-2	-No se debe dar el alta de la maternidad mientras no se haya observado un amamantamiento eficaz	B	
La actuación de los profesionales de lactancia ante problemas en el amamantamiento es fundamental para asegurar el éxito del mismo.	II-1	-Si hay signos de amamantamiento ineficaz se referirá a la madre y al bebé a un profesional con experiencia en lactancia materna (ILCA, pediatra, matrona, enfermera o dietista)	B	

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación de Referencias Bibliográficas
<p>El destete precoz ha sido asociado con la clasificación por personal de enfermería de: lactante con una personalidad de llanto demandante excesivo y con problemas para mamar.</p> <p>La lactancia materna es menos frecuente entre niños nacidos de parto distócico o cesárea.</p> <p>Los niños con bajo peso al nacimiento, prematuros, con problemas perinatales o frutos de parto múltiple tiene menos probabilidades de ser amamantados.</p>	<p>III</p> <p>II-2</p> <p>II-2</p>	<p>20. Identificar aquellos factores de riesgo que pueden alterar la capacidad del lactante para realizar un amamantamiento eficaz. Proporcionar la ayuda necesaria para el amamantamiento y monitorizar de cerca.</p> <p>-Los factores de riesgo en el bebé incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Parto traumático. -Menos de 38 semanas de gestación. -Inconsistencia en la habilidad para tomar el pecho. -Somnolencia o irritabilidad. -Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia. -Pequeño para la Edad Gestacional (PGE) o Grande para la Edad Gestacional (GEG), Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCI). -Frenillo corto. -Parto Múltiple. -Problemas neuromotores (S.Down). -Anomalías faciales (p.e.: labio leporino o fisura palatina). -Enfermedad aguda o crónica. 	<p>B</p> <p>1, 2</p>
<p>Las madres generalmente citan uno de estos factores como la razón para abandonar el amamantamiento.</p> <p>Las mujeres que han sufrido cirugía mamaria previa tienen un aumento de riesgo de insuficiencia de producción cuando se las compara con mujeres que no han sufrido cirugía mamaria.</p> <p>El tratamiento para el cáncer de mama no precluye el amamantamiento en un embarazo posterior.</p> <p>Hay muy pocas medicaciones contraindicadas para la madre lactante</p>	<p>II-2, II-3</p> <p>II-3</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>21. Los principales factores de riesgo en la madre, para no iniciar o abandonar precozmente la lactancia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultades en amamantamiento previo. -Pezones con grietas o sangrantes. -Congestión mamaria severa. -Dolor mamario persistente. -Enfermedad aguda o crónica. -Anomalías de la mama o del pezón. -Cirugía o trauma mamario. -Ausencia de cambios mamarios prenatales. 	

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia		Fuerza de la Recomendación de Referencias Bibliográficas
No existen datos de investigación que apoyen que los factores de riesgo sean contraindicación de lactancia.	II-2, II-3, III	22.	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.	
Hay muy pocas contraindicaciones para la lactancia	II-2, III	23.	Se deben identificar las contraindicaciones maternas o en el lactante para la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contraindicaciones Maternas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Positividad HIV. • Abuso de sustancias. • Tuberculosis (sólo hasta que el tratamiento se haya iniciado y la madre deje de ser contagiosa). - <i>Contraindicaciones por el lactante:</i> Galactosemia. 	B
<p>El crecimiento adecuado se consigue con 108 Kcal. por gr de peso por día o 2,5 onzas de leche por libra de peso por día.</p> <p>Un suplementador de lactancia permite suplementar la alimentación al pecho mientras proporciona a la madre el estímulo de succión apropiado para aumentar la producción de leche. Esto también disminuye el tiempo de toma y la extracción con bomba sacaleches, ya que todo se hace a la vez</p> <p>Utilizar una taza para suplementar al lactante disminuye la posibilidad de causar confusión del pezón.</p>	II-3 III III	24.	Si la suplementación está médicamente indicada, ésta se ofrecerá al lactante, utilizando un método de alimentación que no comprometa la transición al pecho posteriormente y: <ul style="list-style-type: none"> -Se calculará el volumen de suplemento basándose en la edad y el peso del lactante, permitir cualquier cantidad de ingesta del pecho. -Se utilizará el calostro o la leche de la madre como primera opción. De esta forma se mantiene el estímulo de succión apropiado para aumentar la producción de leche. -Se explicarán a la madre los beneficios de cualquier cantidad de leche materna, por mínima que sea. 	B

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
<p>Las pautas previas que contemplen las preocupaciones más comunes aumentan la duración del amamantamiento.</p> <p>La capacidad de reconocer adecuadamente los signos de amamantamiento eficaz se asocia con el éxito de la lactancia</p>	<p>II-3</p> <p>II-3</p>	<p>25. El personal sanitario responsable de la salud de la madre o el bebé, durante la estancia hospitalaria o durante la atención en las consultas de atención primaria, debe asegurarse de que los progenitores entienden la lactación y la lactancia y conocen como se detalla en los apartados 11 y 12.</p>	<p>B</p> <p>B</p>	<p>1, 2</p>
<p>El apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia por parte del personal sanitario aumentan la incidencia, la duración y la exclusividad de la lactancia.</p>	<p>II-1, II-2, II-3, III</p>	<p>26. Coordinar el apoyo a la lactancia con el profesional de Atención Primaria -Coordinar la atención con el profesional de salud de Atención Primaria para acordar una cita para control de peso 24-48 horas después del alta y asegurar un estímulo suficiente del seno – mediante bomba sacaleches graduada hospitalaria, si es necesario- hasta provocar la producción de leche. -Los profesionales de Atención Primaria evaluarán la ganancia ponderal y otros factores clínicos indicativos de amamantamiento eficaz. -Citar a visita las veces necesarias hasta que se haya establecido un patrón adecuado de ganancia ponderal.</p>	<p>A</p>	
<p>La información inconsistente o inexacta proporcionada por los profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.</p>	<p>I</p>	<p>27. Se realizarán actividades de educación en lactancia materna, de forma estructurada, que serán impartidas por matronas, o enfermeras de pediatría, para asegurar los conceptos aprendidos en el periodo prenatal haciendo especial hincapié en pautas anticipatorias para la resolución de problemas comunes que pueden interferir con el mantenimiento de la lactancia, como:</p>	<p>A</p>	

