



POLÍTICAS DE LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL REYNALDO ALMANZAR.

Coordinación académica

Política de Protección, Promoción y Apoyo a Lactancia Materna



INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el proceso único que proporciona la alimentación ideal para el lactante, que contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, establece el vínculo afectivo la madre-hijo e hija, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a las naciones.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y por consiguiente, para cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo a la sobrevivencia infantil; asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. El inicio de la lactancia materna durante la primera media hora de vida es particularmente importante para prevenir la mortalidad neonatal, la cual representa una proporción cada vez más grande de la mortalidad infantil general en la región de las Américas.

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

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

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

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

OBJETIVO GENERAL

Promover iniciativas para conseguir aumentar el inicio y duración de la lactancia materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

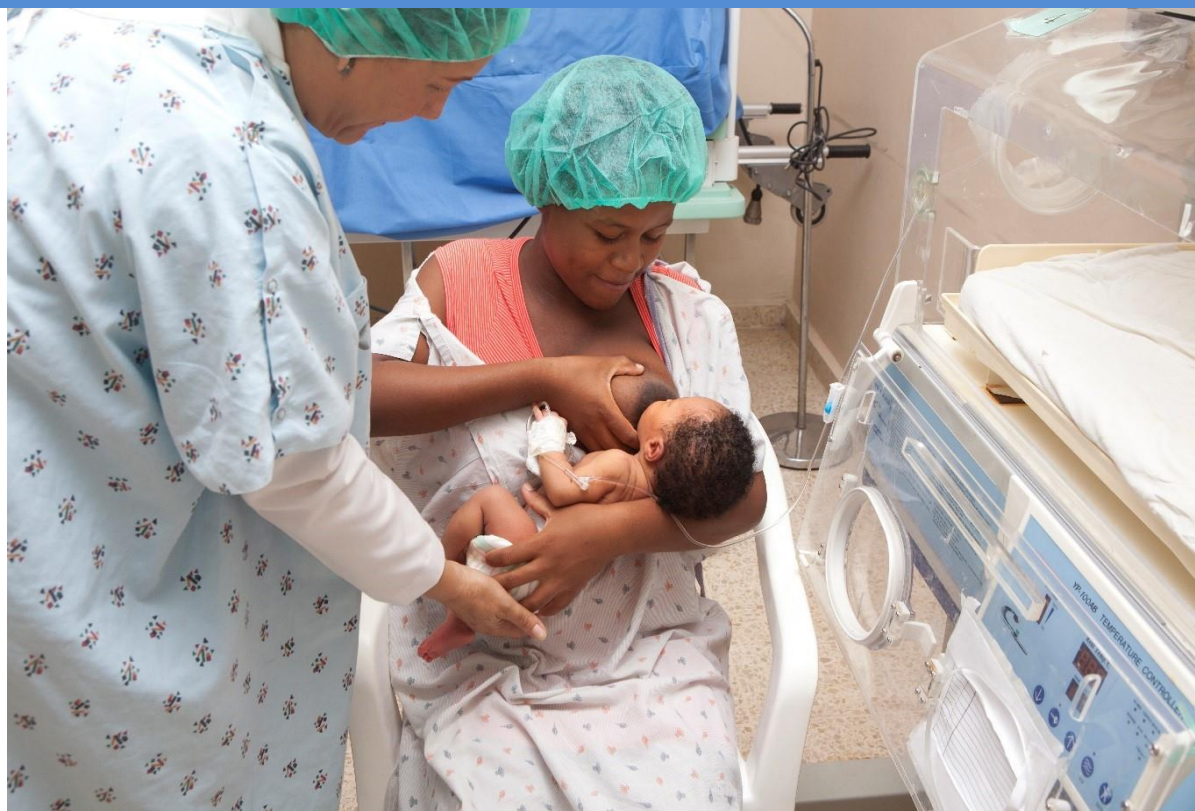
- 1.) Unificar criterios de actuación a través de un documento escrito que debe conocer todo el personal que atiende a las madres y sus niños.
- 2.) Ampliar y asegurar la formación de los profesionales que van a estar al cuidado de estos niños.
- 3.) Conseguir la acreditación de hospital amigo del bebe (ihab) través de las recomendaciones de la OMS/Unicef "17 pasos para una lactancia con éxito".
- 4.) Generar condiciones que faciliten la lactancia materna en situaciones especiales y a grupos vulnerables.

DECLARACIÓN DE INTENCIONES

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

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

LOS 17 PASOS DE LACTANCIA MATERNA



Paso 1. Disponer de una Política de L.M.

