

Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios



Comité de Lactancia Materna
H¹² de Octubre y C.S. de Atención Primaria



Biblioteca
 **virtual**

Esta versión forma parte de la
Biblioteca Virtual de la
Comunidad de Madrid y las
condiciones de su distribución
y difusión se encuentran
amparadas por el marco
legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios

Madrid 2011

© Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria
Avda. De Córdoba s/n
28041 Madrid

Como nombrar este documento:

Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. 2011

Ésta Guía ha sido elaborada por el Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria y subgrupos de trabajo de ambos niveles asistenciales para los distintos capítulos.

Coordinación

- Aguilar Ortega, Juana M^a
Coordinadora Lactancia Materna Hospital 12 Octubre.
Consultora certificada IBCLC
- Alba Romero, Concepción de
Neonatóloga, IBCLC
- García López, Montserrat
Subdirectora Enfermería Atención Primaria Área 11 Salud
- Pose Becerra, Clotilde
Subdirectora Hospital 12 Octubre
Coordinadora Comité Lactancia Materna Área 11 Salud

Autores

- Aguilar Ortega Juana M^a. _Enfermera, Consultora Lactancia IBCLC
- Alba Romero Concepción de. _Neonatóloga. Consultora Lactancia IBCLC
- Álvarez Barrientos Eva. _Enfermera planta maternidad, hospital 12 de Octubre
- Álvarez García Ana Isabel. _Enfermera, Centro Salud Ciudad de los Ángeles
- Aragón Morante Cecilia. _Matrona Centro Salud Guayaba
- Belda Hofheinz Silvia. _Pediatra, REA/CIP Hospital 12 de Octubre
- Cobos Hinojal, Dolores. _Enfermera, Cirugía Infantil Hospital 12 de Octubre
- De la Fuente García Amparo. _Pediatra, Centro Salud San Andrés
- Fernández López, M^a Carmen. _Pediatra, Centro Salud San Martín de la Vega
- García López, Montserrat. _Enfermera, Subdirectora Enfermería A. Primaria
- García Pagán, Remedios. _Enfermera, Hospital 12 de Octubre
- García Rebollar, Carmen. _Pediatra, Centro Salud Las Calesas
- Gerbeau Bettina. _Monitora Grupos Apoyo (LLL), Consultora IBCLC
- Jardón Huete, Clara. _Matrona, Hospital 12 de Octubre
- López Martínez Ana. _Matrona, Hospital 12 de Octubre
- López René, Remedios. _Matrona, Centro Salud Legazpi
- Lucas Martínez, Concepción. _Matrona, Hospital 12 de Octubre
- Magaz Pilar Patricia. _Auxiliar Enfermería neonatología, hospital 12 Octubre
- Merinero Lobo M^a Carmen. _Enfermera planta maternidad, hospital 12 Octubre
- Montañez Quero M^a Dolores. _Ginecóloga, hospital 12 de Octubre
- Muñoz Delgado, Félix. _Enfermero. Centro Salud San Andrés
- Olivares López Teresa. _Matrona, Centro Salud Orcasitas
- Olmos Díaz, Ana Isabel. _Enfermera, Hospital 12 de Octubre
- Padilla Esteban, M^a Luisa. _Pediatra, Centro Salud Orcasur
- Palomino Sánchez, Laura. _Auxiliar de Enfermería, Hospital 12 de Octubre
- Pérez Grande, M^a Carmen. _Neonatóloga, Hospital 12 de Octubre
- Pose Becerra Clotilde. _Enfermera, Supervisora Área M.I. Hospital 12 Octubre
- Prados Quemada Soledad. _Matrona, Hospital 12 Octubre
- Rasero Barragán, Josefa. _Auxiliar de Enfermería, Hospital 12 de Octubre
- Rincón Parra Cristina. _Enfermera planta pediatría, hospital 12 Octubre
- Rosado López Asunción. _Médico familia, Centro Salud San Andrés
- Sánchez Álvaro Azucena. _Matrona, Centro Salud Imperial
- Sánchez Pablo M^a Rosario. _Enfermera, Centro Salud Orcasitas
- Trenado Dean, Rosario. _Auxiliar Enfermería Maternidad Hospital 12 Octubre
- Yustas Luengo, Ana. _Matrona, Hospital 12 de Octubre

Apoyo técnico y metodológico

- Domínguez Bidagor, Julia
Unidad de Calidad.
Área 11 Atención Primaria
- Durá Jiménez, M^a José
Supervisora Área Calidad
Hospital 12 de Octubre
- Ruiz López, Pedro
Coordinador Unidad de Calidad
Hospital 12 de Octubre

Revisores expertos

- Baeza Fontán, Carmela
Médico de Familia, IBCLC
- Pallás Alonso, Carmen Rosa
Jefe de Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre
Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP