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
<p>Los pezones doloridos, la congestión mamaria, el dolor y la percepción materna de escasez de leche, son las razones más comunes que se alegan para abandonar la lactancia en las primeras 2 semanas.</p>	<p>I, III</p>	<p><u>Dolor de pezón:</u> -Inicialmente, pueden aparecer pequeñas molestias al inicio de cada toma cuando el lactante se coge al pecho. -A menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado. -El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos.</p>	<p>A</p>	
<p>- El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches (o poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, ibuprofeno o paracetamol para el dolor.</p>	<p>II-2</p>	<p><u>La Congestión mamaria:</u> -Ocurre entre el 3 y 5 día después del parto -La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente, a demanda. -No se utilizará calor hasta que la leche haya empezado a gotear,</p>	<p>B</p>	<p>1</p>
<p>- El uso de calor antes de que los pechos goteen leche no es eficaz en el tratamiento de la congestión mamaria.</p>	<p>III</p>	<p>-Se utilizaran bolsas de frío, analgésicos y antiinflamatorios. -Se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “bajada de la leche”</p>		
<p>- El amamantamiento frecuente los primeros días disminuye la frecuencia e intensidad de la congestión mamaria.</p>	<p>II-2</p>			

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación de Referencias Bibliográficas
<ul style="list-style-type: none"> - La percepción de una producción láctea insuficiente es una causa significativa de destete a destiempo y ocurre en hasta el 50% de las madres lactantes. - El apoyo a la madre para continuar amamantando durante estas crisis de disminución percibida de producción láctea aumenta la duración de la lactancia y el crecimiento del lactante no se ve afectado. - Aquellos lactantes que fueron identificados por sus enfermeras en el hospital como niños que lloraban en exceso o que tenían una personalidad exigente, tenían significativamente menos probabilidades de estar siendo amamantados a las 2 semanas de vida. 	<p>II-3</p> <p>II-2</p> <p>II-2</p>	<p><u>Percepción de producción láctea insuficiente y llanto del lactante.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -En la segunda semana de vida, la congestión mamaria disminuye pero esto no es un signo de menor producción de leche. -Cuando un lactante muestra un aumento brusco de hambre o crece bruscamente, el aumento en la frecuencia de las tomas, durante 48 horas, producirá un aumento en la producción total de leche. El primer aumento brusco de leche aparece generalmente en la segunda semana de vida. -Las deposiciones y las micciones del lactante (excretas) son los mejores indicadores de una ingesta adecuada. -Si el lactante irritable muestra una excreción adecuada y gana bien de peso, la irritabilidad no se debe a falta de leche. 	

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación de Referencias Bibliográficas
<p>Para el aprendizaje, los adultos prefieren utilizar materiales que sean relevantes a una necesidad de aprendizaje específica.</p> <p>El material impreso o audiovisual refuerza las instrucciones verbales.</p> <p>Algunos materiales audiovisuales pueden transmitir mensajes sutiles indeseables, reforzar estereotipos o contradecir mensajes orales</p> <p>Las mujeres amamantan durante más tiempo cuando están disponibles sistemas de apoyo.</p>	<p>III</p> <p>I</p> <p>II-2</p> <p>II-2, III</p>	<p>28. Las sesiones educativas postnatales se acompañarán de entrega de material escrito (que reunirá los criterios descritos en el apartado 1). Idealmente las sesiones se apoyarán en material audiovisual adecuado y congruente.</p> <p>Se debe poner en contacto a las madres con algún grupo de apoyo local, sobre todo si expresa dificultades en el amamantamiento.</p>	<p>A</p>
<p>El apoyo de la familia y allegados aumenta la duración de la lactancia.</p>	<p>II-1, II-3, III</p>	<p>29. Se debe incluir a la familia o allegados en las actividades educativas sobre lactancia.</p>	<p>A</p>
<p>Las expectativas realistas del proceso de amamantamiento previenen el destete temprano.</p>	<p>I, II-1, III</p>	<p>30. Reforzar los hechos, deshacer los mitos y malentendidos y ayudar a los progenitores a establecer expectativas realistas sobre:</p>	<p>A</p>
<p>La identificación temprana de los problemas facilita la intervención precoz</p>	<p>III</p>	<p><u>La frecuencia y duración de las tomas</u></p> <p>Esperar un mínimo de 8 a 12 tomas en 24 horas.</p> <p>Algunos lactantes tomarán cada 3 horas día y noche.</p> <p>Otros amontonarán las tomas cada hora durante 4 a 6 tomas y después dormirán de 4 a 6 horas.</p> <p>Es esperable una toma de 15 a 20 minutos en el primer pecho y de 10 a 15 minutos en el segundo, pero no hay que preocuparse si el lactante queda satisfecho después de un pecho.</p> <p>Si es necesario, habrá que despertar a un lactante somnoliento para las tomas hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado.</p> <p>Es esperable que la frecuencia de la demanda disminuya a medida que el lactante se hace mayor.</p>	

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación de Referencias Bibliográficas
La utilización de pautas como intervenciones de prevención primaria influyen positivamente sobre el proceso de amamantamiento.	II-3, III	<u>Excretas</u> Esperar al menos 3 deposiciones cada 24 horas; algunos lactantes tendrán una deposición con cada toma. Esperar al menos 6 micciones al día, al 4º día. Esperar que las deposiciones cambien de meconio a amarillas, blandas y de consistencia acuosa hacia el 4º día.	B
El apoyo positivo y con conocimientos adecuados promueve la satisfacción y la duración del amamantamiento.	II-3, III	<u>Pérdida / Incremento ponderal del lactante</u> Esperar menos del 7% de pérdida de peso en la primera semana. Esperar la recuperación del peso al nacimiento a los 14 días de vida. Esperar una ganancia ponderal de 4 a 8 onzas (120 a 240 grs.) por semana hasta que el lactante ha doblado el peso al nacimiento.	B
El amamantamiento continuado durante la hospitalización es importante para el bienestar de la madre y el lactante.	III	31. Apoyar la lactancia durante la hospitalización/ separación de madre o lactante.	C
La distribución de productos de alimentación para lactantes disminuye la duración de la lactancia.	I, II-2	32. Evitar cualquier actuación que contravenga el código de comercialización de sucedáneos de leche materna.	A
Los mitos sobre reglas dietéticas son una barrera para el amamantamiento y no tienen base.	III	33. La dieta de la madre que amamanta debe ser variada y no restringida.	C
En muy pocos casos, el lactante se ve afectado por los alimentos que come su madre.	III	Se aconsejará una dieta variada con representación de todos los grupos de alimentos	
El incremento en la ingesta de líquidos de la madre no afecta a la cantidad de leche producida.	I	Las restricciones dietéticas son raramente necesarias La madre debe beber para satisfacer la sed	A
Los métodos de barrera no introducen hormonas sintéticas en el organismo de la mujer y, por tanto, no interfieren con la producción láctea.		34. Discutir opciones anticonceptivas	B
El método de la Amenorrea Lactacional (LAM) está enfocado al uso de los propios ritmos corporales. Usado adecuadamente, es efectivo en un 98% para prevenir el embarazo.	II	Explicar a la madre que durante los primeros 6 meses de vida del lactante, el amamantamiento a demanda muy frecuente, en lactancias materna exclusivas en madres sin menstruación, el riesgo de embarazo es menor que con los anticonceptivos.	B