Paso 2. Capacitar a todo el personal

Pasó 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la Lactancia

Pasó 4. Apego Precoz

Paso 5. Mostrar a la madre como dar de mamar

Pasó 6. Ceno sólo seno durante los primeros 6 meses

Pasó 7. Alojamiento conjunto

Paso 8. Alimentar al bebe a libre demanda

Pasó 9. No bobo no biberones

Paso 10. Grupos de apoyo comunitarios

Paso 11. Código Internacional de Mercadeo de Sucedáneos de la Leche Materna.

Pasó 12. Atención amigable al parto.

Paso 13. VIH y Alimentación Infantil

Paso 14. Control Prenatal de calidad.

Paso 15. Parto limpio e intervenciones basadas en evidencias

Paso 16. Prevención de infecciones en la atención al neonato

Paso 17. Registro de Nacimiento antes de la salida del Hospital

PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN CONSULTA DEL HOSPITAL REYNALDO ALMANZAR.

Educación sanitaria a la mujer embarazada

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

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

PLAN DE ACCIÓN:

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

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

FORMACIÓN.

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

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

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

MEDIDAS ORIENTADAS A LA POBLACIÓN ATENCIÓN A LA GESTANTE:

Objetivos generales:

- Informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre y recién nacido durante los primeros 6 meses de vida. Explicar y enseñar las técnicas de lactancia materna.
- Detectar precozmente a las mujeres con antecedentes y/o factores desfavorables para la lactancia materna y derivarlas para acciones personalizadas.

Se consideran factores de riesgo para la lactancia materna:

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

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

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

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL

CONTENIDOS DE LAS SESIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA:

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

PROTOCOLO DE APEGO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA URPA.

DEFINICIÓN

Es el conjunto de actividades coordinadas por el personal de enfermería del Hospital Reynaldo Almanzar, dentro de la unidad de urpa, encaminada al inicio precoz de la Lactancia Materna, siguiendo la política hospitalaria de ser "Hospital Amigo Del BEBE" y de acuerdo con las recomendaciones de OMS y UNICEF "Diez pasos para una lactancia exitosa":

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

ACTIVIDADES

1. Preguntar y registrar antecedentes de Lactancia Materna, deseo o no de Lactancia Materna, posibles dificultades, contraindicaciones, factores de riesgo o necesidad de apoyo especial para una adecuada lactancia, conocimientos previos de la pareja sobre la alimentación del R.N. (asistencia al programa de psicoprofilaxis del parto, experiencias previas, etc.) .
2. Valorar la necesidad de información sobre la técnica de la Lactancia Materna.
3. Explicar la necesidad e importancia del inicio temprano por sus beneficios sobre:
 - a) Salud de la mujer:

- Aumenta la secreción de oxitocina endógena (contrae el miometrio, provoca la eyección de leche en la glándula mamaria, favorece el apego con el recién nacido)
- Aumenta la secreción de endorfinas (opiáceo natural capaz de producir analgesia y, también, un estímulo para prolongar la Lactancia Materna).

b) Salud del recién nacido:

- Inmunológica
- Protectora y de afecto
- Desde el punto de vista biológico garantiza un óptimo crecimiento y desarrollo neurológico c) Área psicoafectiva:
- Aumenta el vínculo emocional.

4. Asegurar que el entorno físico de la urpa es el adecuado.

Iniciar la lactancia lo antes posible, mejor en la primera hora después del parto que es cuando el recién nacido está más receptivo y su reflejo de succión es más fuerte. Esta actuación se llevará a cabo tras valoración del estado físico y emocional y siempre y cuando estén estables tanto la madre como el recién nacido.

Si la mujer tiene algún problema físico (hemorragia, hipotensión, etc.), psicoemocional o si está muy cansada se iniciará la lactancia cuando ella pueda o se pospondrá al puerperio precoz. Igualmente si el recién nacido tiene algún problema o si está poco receptivo.

- Colaborar con la mujer en la puesta al pecho del recién nacido, si precisa.

Enseñar o ayudar a estimular:

- Erección del pezón.
- Reflejo de búsqueda.

Se supervisará la primera puesta al pecho para que sea adecuada (que el niño coja areola y pezón, cuerpo del bebé cerca y de frente al pecho, su cabeza y cuerpo bien alineados, nalgas del bebé bien apoyadas, madre relajada y cómoda, etc.) y si no corregir la técnica. Especial atención en el caso de mujeres primíparas, multíparas que no han dado de lactar nunca o con experiencias anteriores no satisfactorias, mujeres con dificultades. Dar apoyo.

Mantener un clima adecuado en la sala de urpa/dilatación para facilitar y propiciar el vínculo de los padres con el recién nacido, intentando respetar el espacio íntimo durante la lactancia. Favorecer un ambiente psicoafectivo adecuado. Interferir lo menos posible pero sin disminuir los cuidados.

Invitar a los padres a realizar preguntas para resolver o aclarar posibles dudas o temores, intentando así disminuir la ansiedad por desinformación.