Revisión interna

- de la Fuente García, Amparo
Pediatra Centro Salud San Andrés
- Gerbeau, Bettina
Monitora Grupos Apoyo (LLL), Consultora IBCLC

Centros, servicios y unidades participantes

- Dirección Atención Primaria y Especializada
- Unidad de Calidad Atención Primaria y Especializada
- Centro de Salud San Andrés
- Centro de Salud Ciudad de los Ángeles
- Centro de Salud General Ricardos
- Centro de Salud Guayaba
- Centro de Salud Imperial
- Centro de Salud Legazpi
- Centro de Salud Orcasitas
- Centro de Salud Orcasur
- Centro de Salud San Martín de la Vega
- Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre
- Servicio de Ginecología. Hospital 12 de Octubre
- Unidades de Maternidad. Hospital 12 de Octubre
- Unidad de Parto y educación Maternal. Hospital 12 de Octubre
- Unidad de Reanimación Obstétrico Ginecológica. Hospital 12 de Octubre
- Consultas de Medicina de Familia de Atención Primaria
- Consultas de Pediatría de Atención Primaria
- Unidades del Programa de Control Prenatal

Usuarios a los que va dirigido

- Auxiliares de Enfermería
- Enfermeras
- Matronas
- Médicos de Familia
- Pediatras
- Médicos Especialistas
- Obstetras y ginecólogos
- Trabajadores Sociales

Población diana

Mujeres embarazadas, puérperas, criaturas y familias.



Índice	Página
Introducción	9
Objetivos General y Específicos	15
Evidencia Científica	17
Referencias Bibliográficas Generales	18
Capítulo 1. Atención Prenatal	21
1.1 Introducción	23
1.2 Objetivos	24
1.3 Plan asistencial	25
1.4 Referencias bibliográficas	29
1.5 Anexos	31
Capítulo 2. Parto y Puerperio inmediato	41
2.1 Introducción	43
2.2 Objetivos	43
2.3 Plan asistencial	45
2.4 Referencias bibliográficas	57
2.5 Anexos	59
Capítulo 3. Atención Postnatal. 1ª Visita a consulta Atención Primaria. Seguimiento en Atención Primaria a partir del mes de vida. Asistencia en Atención Primaria.	117
3.1 Introducción	119
3.2 Objetivos	119
3.3 Plan asistencial	121
3.4 Referencias bibliográficas	130
3.5 Anexos	135
Algoritmo de actuación	149
Criterios de Evaluación e indicadores de Calidad	150
Definición de Conceptos	151
Lista de abreviaturas	152
Apéndices	155
I. Norma de política Institucional sobre lactancia.	157
II. Legislación y Lactancia.	161
III. Trabajo y Lactancia	165
IV. Grupos de apoyo a la lactancia y consultoras en lactancia.	169
V. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.	171

Introducción

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a niños y niñas en las primeras etapas de su vida, incluidos los prematuros, gemelos y niños enfermos, salvo rarísimas excepciones y no tiene sustituto¹, (OMS/UNICEF), presentando innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y emocional tanto del lactante como de la madre. Esta es una afirmación unánime, de ámbito global, avalada por la comunidad científica mundial^{2, 3}.

El amamantamiento exclusivo los primeros seis meses, complementado de forma gradual con otros alimentos hasta el año y como complemento hasta los dos años de vida del niño/a o hasta que la madre y el hijo/a quieran, aporta nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante. Así mismo se ha demostrado que disminuye el riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas y favorece el desarrollo cognitivo durante la infancia, prolongándose dichos beneficios en la edad adulta^{2,4}.

La Lactancia Materna (en adelante LM) también es beneficiosa para la madre, favoreciendo la contracción uterina, disminuyendo el sangrado tras el parto, inhibiendo la ovulación y como consecuencia como anticonceptivo, así mismo disminuye el riesgo de padecer cáncer de útero y mama^{4,5}.

Desde el punto de vista psicológico la LM, favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre/hijo. El contacto piel con piel propiciado por el amamantamiento, proporciona al niño/a sentimientos de seguridad y calor⁶.

La sociedad también se beneficia de esta forma de crianza. El amamantamiento natural es una fuente de alimentación económica y ecológica y disminuye el gasto sanitario, por una menor frecuentación de los lactantes a los servicios de salud y un menor absentismo laboral de los progenitores por enfermedad de su hijo^{7,8}.

A pesar de éstas evidencias, según la OMS, existe una baja tasa de LM y un abandono temprano de la misma.

La lactancia natural es compatible con la sociedad moderna e industrializada. Para ello es necesario que se promueva una sensibilización social adecuada a las necesidades de las madres y los niños y el apoyo necesario. La transmisión del amamantamiento como una experiencia positiva también contribuye a la recuperación de la lactancia natural, creando patrones de conducta intergeneracionales.