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
<p>Las píldoras de progesterona sola, las inyecciones o los implantes inhiben la producción láctea si se dan antes de que ocurra la lactogénesis y por tanto deben retrasarse hasta al menos 6 semanas.</p> <p>Los métodos de progesterona sola que se inician después de la instauración adecuada de la lactancia generalmente no interfieren con la producción de leche, además embargo las píldoras pueden ser fácilmente suprimidas y son preferibles frente a las inyecciones o los implantes.</p>	<p>III</p> <p>III</p>	<p>Los métodos de barrera son una buena opción en los primeros meses</p> <p>Si se aconsejan métodos farmacológicos utilizar píldoras de progesterona sola. Si se administran progesterona sola en inyección no hacerlo antes de las primeras 6 semanas, para asegurar una correcta lactogénesis</p>	<p>C</p> <p>C</p>	
<p>El amamantamiento sin restricciones (en oposición al amamantamiento restringido a un horario)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a prevenir la congestión mamaria patológica • Promueve la instauración precoz de producción de leche materna madura (lactogénesis) • Estabiliza los niveles de glucemia el neonato • Aumenta la duración de la lactancia materna 	<p>II-3, III</p> <p>I, II-3</p> <p>II-2</p> <p>II</p>	<p>MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA</p> <p>35. Amamantar al lactante a demanda o cada 2-3 horas, siempre que el lactante muestre signos de hambre: bebé despierto, movimientos de búsqueda, hociqueo, bostezo, protestas o llanto. y permitir al lactante que esté en el pecho hasta que quede satisfecho.</p>		<p>2, 5, 13, 14</p>
<p>El amamantamiento frecuente sobre todo en las primeras semanas de vida, disminuye la pérdida ponderal inicial en el lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal.</p>	<p>II-1, II-3</p>	<p>36. Despertar al bebé que no pide, en las primeras semanas después del nacimiento para que tome si han pasado 4 horas desde la última toma</p>	<p>B</p>	<p>2, 5</p>
<p>La información y el aprendizaje de las técnicas de conservación y almacenamiento de la leche humana permiten a la madre aumentar el tiempo de amamantamiento después de la incorporación al trabajo</p>	<p>III</p> <p>III</p>	<p>37. Extracción y almacenamiento de la leche materna Enseñar a la madre a extraerse la leche, guardarla y almacenarla</p> <p>Enseñar a esterilizar todo el equipo de extracción y almacenaje</p>	<p>C</p> <p>D</p>	<p>2, 9</p> <p>2, 9</p>

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
Los masajes sobre el pecho inmediatamente antes de la extracción aumentan la cantidad de leche extraída, sin alterar la composición de la misma.	II- 1	Instruir a la madre sobre técnicas de higiene básicas como el lavado de manos y la ducha diaria antes de utilizar el equipo e iniciar la extracción	D	2, 9
		Realizar masajes sobre todo el pecho, de forma rotatoria, también por arriba y por los lados hacia el pezón. Realizar el masaje varias veces de modo que se recorra todo el pecho	A	2, 9
		Utilizar cualquiera de los 3 métodos de extracción de leche: manual, sacaleches manual o sacaleches eléctrico	C	2, 9
		Seguir los pasos para la extracción de leche de los diferentes métodos de extracción (ver documento anexo sobre extracción de leche)	C	2, 9
La extracción doble simultánea resulta en un aumento en la cantidad final de leche extraída.	II- 1	Exprimir durante 15 minutos cuando se realiza bombeo doble simultáneo, Exprimir durante 30 minutos en el bombeo simple o manual , alternando de pecho cada 5 minutos. Las madres de prematuros siempre, las demás cuando sea posible, deben ser animadas a realizar extracciones dobles simultáneas. Exprimir 8 o más veces en 24 horas.	A	2, 9
		Almacenar la leche en recipientes de plástico duro o botellas de cristal. Etiquetar las botellas de la leche extraída con nombre, fecha y hora de la extracción.	C	2, 9
		Transportar la leche en contenedores fríos	C	2, 9
La leche extraída puede ser conservada durante horas o meses, dependiendo de las condiciones de conservación (ver anexo)	III	Almacenar la leche según las recomendaciones del anexo I	C	9
		III Descongelar la leche en el refrigerador o en un recipiente con agua caliente, No descongelar en microondas. La leche calentada debe ser consumida de inmediato y desechar cualquier sobra. No se debe recongelar ni recalentar la leche descongelada	C	2, 9

SALIR CON O SIN EL BEBÉ

Evidencia	Grado de evidencia	Estrategia	Fuerza de la Recomendación	Referencias Bibliográficas
		<p>38. Enseñar a la madre a amamantar discretamente cuando está fuera de casa con el bebé</p> <p>39. Introducir suplementos (preferiblemente leche extraída) si la madre no puede amamantar al bebé en algún momento a lo largo del día</p>	<p>C</p> <p>C</p>	<p>2</p> <p>2, 4</p>
<p>Las tasas de amamantamiento aumentan cuando a los progenitores se les proporciona información sobre grupos de apoyo a la lactancia</p>	<p>II-2</p>	<p>TRABAJO Y LACTANCIA</p> <p>40. Se debe proporcionar a todas las madres que amamantan, directrices y apoyo para continuar la lactancia tras la incorporación al mercado laboral: proporcionar a la madre nombres y direcciones de grupos de apoyo y otros recursos</p>	<p>B</p>	<p>9</p>
<p>La alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, reduce la frecuencia de infecciones gastrointestinales en el lactante y no ha demostrado perjuicios para el desarrollo del lactante ni déficits nutricionales.</p> <p>A partir de los 6 meses, los depósitos de hierro del lactante sano quedan depleccionados y se hace necesario el aporte de alimentos ricos en hierro de fácil absorción</p> <p>La lactancia materna prolongada ofrece beneficios de salud al lactante y a la madre que lo amamanta</p> <p>El destete brusco puede causar problemas en la madre</p> <p>Las compresas frías alivian el dolor de la congestión mamaria</p>	<p>II-2</p> <p>II-2</p> <p>II-1</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>CONSEJOS PARA EL DESTETE GRADUAL</p> <p>41. Aconsejar el mantenimiento de la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé</p> <p>42. Introducir gradualmente alimentos sólidos ricos en hierro o enriquecidos en el segundo semestre de vida para complementar la leche materna, después de las tomas de pecho.</p> <p>43. Amamantar al menos 24 meses, y posteriormente tanto tiempo como deseen la madre y el bebé</p> <p>44. Si se desea destetar hacerlo gradualmente eliminando una toma cada 3 ó 4 días</p> <p>45. Durante el destete, aplicar compresas frías y exprimir manualmente la leche del pecho en cantidad suficiente para aliviar la congestión mamaria</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>C</p>	<p>13, 14</p> <p>13, 14</p> <p>12</p> <p>9, 10, 11, 12</p> <p>13, 14</p>