Hacer partícipe a la pareja incluyéndole en la información dada sobre la lactancia e invitándole a dar apoyo a la mujer. Importante: no excedernos con la información, sino intentar ser claros, concretos y concisos.

Si el recién nacido debe trasladarse al servicio de neonatología, decir a los padres que, tras su ingreso en la unidad de puerperio, existe la posibilidad de iniciar la lactancia materna en dicha unidad si el estado de salud del recién nacido lo permite.

Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la Lactancia Materna. Debemos asegurarnos que no es una cuestión de desinformación, por lo que se explicarán, si lo creemos necesario, las ventajas e inconvenientes de la Lactancia Materna y del apoyo que recibirán por nuestra parte y por parte de los profesionales de la salud que precisen.

Registrar en la historia clínica el inicio de Lactancia Materna, posibles incidencias y, en el caso de que no la inicien o no deseen, se especificará el motivo.

Cuando no es posible dar Lactancia Materna intentar tranquilizar y desculpabilizar a la mujer si fuera necesario.

Capacitar periódicamente al personal del área de partos mediante cursos teórico prácticos. (Acreditados por Formación Continuada).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TODO EL PERSONAL DE HOSPITALIZACIÓN (HMRA)

Protección. Promoción y apoyo de la lactancia materna

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

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

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

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

- Ayudar a colocar al bebé (si fuese necesario)
- Dar a la madre y padre sólo la información más pertinente (el estado emocional, no va a permitir la retención de grandes informaciones).
- Responder a las preguntas de la madre,
- Observar a la madre amamantando antes de ayudarla.
- Ayudar solamente si tiene dificultades.
- Dejar que haga todo lo que pueda por sí misma.

- Asegurarnos de que la madre entiende lo que le decimos o hacemos, para que pueda hacerlo por sí misma.

TIEMPO

El bebé suelta el pecho espontáneamente.

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

2. Alojamiento conjunto las 24 horas del día.

- El bebé permanecerá siempre junto a su madre.

- Se valorará por parte de la enfermera los casos en que sea necesario por causa materna la separación nocturna, intentando que sea lo menos posible y anotando en la historia de enfermería el tiempo y causa.

3. Lactancia frecuente y a demanda

- Cada vez que el recién nacido busque o llore, y hasta que no quiera más. Puede mamar de un pecho cada vez, ya que la leche del final tiene más grasas y calorías.

- Los primeros días debe hacer 9 ó 10 tomas en 24 horas.

- Si un bebé no demanda, está adormilado o hipoactivo, hay que observarle e indicarle a la madre que le estimule a lactar, no debe pasar más de 4 horas sin mamar.

- Enseñar a las madres a reconocer signos precoces de hambre en el niño

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

- Un ambiente relajado y tranquilo favorece la lactancia.

5. En el caso de que los niños estén ingresados en neonatología:

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

La mujer que haya tenido un parto normal puede bajar cada 3 horas

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

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

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

Si las madres no desean alimentar a sus hijos con leche materna, se hablará con ella

Es aconsejable rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta en las plantas de hospitalización, en relación con el sucedáneo de leche de madre.

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA VA BIEN

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

RESPUESTAS

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

VÍNCULO EMOCIONAL DE LA MADRE

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

ANATOMÍA

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

SUCCIÓN

1. Más areola sobre la boca del bebé que debajo.
2. Labio inferior evertido.
3. Boca bien abierta.

4. Mentón y la nariz del bebé, toca el pecho de la madre.
5. Mejillas redondeadas.
6. Succión lenta y profunda, a veces con pausas.
7. Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.

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

Protocolo elaborado en el Servicio de Neonatología

Primera visita del neonatología en hospitalización:

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

Alta del Neonatólogo en la Maternidad:

1. Preguntar si le da lactancia materna a su hijo.
2. Explicar cómo reconocer los signos precoces de hambre y las necesidades del niño.
3. Indagar si tiene dificultades, y si se han ido resolviendo durante su estancia
4. Explicar concepto de "a demanda", cuando el niño pida y no más de 4 horas los primeros días, hasta ver ganancia de peso por parte de su pediatra.
5. Valorar necesidad de refuerzo positivo antes del alta, ayuda por parte de la enfermera.
6. Si lactancia artificial informar sobre la pauta según cada caso individualizado
7. Vigilancia del niño: nº de deposiciones, nº de diuresis, mucosas húmedas, ganancia ponderal

LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA

Estrategias generales de alimentación con leche materna en recién nacidos ingresadas

Antecedentes:

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

1. Entregar la hoja de información de la lactancia materna y forma de recoger la leche, junto con la hoja de información general sobre el ingreso
2. Informar a la madre, lo antes posible, de que su leche es la mejor para su hijo pero sin condicionar. Preguntar por su experiencia previa. Identificar la Actitud de la madre respecto a lactancia
3. Iniciar la extracción antes de 24 horas tras el parto si es posible. si la madre se encuentra bien.

Si se encuentra mal puede hacerse pasadas las 24 horas.

Extraer leche hasta 2 minutos después de la última gota (unos 10-15 minutos en total). Informar de la importancia del calostro sobre todo para los grandes pre términos.

4. Recomendar que el niño tome la alimentación directa al pecho lo antes posible. Favorecer la nutrición enteral mínima o trófica con calostro materno.
5. Facilitar a la madre su estancia dentro de ucín para dar el pecho a su niño al lado de la cuna/incubadora.
6. Felicitar a la madre en las primeras "puestas al pecho". Proporcionar contacto piel-piel y entrada sin restricciones en la Unidad. Favorecer la succión no nutritiva durante el contacto piel-piel.
7. Explicar a la madre que es importante que venga a todas las tomas que pueda, aunque descansa en las tomas de la noche, y que deje dicho en la historia a las tomas que va a acudir para que la enfermera/auxiliar espere para la toma.
8. Explicar a la madre que " la lactancia a demanda" depende de las necesidades de su hijo. Hay niños que comen cada 2 horas y otros a los que hay que despertar para evitar desnutrición. El número de tomas de pecho es variable. Especificar que las tomas a demanda se hacen en casa.
9. Explicar a la madre que en el hospital, por organización, los horarios son cada 3 horas.
10. Es recomendable que las enfermeras y auxiliares estén presentes en la primera toma para valorar la adecuación de la ingesta de LM y las técnicas adecuadas de amamantamiento.
11. Cuidar la espera y la transición en las madres de los niños que no pueden mamar directamente: dar la leche materna por sonda
12. Usar leche fresca de su propia madre o refrigerada (antes de 48 horas). Si no hay leche fresca, usar leche congelada de su madre, por orden de antigüedad, para obtener las mayores ventajas nutricionales.
13. Facilitar el uso de bombas de extracción de leches manuales o eléctricas. Extracción y mantenimiento de leche en las Unidades Neonatales. Congelar la leche sobrante de los primeros días. Que traigan toda la leche que se saquen en casa.
14. Facilitar el contacto con grupos de madres en situación similar.

Atención por el personal sanitario

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

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

Identificar los factores de riesgo en el lactante

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

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

- Incluso en recién nacidos de muy bajo peso, en el ingreso (1° visita del padre), preguntarle sobre la decisión de amamantar al niño y explicarle que si se lo habían planteado afirmativamente es posible hacerlo, especialmente estos niños, los beneficios de la lactancia materna son muchos.
- No presionar al padre y posteriormente a la madre si han tomado la decisión de no dar el pecho, pero es nuestra obligación informales sobre los grandes beneficios para el gran pre termino.
- En las siguientes visitas le ampliaremos la información sobre el procedimiento a seguir para utilizar la leche de la madre.
- Es importante que esta conversación se lo comunique a la madre pronto para que se anime y para que entre las 24-48 horas post-parto empiece la extracción de leche.
- Antes de tomar la decisión de retirarse la leche es importante que hable con los médicos y enfermeras de Neonatología sobre las causas, ya que hay pocas contraindicaciones absolutas para dejar la lactancia materna.
- Hacer partícipe al padre del proceso de recogida de la leche, del apoyo a la madre durante todo este periodo y del amamantamiento posteriormente. Hablarles claro de que en los grandes pretérminos esto es un periodo largo y duro pero insistir en que merece la pena.
- En las visitas posteriores, confirmar y reforzar la decisión de la lactancia.
- En cuanto empiecen a utilizar el método canguro, los niños que no tengan asistencia respiratoria (respiración asistida, CPAP...), poco a poco, y a ratitos, ir poniendo al niño en contacto con el pezón para que empiece a identificar el olor, la zona y comience a lamer y chupar posteriormente el pezón.
- Favorecer la extracción de leche delante del niño en UCIN, con aparatos manuales si las madres así lo desean.

- Confirmar que las cosas se están haciendo bien y si no es así donde fallan. Si la madre trae leche, confirmar que se le está dando leche materna y que se apunta leche materna en la historia del niño.
- Los problemas relacionados con medicaciones en la lactancia y /o enfermedades de la madre, se resolverán en el servicio en el momento, la madre /padre no irá a su domicilio sin saber qué hacer en estos casos.
- Si encontramos a mamás con patologías de pecho por alteración en el vaciado o por otras causas, no enviarlas solas a sacarse la leche, quizás sea mejor tratar el tema dentro de la unidad con un sacaleches manual y atenderlas la propia enfermera si puede.
- Hasta que quede bien instaurada la lactancia materna, podría ser conveniente insistir en la información de la lactancia natural.