TABLA ORIENTATIVA PARA LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE AMAMANTADO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	+12
Leche materna	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue						
Verduras							Teal							
Carne: pollo, ternera, pavo, cerdo,...							Orange							
Frutas							Light Orange							
Cereales sin gluten							Light Yellow							
Cereales con gluten									Light Green					
Pescado blanco														
Pescado azul											Light Purple	Light Purple	Light Purple	Light Purple
Huevo											Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Legumbres									Light Orange					
Leche entera o derivados: queso, yogur														Dark Green

Criterios de Evaluación del Tipo de Evidencia

- I Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con selección aleatoria adecuada.
- II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados, bien organizados, no aleatorios.
- II-2 Evidencia obtenida de estudios cohortes o caso-control, bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o programa de investigación.
- II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin intervención. Los resultados dramáticos en estudios no controlados (como el resultado de la introducción del tratamiento con penicilina en los 40) podrían ser considerados como este tipo de evidencia.
- III Opiniones de autoridades en la materia, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos y series de casos clínicos o informes de comités de expertos.

ANÁLISIS DE COSTES

No se realizó un estudio formal de costes.

BENEFICIOS POTENCIALES

Los autores esperan que la aplicación de estas pautas aumenten la incidencia y la duración media de la lactancia en nuestra área y alcanzar los objetivos que se fijan en el apartado de objetivos, lo que será medido con los criterios de evaluación predeterminados.

SUBGRUPOS CON MAYOR PROBABILIDAD DE BENEFICIO

Lactantes y madres que amamantan.

DAÑOS POTENCIALES

Al inicio de la implantación de la guía se espera un aumento de la carga de trabajo de los profesionales, que deberán formarse en las distintas técnicas de apoyo y manejo de la lactancia.

SUBGRUPOS SUSCEPTIBLES DE SER DAÑADOS:

No constatados.

ESTADO DE LA GUÍA

Esta es la publicación más actual de la guía.
No existe una actualización en este momento.

DISPONIBILIDAD DE LA GUIA.

Se distribuirá copia electrónica de la guía a todos los pediatras del área que lo deseen.

DOCUMENTOS ACOMPAÑANTES.

Se adjuntan anexo sobre extracción de leche materna, amamantar y trabajar, hoja de consejos para la madre trabajadora, bibliografía recomendada.

COPYRIGHT:

Se autoriza la reproducción de esta guía en todo o en parte, siempre que sea utilizada sin ánimo de lucro en beneficio de los bebés amamantados y de sus madres. En el caso de utilizar las recomendaciones para algún otro documento los autores agradecerán que se cite la procedencia.

ANEXO 1. TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA

¿Cuándo hay que recomendar la extracción de leche materna?

La extracción de leche materna se recomienda a las madres que desean alimentar al bebé con su leche pero no pueden amamantarlo (por enfermedad de la madre o el bebé, grandes prematuros) y por aquellas otras que desean establecer, aumentar o mantener la producción o cuando el bebé no puede mamar, por ejemplo las madres que trabajan fuera de casa y desean seguir amamantando a su bebé, o en el caso de hospitalización de la madre o el bebé siempre que no sea posible la hospitalización conjunta.

La extracción de leche también se debe aconsejar a las madres los primeros días tras el parto, cuando el bebé no se coge suficientes veces, para estimular mejor la "subida de la leche". También es útil cuando la madre observa que hay una disminución de la producción de leche (porque el bebé empieza a dormir toda la noche, o porque se han establecido pautas erróneas como el uso de chupete o tetinas). En casos de grietas muy dolorosas o en el caso de pezones planos, puede ser útil utilizar el sacaleches unos minutos antes de ponerse al bebé al pecho, para estimular el pezón y la subida de la leche.

¿Es necesario que las madres se extraigan la leche muy a menudo?

La mayoría de los recién nacidos necesitan mamar cada 2 o 3 horas. Si la madre o el bebé no pueden amamantar cada 2 o 3 horas, debe extraerse la leche de los pechos para evitar que se llenen de más y ayudar a que se mantenga la producción de leche. Es conveniente comenzar a usar la bomba tan pronto como se haya interrumpido el horario habitual de amamantar. No se debe esperar a la subida o a que la madre se sienta incómoda. El calostro también se puede extraer y almacenar.

Preparación para extraer la leche:

1. Lavarse las manos.
2. Limpiar las areolas y pezones con agua caliente y un paño.
3. Buscar un lugar silencioso y privado en donde la madre se sienta cómoda para usar la bomba y donde tener la bomba y equipo recolector limpios y listos para usar.
4. Prever la posibilidad de tomar una infusión o algo de beber mientras se usa la bomba.
5. Realizar ejercicios de relajación y varias inspiraciones profundas unas cuantas veces. Escuchar música suave o ver la televisión.
6. Descansar lo más posible entre comidas o bombeos.
7. La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de leche. El calor no es aconsejable para aliviar la congestión mamaria.

Como estimular la bajada de la leche:

Tanto sí se va a extraer la leche de forma manual, como con bomba es necesario primero preparar el pecho para facilitar la extracción, provocando el reflejo de bajada o de eyección láctea. Para ello se pueden seguir tres pasos:

1. Masajear: oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un



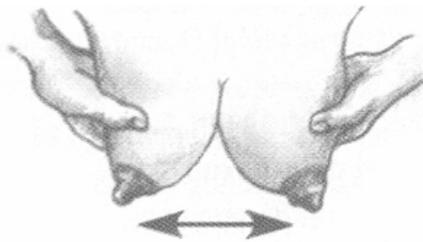
movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.

1. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el



pezón, por todo alrededor.

3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.



Técnicas de extracción.

La leche materna puede sacarse mediante la extracción manual, con bombas tipo cilindro o con las bombas eléctricas. La extracción de leche se hace más eficaz a medida que la madre coge práctica con la técnica de extracción. La extracción es más sencilla cuando la madre tiene establecida una buena producción de leche.

Extracción Manual

La extracción manual de la leche materna es más aconsejable cuando solamente necesite sacar leche de vez en cuando o para aliviar la congestión mamaria. Es más laboriosa pero a

muchas madres les resulta más agradable y natural. Suele ser más conveniente para la



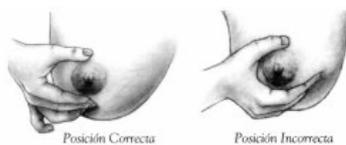
extracción en casa.