Succión no nutritiva:

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

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

Con ello se obtiene una mejor asociación, por parte del niño, de la succión con la deglución.

PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ

OBJETIVOS

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

DURANTE EL INGRESO

- Explicar y dar información sobre el Programa de Alta Precoz y La Lactancia Materna por escrito

- Beneficios de la lactancia materna en estos niños
- Al ser niños especiales por su peso y edad gestacional, explicar que le den el pecho, al principio o a su llegada a casa, 5 minutos, para que no se cansen y después suplemento si es de leche materna mejor, pero sino explicar la preparación de biberones de leche artificial para prematuros y que cantidad y cuantas tomas al día.

PREVIO AL ALTA

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

EN DOMICILIO

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

PROTOCOLO DE LA LACTANCIA EN LA CONSULTA DE PUERPERIO DEL HOSPITAL MATERNO.

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valoración psicológica:

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

2. Promover y favorecer la lactancia:

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

3. Valorar los problemas más frecuentes que surgen:

Valoración de la mama:

A. Ver si existen grietas o ampollas (acompañadas de dolor). Esto significa una mala succión.

B. Ver si existe ingurgitación mamaria (pletórico). Esto significa un mal vaciamiento.

4. Dar una educación sanitaria sobre la lactancia:

- La mejor manera de solucionar un problema es evitarlo.
- Corregir y controlar la posición del niño durante las tomas.

- Mejorar el drenaje con pequeños masajes antes y durante la toma, apretando el pecho suavemente en dirección al pezón.
- Aplicar compresas calientes antes de la toma, ya que el calor va bien para activar el flujo de la leche. Se debe colocar alrededor de la areola unos 10 minutos antes.
- Aplicar compresas frías después de las tomas. El frío alivia el dolor y reduce la inflamación.
- Llevar un sujetador que no apriete demasiado.
- Evitar controlar el tiempo entre tomas, y la duración de éstas.
- Exponer los pechos al aire todo el tiempo que se pueda. Acelera la curación de posibles lesiones cutáneas.
- Iniciar la toma por el pecho más lleno, o por el que menos mamó la toma anterior.
- Variar la posición del niño al mamar. Ayudará a drenar los pechos.
- No retirar la leche tras la tetada. Dejar secar el pecho al aire libre. Extender unas gotitas de leche por toda la areola. La leche posee agentes cicatrizantes y desinfectantes, y así evitamos posibles problemas.
- Evitar la humedad en los pezones.
- No dejar de amamantar. Puede ser contraproducente, ya que puede aparecer una obstrucción o una disminución de la producción láctea.
- No exagerar con la higiene, ni utilizar jabones agresivos. La piel está dotada de protecciones naturales, que se eliminan con los detergentes.

5. Unificar criterios con todo el personal.

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

CONSULTORIO DE LACTANCIA PARA LAS EMPLEADAS

Debe haber un ambiente cómodo y, sobre todo, que preserve la intimidad de la COLABORADORA. La extracción de la leche se puede realizar de forma manual, mediante la técnica de Marnet; o de forma mecánica, a través del sacaleches eléctrico.

1. Técnica de Marnet Sería oportuno poner un cartel explicativo en la sala
2. Extractor de leche mecánico

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

- Lavarse las manos

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

ANEXOS:

POSIBLES PROBLEMAS Y SU MANEJO

MANEJO DEL PEZÓN DAÑADO

1º. Investigar la causa

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

2º. Dar el tratamiento adecuado

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

3º. Indicar a la madre.

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

DIFERENCIA ENTRE

PECHOS LLENOS

Calientes

Duros

Pesados
La leche no fluye

No hay fiebre

Brillantes

Pueden verse rojos

PECHOS PLETÓRICOS

Dolorosos

Edematosos

Tensos (especialmente el pezón) La leche fluye

Puede haber fiebre 24 h.

MANEJO DE LOS PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

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

1º. Inmediatamente tras el nacimiento:

a) Reforzar la confianza materna

b) Explicar que el bebé mama del pecho, no del pezón (pezón más parte inferior de areola). c) Dejar al bebé explorar el pecho, piel con piel.

d) Ayudar a la madre en la posición del bebé (si fuese necesario)

e) Tratar diferentes posiciones

f) Ayudarla a estimular el pezón (que utilice jeringa y embolo)

2º. Si fuese necesario:

a) Extraer la leche y alimentar al bebé con vaso, cucharita o jeringa. b) Tratar de evitar dárselo con biberón

c) Las pezoneras de silicona han de ser utilizadas sólo en casos muy especiales, poco tiempo y supervisadas por un profesional sanitario.