Técnica de Marmet para la extracción manual de leche.

- ❑ Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm. Por

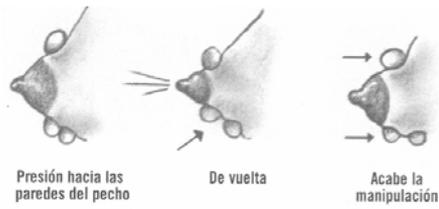


detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).



- ❑ Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- ❑ Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- ❑ Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo (rodar no deslizar).
- ❑ Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar).
- ❑ Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.

- ❑ Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento Provocar el



reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir). Puede hacerse simultáneamente.

- ❑ Repetir todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces más. El flujo de leche, generalmente, se enlentece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van vaciando.
- ❑ Evite estiramientos y maniobras de presión excesiva en el pecho o pezón.



Tiempo de extracción

- ❑ El procedimiento completo debe durar entre 20 y 30 minutos. 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 una guía. Si aún no hay leche o hay poca, seguir los tiempos anteriores cuidadosamente.

Bombas para Extraer la Leche Materna

¿Qué tipo de bomba usar?

Si solamente se necesita extraer leche de vez en cuando, puede ser útil una bomba manual o tipo cilindro. Las bombas pequeñas de pilas son algo más cómodas. Algunas bombas funcionan mejor que otras. No se debe usar bomba si causa dolor.

¿Cómo usar la bomba manual?

1. Colocar el embudo o el reborde con copa suave sobre el pecho siguiendo las instrucciones del fabricante.
2. Para comenzar, se debe imitar la "llamada a la leche" del bebé, usando tracciones cortas y rápidas.
3. Una vez que se obtenga algo de leche, se deben realizar aspiraciones largas y uniformes con el pistón o cilindro. Si se está usando la bomba tipo cilindro, se debe evitar la tentación de usar demasiada aspiración, causando malestar. El bombeo forzado y doloroso (no retirar

el pistón más de 2-3 cm.) bloqueará el mecanismo de liberación de la leche y puede dejar dolorido el pecho. Se debe mantener la tracción hasta que el flujo se detenga o sea lento, entonces, volver a aspirar empujando hacia arriba y tirando de nuevo.

4. Algunas bombas cuentan con un regulador para aspirar. Hay que comenzar con el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
5. Se usará la bomba de 5 a 7 minutos de un lado o hasta que el chorro de leche o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y usar la bomba de 5 a 7 minutos. Volver a cada pecho unas cuantas veces más, hasta que el flujo de leche sea lento.
6. La leche de la bomba se verterá en un biberón limpio o en una bolsa desechable para leche. Sellar el recipiente, ponerle la fecha y colocarlo en el refrigerador o en el congelador.
7. Lavar las partes de la bomba con agua caliente con jabón, enjuagarlas y secarlas. Una vez al día, esterilizar los biberones y las partes de la bomba hirviéndolas en una olla tapada con agua durante 10 o 15 minutos. Las partes de la bomba también pueden esterilizarse en el lavavajillas, siempre y cuando la temperatura alcance 50 grados por lo menos.
8. Las primeras veces que se use la bomba, puede ser que sólo salgan unas cuantas gotas de leche. Esto es normal. Usando la bomba cada 3 horas pronto se obtendrá más y más leche.

Bombas Eléctricas para Extraer Leche

¿Cuáles elegir?

Si la madre va a regresar al trabajo o estará lejos de su bebé por largo tiempo, una bomba eléctrica más grande es mejor. Las bombas eléctricas se pueden alquilar en varios lugares como en las farmacias, en los hospitales, o a través de organizaciones de madres lactantes. En las farmacias se pueden conseguir bombas de pilas o pequeñas bombas eléctricas.

¿Cómo usar la Bomba Eléctrica?

1. Lavarse las manos.
2. Usar equipo limpio.
3. Preparar los pechos usando calor, masajes, agitándolos y girando el pezón.
4. Poner el control para aspirar en el nivel de presión más bajo o mínimo.
5. Conectar las partes de la bomba y el tubo que se conecta a la bomba eléctrica según las instrucciones en la caja.
6. Colocar el embudo o la campana de la bomba en el pecho. Poner el pezón en el centro y encender la bomba. El pezón se moverá hacia adelante y atrás dentro del embudo. Después de que salgan unas gotas, aumentar poco a poco el nivel de aspiración que sea cómodo. Usar la bomba de 5 a 7 minutos. Masajear el otro pecho y luego usar la bomba de 5 a 7 minutos. Regresar al primer pecho otra vez y usar la bomba otros 5 o 7 minutos. Usar la bomba en cada lado por un total de 10 a 15 minutos.

¿Cómo usar la Bomba Doble?

También hay sistemas de bombas dobles disponibles. Estos sistemas permiten usar la bomba en ambos pechos al mismo tiempo. Así se puede recolectar más leche en menos tiempo. Se debe usar de 10 a 15 minutos.

Asegurarse de que el embudo o campana de la bomba selle bien sobre el pecho. Si no sella bien, la aspiración será baja y no se logrará un buen vaciado.

Después de usar la bomba, lavar el equipo en agua caliente enjabonada, enjuagar y secar el equipo.

Esterilizar el equipo por lo menos una vez al día, hirviéndolo en agua durante 10 o 15 minutos en una olla tapada. Las partes de la bomba también pueden esterilizarse poniéndolas en la rejilla superior de su lavavajillas y usando el ciclo de sanidad (la temperatura del agua debe estar fijada en 60 grados o más).

III. ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA.

Una vez extraída la leche:

1. Verterla en biberones limpios o en bolsas para leche.

A. Limpiar el recipiente y los biberones lavándolos en agua caliente enjabonada y enjuáguelos.

B. Una vez al día, hervir en agua el recipiente y los biberones durante 10 minutos o lavarlos en lavavajillas. Usar un recipiente limpio cada vez que se recolecte leche.

2. Etiquetar la leche con la fecha y la hora en que se extrajo.

Envases

La leche materna puede congelarse en recipientes de vidrio o de plástico duro. Llenar cada recipiente con 60 o 120 ml. de leche materna. Dejar lugar para que la leche se expanda al congelarse.

Las bolsas de plástico para leche pueden utilizarse para los bebés sanos nacidos en término. NO se debe tocar el interior de la bolsa para leche o de los biberones para que no entren bacterias. Llenar la bolsa para leche con 60 o 120 ml. de leche y cerrarla bien usando un alambrito para cerrar las bolsas de pan, en la parte superior de la bolsa. La leche materna se descongelará más rápidamente y habrá menos desperdicio si se congela en cantidades pequeñas. Después de que la bolsa para leche se congele, guardarla en un recipiente de plástico duro para protegerla de pinchaduras y de los olores en el congelador. Sellar los recipientes inmediatamente después de recolectar la leche.

Refrigeración

La leche materna puede refrigerarse 2 días o congelarse 2 meses en la parte más fría del congelador. En un congelador tipo baúl, donde las temperaturas son más frías y estables, la leche materna puede guardarse de 6 a 8 meses. Si se sabe que la leche no va a usarse en los siguientes dos días después de que use la bomba, congelarla de inmediato.

Descongelar la leche materna bajo el chorro de agua caliente del grifo. **No hervir ni poner la leche materna en el horno de microondas.** Las temperaturas altas destruyen los anticuerpos. Cuando la leche se descongele, agitar el biberón suavemente para mezclar la leche. **No volver a congelar la leche que no se use.** Tirar la leche que sobre en el biberón después de dar de comer al bebé. Al llevar la leche materna al hospital, manténgala congelada en hielo. La leche descongelada debe refrigerarse y usarse en las siguientes 24 horas.

CONSEJOS ÚTILES PARA LA MADRE QUE DESEA AMAMANTAR Y TRABAJAR

1. Practicar la lactancia materna exclusiva establece una buena producción de leche materna antes de la vuelta al trabajo.
2. A partir de la 4-6 semana de vida, la producción de leche materna está bien establecida si el bebé está mamando bien. A partir de entonces se le puede ofrecer una toma de leche materna extraída para que el bebé se vaya acostumbrando. Algunos bebés aceptan mejor el biberón si se lo ofrece otra persona que no sea la madre.
3. Es conveniente alquilar o comprar un sacaleches eléctrico o manual de buena calidad, para la extracción durante el trabajo.
4. Es conveniente familiarizarse con el uso del sacaleches antes de la vuelta al trabajo. Es aconsejable empezar a usarlo una o 2 semanas antes de la vuelta al trabajo.
5. El uso de un sacaleches eléctrico doble, reduce el tiempo de extracción. La mayoría de las madres pueden reducir el tiempo de extracción a 10-15 minutos al sacarse de los dos pechos a la vez.
6. Si es posible intentar que la vuelta al trabajo sea a mitad semana de modo que sólo queden 2 días antes del fin de semana.
7. Es conveniente buscar en el lugar de trabajo un lugar tranquilo y limpio donde poder sacarse la leche y llevar algo para comer y una foto del bebé.
8. Si hay problemas con la subida de la leche, es útil realizar unas inspiraciones profundas, escuchar música suave y concentrarse en la foto del bebé.
9. Dejar a la persona que va a cuidar al bebé, instrucciones por escrito sobre como descongelar y calentar la leche extraída.
10. Explicar al cuidador que, a ser posible, no le ofrezca al bebé ningún alimento unas 2 horas antes del regreso a casa de la madre, para que coja su pecho con avidez.
11. Es conveniente que la madre:
 - a. Coma alimentos sanos y nutritivos y beba abundantes líquidos.
 - b. Busque un tiempo de descanso después del trabajo.
 - c. Busque ayuda en la pareja, familiares o amigos con las tareas de la casa y con el bebé.

Adaptado por: Dra. M. T. Hernández Aguilar. Pediatra. EAP Fuente de San Luís. Valencia

Tomado de (LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL TRABAJO DE LA MADRE) www.4woman.gov/breastfeeding

Departamento de Cuidado de Mujeres y Bebés. The Ohio State University Medical Center .

COMO ACONSEJAR A LA MUJER TRABAJADORA.

Debemos saber que:

1. Las mujeres que trabajan amamantan menos tiempo que las que no trabajan.
2. La duración de la lactancia está relacionada con el número de horas de trabajo a la semana.
3. A mayor tiempo de baja mayor duración de la lactancia.
4. La duración de la lactancia materna exclusiva es mayor en aquellas madres que reciben apoyo para la lactancia en su lugar de trabajo.
5. La duración de la lactancia materna, también en la mujer que trabaja, está en relación con las prácticas de apoyo a la lactancia en el hospital de nacimiento.
6. Las madres que trabajan tienen mayor riesgo de desarrollar mastitis.
7. Los lactantes amamantados al pecho enferman con mucha menos frecuencia que los alimentados con leche artificial por lo que las madres que amamantan a sus hijos, tienen menos absentismo laboral y rinden mejor en su puesto de trabajo (estudio de 2 años de la Corporación Norteamericana: 59% vs 93%).

¿Qué podemos hacer?

8. Antes del parto:

- A. Ayudar a la madre a planificar con antelación su vuelta al trabajo, duración de la baja, condiciones laborales, posibilidad de extracción, flexibilización de horarios o trabajo a tiempo parcial, búsqueda de cuidador, apoyo familiar, etc.

9. En los primeros días de vida del recién nacido es fundamental:

- A. Asegurar una succión eficaz y el establecimiento de una producción abundante de leche materna.
- B. Resolver los problemas de lactancia que se presenten en los primeros días.
- C. Ofrecer información escrita sobre la extracción manual y mecánica de leche materna.
- D. Comentar y resolver posibles problemas para amamantar en público.

2. Antes de que la madre se incorpore al trabajo debemos:

- A. Comentar con la madre diversas estrategias para mantener la lactancia materna exclusiva el mayor tiempo posible, como:
 - a. Prolongar la baja maternal.
 - b. Extraerse la leche, para mantener la lactancia y poder ofrecer al bebé leche materna mientras ella está fuera.
 - c. Ajustar el horario de las tomas de lactancia materna a los momentos en que la madre esté en casa, aumentar el número de tomas el fin de semana o por la noche, ofrecer fórmula o sólidos (si la edad del bebé lo permite) durante la ausencia materna.
 - d. Comentar con la madre las condiciones del trabajo: lugares para extracción de leche, estrategias de disposición de la hora de lactancia, horarios flexibles, posible exposición a tóxicos...
 - e. Y las de su hogar: buscar ayuda con las tareas del hogar, involucrar al padre,...
- B. Asegurarse de que la madre sabe extraerse la leche de forma manual o con un sacaleches.

- a.** Enseñar técnicas de extracción, tipos de bomba sacaleches más conveniente, etc.
- b.** Ofrecer Información sobre almacenamiento de la leche materna, congelación y descongelación
- C.** Ofrecer información sobre como prevenir la mastitis, y qué hacer ante los primeros síntomas de obstrucción ductal.

ANEXO II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA APLICACIÓN DE LA GUÍA

Propuesta de evaluación del funcionamiento y utilidad de la guía de manejo de la lactancia materna. Dra. Cristina Nebot Marzal. Pediatra. Coordinadora de SAIP Área 09. Valencia.