CAUSAS DE CONDUCTOS OBSTRUIDOS Y MASTITIS

1. Drenaje insuficiente de una parte del pecho o todo el pecho. Debido:

a) Disminución de la frecuencia y duración de las tomas b) Succión ineficaz

c) Presión causada por la ropa

d) Presión hecha por los dedos al dar de mamar e) Presión grande con drenaje inadecuado

2. Estrés, exceso de trabajo

3. Trauma o fisuras, grietas, erosiones en la piel: permiten que entren las bacterias y favorece la infección

TRATAMIENTO DEL CONDUCTO OBSTRUIDO Y DE LA MASTITIS

a) Mejore el drenaje del pecho. Busque la causa y corríjala: evaluar la toma

- Mal agarre
- Presión de la ropa o los dedos
- Pecho grande con drenaje pobre

b) Aconseje

- Postura adecuada
- Tomas frecuentes
- Masaje cuidadoso hacia el pezón
- Compresas tibias

c) Sugiera si es útil

- Comenzar a dar de mamar por el lado sano
- Cambiar la posición

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

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

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

A LAS PACIENTES PROCEDENTES DE URPA TRAS INTERVENCIÓN DE CESÁREA

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

ANALGÉSICOS RESTRINGIDOS/CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA

- **KETOROLACO:** ante la falta de estudios disponibles, debe restringirse/contraindicarse su uso en la lactancia. Contraindicado en la ficha técnica. La Academia Americana de pediatría indica que su uso podría ser compatible con la lactancia si es imprescindible. (Comité on drugs. American Academy of Pediatrics. 1994)

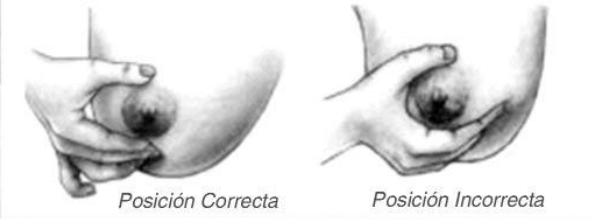
- **DOLANTINA (ADOLONTA):** analgésico opiáceo. **CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA** . Se recomienda no utilizarlo si no es imprescindible. Vigilar el estado de conciencia del recién nacido.

TECNICAS:

Extracción manual

Técnica de Marmet

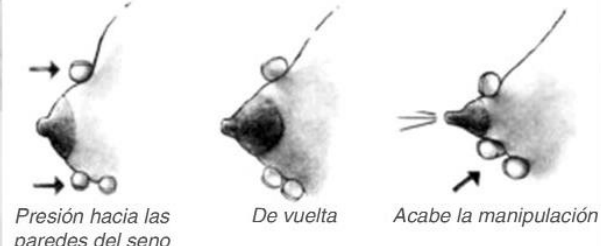
1. Pulgar y dedos índice y medio en forma de "C", unos 3 - 4 cm por detrás del pezón.



Extracción manual

2. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos

3. Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, **sin deslizar**



Ayudar a dar el pecho al lactante con alguna patología:

Lactante hipotónico: **Técnica de Dancer**



ANEXO: SUPLEMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES DURANTE LA LACTANCIA

Recomendaciones

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

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

Vitamina A:

Embarazo y lactancia

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

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

Vitamina B 12:

Es probable que la vitamina B12 sea segura si se usa por vía oral en cantidades que no excedan la asignación diaria recomendada (RDA). La asignación diaria recomendada para la vitamina B12 en mujeres embarazadas es de 2.6mcg por día y 2.8mcg durante el período de lactancia. Madres vegetarianas: LM exclusiva de madres vegetarianas estrictas posible déficit de vit B12 (anemia megaloblástica y desarrollo psicomotor anormal). Suplementar a estos niños con vit B12

Vitamina B6:

La vitamina B6 es probablemente segura cuando se usa por vía oral en dosis que no excedan la asignación dietética recomendada (RDA). Para las mujeres lactantes la asignación dietética recomendada es 2mg por día. No existe suficiente información confiable acerca de la seguridad de la piridoxina cuando se usa en dosis altas por parte de mujeres lactantes. Debido a que la mayoría de las mujeres lactantes no consume la asignación dietética recomendada de vitamina B6 en sus dietas normales y no provee

totalmente a los infantes lactados con la asignación dietética recomendada de esta vitamina, se pueden recomendar dosis de vitamina B6 hasta de 4mg por día, aunque los beneficios no se han probado plenamente.

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

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

Vitamina C:

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

Vitamina D:

Debe aumentarse 50% por encima de las recomendaciones habituales.

La vitamina D es deficiente en la leche materna y para evitar la deficiencia y el raquitismo en infantes que son alimentados exclusivamente con leche materna, podría ser necesario la suplementación.