I) **PRE-IMPLANTACIÓN:** antes de implantar la guía se recogerán en el Hospital y en los Centros de salud que lo deseen los siguientes datos:

1. **El Equipo responsable** de la guía pasará un sencillo cuestionario entre las matronas, enfermeras, médicos de familia y pediatras sobre conocimientos básicos de lactancia con el objetivo de evaluar las necesidades de formación sobre lactancia en el área para la subsiguiente realización de cursos o sesiones de formación. Además se realizarán sesiones para la puesta en marcha de la guía.

2. **En Atención Primaria:**

a. **Las matronas recogerán datos sobre las siguientes variables:**

1. ***“Nº de embarazadas que, al inicio del embarazo o de la preparación al parto, desean amamantar a sus hijos”.***

Registrarán, al inicio del embarazo y durante dos semanas alternas, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº de mujeres embarazadas que desean iniciar lactancia materna.

2. ***“Nº de embarazadas que, al 6º mes de embarazo o al inicio de la preparación al parto, desean amamantar a sus hijos”.***

Registrarán, al inicio de la preparación al parto y, durante dos semanas alternas, dos días (Ej. Lunes-jueves) el nº de mujeres embarazadas que desean iniciar lactancia materna.

3. ***“Nº de embarazadas que al final del embarazo, desean amamantar a sus hijos”.***

Registrarán al final del embarazo y durante dos semanas alternas, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº de mujeres embarazadas que desean iniciar lactancia materna.

b. **Los Pediatras o las Enfermeras de Pediatría recogerán información sobre las siguientes variables:**

1. ***“Frecuencia de lactancia materna exclusiva en niños de hasta 6 meses de edad (por mes) y frecuencia de lactancia materna complementada adecuadamente en niños de hasta 2 años de edad”***

Registrarán durante dos semanas alternas, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº y la edad de los niños, de hasta dos años, que reciben lactancia materna de forma exclusiva o preferente (*¿qué comió ayer?*) y que acuden al Programa del Niño Sano.

3. En el HOSPITAL: se recogerá información sobre las siguientes variables:

1. “Nº de embarazadas que en la Sala de Partos/Dilatación, desean amamantar a sus hijos”.

Se registrará durante dos semanas, en la Sala de Partos/Dilatación, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº de embarazadas que desean amamantar a sus hijos.

2. “Nº de madres que desean amamantar, a sus hijos, en Planta de Maternidad”.

Se registrará durante dos semanas alternas, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº de madres que inician lactancia.

3. “Nº de madres que, se van de alta, amamantando a sus hijos” ó “Nº de Recién Nacidos que, en el momento del alta de maternidad, son amamantados.

Se registrará durante dos semanas alternas, dos días (ej. Lunes-jueves) el nº de recién nacidos que al alta de la Sala de Maternidad reciben lactancia materna (exclusiva o preferente).

II) POST-IMPLANTACIÓN: Tras un año de implantación de la guía, se realizará una evaluación de los resultados obtenidos, mediante recogida de los datos que siguen y evaluación con los obtenidos en la fase anterior a la implantación.

A) En ATENCIÓN PRIMARIA :

1. La matrona recogerá información sobre las siguientes variables (de la manera descrita en el apartado anterior):

- 1. “Nº de embarazadas que, al inicio del embarazo o de la preparación al parto, desean amamantar a sus hijos”.**
- 2. “Nº de embarazadas que, al 6º mes de embarazo o al inicio de la preparación al parto, desean amamantar a sus hijos”.**
- 3. “Nº de embarazadas que, al final del embarazo, desean amamantar a sus hijos.**

2. El Pediatra o la Enfermera de Pediatría, recogerá información sobre las siguientes variables:

- 1. Nº de niños que acuden a la 1ª visita del Programa del Niño Sano recibiendo lactancia materna (exclusiva o preferente). (¿qué comió ayer?).**
- 2. Nº de niños que acuden a las visitas sucesivas del Programa del Niño Sano alimentándose con lactancia materna (exclusiva o preferente) (¿qué comió ayer?), en los meses:**

1º MES, 2º MES, 4º MES, 6º MES, 12º MES, 15º MES, 18º MES, 24º MES.

B) En el HOSPITAL:

En la **sala de PARTOS** se recogerán los siguientes datos:

1. **Nº de embarazadas que, en la Sala de Partos/Dilatación que desean amamantar a sus hijos.**

Mediante registro en la sala de dilatación o en el paritorio del deseo de lactancia.

En la **PLANTA DE MATERNIDAD**:

1. **Nº de madres que inician lactancia materna.**
2. **Nº de madres, que son dadas de alta amamantando a sus hijos.**

La recogida de datos se realizará mediante las fichas adjuntas en el orden que sigue:

1. EN EL CENTRO DE SALUD, la MATRONA:

- Introducirá la **Ficha de Seguimiento de Lactancia Materna**, tanto en la Historia de Salud de Atención Primaria de la embarazada, como en la del niño., sí esto último es posible. Como alternativa la entregará al **Responsable de Lactancia Materna** del Centro de Salud. (Preferiblemente una Enfermera de Pediatría; en su defecto el Pediatra).

2. En el HOSPITAL:

- La matrona, la enfermera o el MIR (pediatría u obstetricia) registrará el dato de **intención** o no de **amamantar**.

- El personal de planta de maternidad o el MIR de Pediatría o de Medicina Familiar, registrará el **inicio de la lactancia materna**.

- El personal de enfermería de planta de maternidad, el neonatólogo o el residente de Pediatría o de Medicina Familiar, registrarán el dato de **.lactancia materna al alta**.

- En el Informe de Alta de Planta de Maternidad, emitido por el Servicio de Pediatría, se harán constar los datos recogidos.

3. En el CENTRO DE SALUD,

El Pediatra y/o la Enfermera de Pediatría:

- Introducción, archivo y registro de la copia de la **Ficha de Seguimiento de Lactancia Materna**, cumplimentada por la matrona. Sí no se hubiere cumplimentado habrá que hacerla.
- Introducción y archivo en la Historia de Salud del niño de la copia del Informe de Alta de Maternidad.
- Registro de los datos administrativos del niño.
- Registro de los datos del parto: anamnesis directa más datos del Informe de Alta de Maternidad y/o de la Cartilla de Salud Infantil.
- Registro de datos clínicos del niño en las sucesivas visitas del Programa del Niño Sano.
 - a) Registro del tipo de alimentación ingerida por el niño en las sucesivas visitas del Programa del Niño Sano mediante

complimentación de la Ficha de seguimiento y control de Lactancia Materna, realizando la siguiente pregunta:

“¿Qué comió ayer?”

- a. Lactancia materna en la 1ª visita postneonatal.
- b. Lactancia materna al 6º mes
- c. Inicio de la Alimentación Complementaria y ¿con qué?.
- d. Introducción de Fórmula Adaptada, como suplemento de la lactancia materna o como alimentación sustitutiva de la misma.
- e. Lactancia materna al 15º mes.
- f. Lactancia materna al 18º mes.
- g. Lactancia materna al 24º mes.

CRITERIOS DE ABANDONO O EXCLUSIÓN

El abandono de la lactancia materna supone dejar de complimentar la **Ficha de control y seguimiento de la lactancia materna**.

El parto en un Hospital diferente al Hospital Dr. Peset impide la evaluación de la Guía.

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

FICHA DE Registro de datos de la embarazada.

MATRONA

FILIACIÓN:

Nº historia clínica:

Apellido 1: apellido 2: nombre:

Dirección:

Teléfono:

fijo:

móvil:

Fecha de nacimiento:

Edad de la madre:

.- DATOS SOCIOECONÓMICOS:

Estado civil/¿tiene pareja estable?:

soltera: casada: pareja de hecho:

otros:

Nivel de estudios:

primarios: secundarios: diplomatura:

universitarios:

Trabajo fuera del hogar:

sí: no: tipo de trabajo:

sedentario: físico:

Nº de horas fuera del hogar:

horario de trabajo:

.- DATOS DEL EMBARAZO:

Nº de embarazos/abortos/vivos:

Lactancia hijos previos:

no:

si: exclusiva: preferente: duración:

motivo de abandono:

Fecha última regla:

Embarazo: único: múltiple: nº de fetos:

SALA DE PARTOS

¿Desea usted amamantar a su hijo? si: no:

¿Se ha puesto el niño al pecho en la sala de partos?: si: no:

SALA DE MATERNIDAD

Nº historia:

Nombre de la madre:

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Peso al nacer: semanas de gestación:

Rnt/aeg: rnt/peg: rnt/geg:

Lactancia:

¿conoce los beneficios de la lactancia materna? sí: no:

¿desea usted amamantar a su hijo? sí: no:

¿se ha puesto el niño al pecho en la sala de partos? sí: no:

Tiempo transcurrido entre el parto y la puesta al pecho (especificar):

menos de 1 hora: entre 1 y 2 horas: entre 2 y 3 horas:

entre 3 y 4 horas: entre 4 y 6 horas: más de 6 horas (especificar):

¿Le han administrado al bebé algún suplemento: suero, agua, manzanilla, otros ? : si: no:

¿con tetina? si no

¿con cuchara, vaso o suplementador de lactancia o sonda?
si no

AL ALTA:

¿El niño recibe lactancia materna en el momento del alta de maternidad?

sí

no:

día abandono:

motivo abandono:

Peso al alta:

Fecha de alta:

CENTRO DE SALUD

Pediatra/Enfermera De Pediatría.

1ª VISITA

FILIACIÓN MADRE:

Nº HSAP:

APELLIDOS

NOMBRE:

FILIACIÓN NIÑO:

Nº HSAP:

APELLIDOS

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA 1ª VISITA:

DÍAS DE VIDA:

PARTO:

H. Dr. Peset: otro H. Público ¿cuál?:

H. Privado (¿cuál?):

Peso al nacer:

Peso actual:

Resultado revisión:

ALIMENTACIÓN: “¿Qué comió ayer?”

Lactancia materna:

Sí: exclusiva:

preferente:

Con suplementos de lactancia artificial ¿desde cuando?:

Motivo:

¿quién la ha prescrito?:

No: momento abandono:

Motivo:

VISITAS SUCESIVAS.

Fecha: edad:

Peso actual:

Resultado revisión:

Alimentación actual: ***“¿qué comió ayer?”***:

LACTANCIA MATERNA:

Sí: exclusiva: preferente:

Con suplementos de leche artificial ¿desde cuando?:
motivo:

¿quién la ha prescrito?

No: momento abandono:

motivo:

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

SÍ: **NO:** **INICIO:**

ANEXO

VARIABLES QUE SE RECOGERÁN PARA LA EVALUACIÓN DE LA GUÍA

DATOS PREVIOS:

1º) Nº de mujeres embarazadas que, en un “corte de tiempo”, acuden a la matrona y piensan amamantar a su hijo.

2º) Nº de mujeres embarazadas que, en un “corte de tiempo”, en la Sala de Partos, piensan amamantar a su hijo.

3º) Nº de niños que, en un “corte de tiempo”, son puestos al pecho en la misma Sala de Partos.

4º) Nº de madres que, en un “corte de tiempo”, inician amamantamiento durante su estancia en la Sala de Maternidad.

5º) Nº de niños que, en un “corte de tiempo”, al alta de la Sala de Maternidad son amamantados.

6º) Nº de niños que, en un “corte de tiempo”, están siendo amamantados a diferentes edades del Programa del Niño Sano.

7º) Nº total de recién nacidos sanos, en un “corte de tiempo”, en el Hospital Dr. Peset.

8º) Nº total de recién nacidos, en un “corte de tiempo”, en el Hospital Dr. Peset.

AL AÑO DE IMPLANTAR LA GUÍA

1º) Nº de mujeres embarazadas que, al inicio del embarazo o de la preparación al parto, 1ª visita a la matrona, desean amamantar a su hijo.

2º) Nº de mujeres embarazadas que, al 6º mes de embarazo o al inicio de la preparación al parto, desean amamantar a su hijo.

3º) Nº de mujeres embarazadas que, al final del embarazo, desean amamantar a su hijo.

4º) Nº de mujeres embarazadas que, en la Sala de Partos, desean amamantar a su hijo.

5º) Nº de niños que son puestos al pecho en la misma Sala de Partos.

6º) Nº de madres que inician el amamantamiento durante su estancia en la Sala de Maternidad.

7º) Nº de niños que, al alta de la Sala de Maternidad, son amamantados.

8º) Nº de niños que continúan amamantados al 7º día de vida.

9º) Nº de niños que continúan amamantados al 15º día de vida.

10º) Nº de niños que continúan amamantados en el 1º mes de vida.

11º) Nº de niños que continúan amamantados en el 2º mes de vida.

12º) Nº de niños que continúan amamantados en el 4º mes de vida.

**13º) Nº de niños que reciben lactancia materna exclusiva al 6º mes de vida.
(referido a no haber iniciado alimentación complementaria).**

14º) Nº de niños que continúan amamantados en el 12º mes de vida.

15º) Nº de niños que continúan amamantados en el 15º mes de vida.

16º) Nº de niños que continúan amamantados en el 18º mes de vida.

17º) Nº de niños que continúan amamantados al cumplir el 2º año de vida.

18º) Nº de niños que reciben lactancia materna más allá del segundo año de vida.

19º) Nº total de recién nacidos sanos en el Hospital Dr. Peset durante el periodo de evaluación.

20º) Nº total de recién nacidos en el Hospital Dr. Peset. durante el periodo de evaluación.