ANEXO: LACTANCIA MATERNA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

El desconocimiento y la inseguridad sobre las CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES de la LM por parte del personal sanitario en contacto con la embarazada inciden negativamente en la decisión de iniciar o mantener la lactancia materna. Como regla general, si la salud de la madre lo requiere no deben posponerse ni pruebas diagnósticas ni tratamientos, pero entre varias opciones conviene optar por la que menos interfiera con la lactancia.

PATOLOGÍA MATERNA Y LACTANCIA

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

1. Enfermedades crónicas LM no contraindicada

- Cardiopatías. La indicación depende de la gravedad de la lesión.
- Si IC moderada o severa, el esfuerzo de la lactancia puede dificultar su propia recuperación.
- Hipertensión arterial. Depende del estado de la madre, del grado de prematuridad del bebé y de la medicación.

- Diabetes: Necesidades insulina menores. Hipoglucemia: Al disminuir las necesidades insulina existe mayor riesgo de hipoglucemia

- Asma: la medicación inhalada es segura.

- Enfermedades tiroideas. LM no contraindicada salvo tratamiento quimioterápico o radioactivo

- Control de la función tiroidea debe tenerse en cuenta en embarazadas y en puerperio ante síntomas de fatiga o hipogalactia

- Madre hipotiroidea con tratamiento sustitutivo con tiroxina: no problemas con LM.

- Madre hipertiroidea: Droga de elección: propiltiouracilo paso mínimo, incluso a altas dosis

- Posible LM con metimazol con vigilancia hormonal del niño

- Control de la función tiroidea en el niño

- Cáncer y cáncer de mama

Lactancia contraindicada salvo en situaciones de remisión

- Los fármacos antineoplásicos y compuestos radiactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo.

- Tratamiento con elementos radioactivos o quimioterápicos contraindica LM de forma absoluta

- Papel prolactina en progreso del cáncer de mama es discutido: puede no ser un riesgo en si misma pero, junto a esteroides sexuales, puede contribuir a aceleración crecimiento maligno

- Patología psiquiátrica

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

- Si alteración materna controlada, los fármacos son seguros y existe la posibilidad del seguimiento de la evolución de la lactancia se podría permitir. Si no, sería mejor la lactancia artificial.

- Prolactinomas: Los microadenomas no contraindican la lactancia. Si es desaconsejable en los macroadenomas.

- S. Sheehan: Suele producir hipoprolactinemia.
- Única enfermedad endocrina común que causa fracaso LM
- Incidencia: 0,01-0,02% de los partos
- Hipofisis por su mayor tamaño especialmente vulnerable a la disminución del flujo sanguíneo, al final embarazo (hipoperfusión y necrosis)

- Patología digestiva: Las madres con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn pueden dar de lactar. Hay riesgo en prematuros de hiperbilirrubinemia si la madre está en tratamiento con sulfasalazina.

- Miastenia gravis
- Trastorno autoinmunitario que produce un bloqueo neuromuscular debido a la formación de anticuerpos antirreceptor de Ach.

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

Fuentes de información actualizada "maternal conditions" www.perinatology.com/exposures/mconlist.htm

INFECCIONES MATERNAS

Depende del agente causal.

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

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

- HIV: Contraindicación absoluta

Riesgo atribuible: entre un 10-20%.

- Transmisión a través de la LM
 - 14% si primoinfección materna antigua
 - 29% si primoinfección en postparto
 - El riesgo : grietas, reinfecciones, mal estado nutricional materno...

- Posibilidad de extracción e inactivación por calor. Dificultades técnicas
- Si Lactancia Artificial segura, debe evitarse.
- Pero hasta 33000 niños/día < 5 años mueren por enfermedades contra las que LM provee defensa esencial

- Hepatitis B: No contraindicación absoluta

Transplacentaria: 5-10 %

Momento del parto (lo más frecuente)

Hijos madres portadoras o serología desconocida

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

- Hepatitis C: No contraindicación absoluta

- Vertical (5%)

- El riesgo de transmisión es bajo pero aumenta si la madre es también portadora de VIH o si se trata de una hepatitis activa. Mayor riesgo de transmisión: enfermedad hepática sintomática, elevados niveles transaminasas y carga viral

- Literatura: ningún caso transmisión e infección a través LM, pero virus vivos en LM extraída

- Solicitar serología completa con cuantificación de carga de replicación viral

- Se puede recomendar LM advirtiendo que conocimientos científicos actuales no descartan ni afirman transmisión a través LM

- Citomegalovirus No contraindicación absoluta

- La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadoras es del 63%.

- Parto (secreciones vaginales)

- Contacto intimo

- Factor más importante para transmisión: ADN viral en suero lácteo, (incluso con virolactia negativa). Índice madre-hijo: 7%

- En lactantes a término no contraindica la lactancia,

- En lactantes prematuros o con inmunodeficiencias puede causar síntomas graves y secuelas neuro- lógicas.
- La pasteurización o congelación leche eliminaría el virus
- LM madres seropositivas

OTRAS INFECCIONES

- **Varicela:**

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

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

- **Sarampión:**

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

- **Herpes simple:**

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

- **Sífilis:**

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

- **Tuberculosis activa:**

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

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

ANEXO: LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

CONSIDERACIONES GENERALES

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

Preguntas

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

Mecanismos de toxicidad farmacológica. Inhibir la producción de leche

Inhibición de la prolactina:

- Alcaloides del ergot
- Estrógenos

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

1. Pasar a sangre de la madre: Biodisponibilidad

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

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

2. Poder eliminarse por leche: Índice Leche/Plasma

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

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

Depende de:

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

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

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

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

2.3.- Liposolubilidad: a mayor liposolubilidad mayor paso.

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

- Peso molecular

- La liposolubilidad
- pH, Ionización

3. Persistir en leche de la madre en concentración significativa

- Pico o Tiempo máximo: Tiempo necesario para alcanzar la concentración máxima desde la administración. Es justo el momento que hay que evitar dar pecho (mejor tomar el medicamento o producto en cuestión inmediatamente después de dar pecho).
- Tiempo medio: Semivida de eliminación. Es el tiempo que tarda la concentración plasmática de una sustancia en reducirse a la mitad.

Cuanto más corto es (pocas horas), más pronto se elimina y, por tanto, más seguro para la lactancia. Evitar fármacos depot.

4. Pasar a sangre del lactante: Biodisponibilidad oral

La biodisponibilidad oral es el porcentaje de una sustancia que alcanza la circulación sistémica tras la administración oral. La mayor parte de medicamentos cuya única forma de administración es parenteral es porque su biodisponibilidad oral es nula: los aminoglucósidos, el mebendazol por ejemplo.

5. Ser una sustancia tóxica para el lactante

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

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

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

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

Contaminantes ambientales

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

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;1989.Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/folleto/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf
 2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf
 3. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506 Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>
 4. UNICEF - Convención sobre los Derechos del Niño 1989.
 5. UNICEF - Nutrition - Innocent Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding.
 6. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma; diciembre de 1992
- Mastitis. Causas y manejo (Organización Mundial de la Salud-2000)versión en español: Dr Juan Jose Lasarte
 - Programa de promoción de la lactancia materna. En el área de salud de Toledo 2002.Complejo hospitalario de Toledo, atención primaria área de salud de Toledo, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre. Zaragoza 1996. Capitulo 17: Lactancia Materna: promoción y contraindicaciones.
 - La lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado. Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones. Junio, 2001
 - La lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la AEP. Monografía de la AEP nº 5. Ed. Ergon. Madrid, 2004. 1ª ed.

DOCUMENTOS

- Declaración de Innocenti <http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm>
- Breastfeeding and the use of human milk (Re9729). American Academy of Pediatrics. <http://www.aap.org/policy/re9729.html>
- <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/2/496.pdf>
- Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche Materna <http://www.copeson.org.mx/lactancia/codigo~1.htm> (resumen) <http://www.lacmat.org.ar/codigo.htm> (texto completo)

- Documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

"Infant and young child feeding practices" (<http://www.who.int/nut/#inf>)

Child and Adolescent Nutrition (<http://www.who.int/child-adolescent-health/nut.htm>).

En este último sitio hay también una amplia colección de documentos útiles, en inglés, de temas diversos (<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm>) entre los que destacan:

- Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life
- Evidence for ten steps to successful breastfeeding
- Breastfeeding Counselling: A Training Course
- HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course
- Mastitis. Causes and Management (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>)
- Relactation. A review of experience and recommendations for practice (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>)
- Not enough milk (un simple pero útil documento que describe los pasos a seguir para ayudar a madres que dicen que no tienen leche suficiente; disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>)
- Otros documentos acerca de lactancia y VIH, diarreas, tuberculosis, hepatitis B, alimentación complementaria etc.
- Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. http://www.euro.who.int/pregnancy/20030811_1
- Clasificación de las prácticas para el cuidado postparto (OMS)

<http://www.fmed.uba.ar/mspba/recooms.htm>

- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf
- Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf
- Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
- Lo que todas las familias y comunidades tienen derecho a saber sobre la lactancia materna http://www.unicef.org/spanish/ffl/04/key_messages.htm
- Revisiones Cochrane <http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/87.html>
- Pediatría Basada en la Evidencia <http://infodoctor.org/pbe/index.htm>
- Mastitis. Causas y manejo (OMS-2000) <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>
- Relactación (OMS-1998) <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>
- Leche insuficiente <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>
- The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/>

LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS

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

MANUALES, GUIAS DE LACTANCIA Y CURSOS

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

COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA (HMRA)