Conscientes de ello, diversas asociaciones dedican sus esfuerzos y recursos a la defensa, apoyo y ayuda de la lactancia natural, así como instituciones públicas creando leyes y adaptando reglamentaciones vigentes.

En 1981 la OMS aprueba el llamado **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**⁹, el cual prohíbe la publicidad de sucedáneos, donaciones de muestras a madres o embarazadas, imágenes y fotos de bebés que idealicen la leche artificial, entre otros. El gobierno español se adhirió 12 años más tarde a éste código por medio del RD 1408/92 en BOE 13.01.93.

A finales del siglo XX, OMS y UNICEF, conscientes del grave problema de Salud Pública que suponía el progresivo abandono de la práctica de la lactancia materna a nivel mundial, elaboran un documento sobre “Protección, Promoción y

Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”¹⁰. Este documento contiene los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” que engloban las acciones que deben llevarse a cabo para apoyar la lactancia desde el período prenatal, continuando en el neonatal inmediato en las maternidades, y tras el alta hospitalaria a través de los servicios de atención primaria y los grupos de apoyo a la LM. En Florencia, en 1990, la Declaración de Innocenti⁶ adoptada en la reunión conjunta OMS-UNICEF¹¹ y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991¹², hace un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para su apoyo a la lactancia materna.

En la actualidad, la Protección, Promoción y Apoyo de la LM es una prioridad de la Salud Pública en toda Europa ⁷.

Los **10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**, resume las acciones necesarias para apoyar la lactancia en las maternidades:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud
2. Capacitar a todo el personal de salud en las destrezas necesarias para aplicar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y la gestión de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si deben separarse de sus hijos.
6. No dar a los Recién Nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo que esté médicamente indicado.
7. Alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar tetinas o chupetes a los lactantes alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres tengan acceso a ellos a su salida del hospital o clínica.

En España el Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), se creó en 1995, siendo su misión fundamental, la promoción institucional. En Septiembre de 2009 éste organismo pasa a denominarse “**Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia**”¹³.

La 55 Asamblea de la OMS, (mayo de 2002), aprueba la **Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP)**¹⁴, marcando las líneas de actuación que los países deben seguir para mejorar el estado de nutrición, crecimiento y supervivencia de los niños, dirigidas fundamentalmente a mejorar los índices de lactancia materna.

En 2004, se presenta el Proyecto de la Unión Europea sobre la promoción de la lactancia en Europa. **Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en Europa: Plan estratégico para la acción**⁷, documento que adapta la EMALNP a la realidad en Europa y propone acciones e intervenciones específicas que han demostrado su eficacia.

En 2005 se celebra el **15º Aniversario de la Declaración de Innocenti**¹⁵, y se emite un comunicado reconociendo un notable progreso en las prácticas mundiales de la alimentación del lactante y niño pequeño, pero reconoce que las

prácticas de alimentación inadecuadas continúan representando la principal amenaza para la salud y supervivencia infantil.

En nuestro país, con la actualización de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (RD.1030/2006 de 15 de septiembre), se incluye en el Anexo de Atención Primaria, la Educación Maternal, incluyendo el fomento de la Lactancia Materna (Anexo II. 6.3.3.) y en el de Atención Especializada, la coordinación con Atención Primaria (Anexo III. 5.3.6.)

Tras la revisión de 2006, UNICEF y OMS dieron luz verde a la ampliación de los objetivos de la IHAN y se refrendaron iniciativas que ya habían demostrado su utilidad en la práctica.

La más relevante es la **Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños**³⁰ (ICSAN), que ya está completamente implantada y operativa en el Reino Unido, Canadá y Australia, y en proceso de desarrollo en algunos países de América del Sur. En España un grupo de expertos con representación de todos los estamentos profesionales trabaja sobre un proyecto en fase muy avanzada. En el caso de los Centros de Salud de España, han sido ellos los que han insistido de forma repetida ante la IHAN en los últimos años para que se pusiera en marcha el proyecto de acreditación en atención primaria.

Los pasos propuestos para seguir en Atención Primaria son 7 y surgen de los 10 pasos para una lactancia exitosa, base de la IHAN y son:

1. Tener una política de lactancia materna escrita comunicada de forma rutinaria a todo el personal trabajando en el centro (empleado o voluntario).
2. Formar todo el personal de salud en conocimientos y herramientas necesarios para poder llevar a cabo esa política de lactancia.
3. Informar a las embarazadas y sus familias de los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Apoyar a las madres en el establecimiento y logro de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
5. Animar a mantener la lactancia materna mas allá de los 6 meses con la introducción de alimentación complementaria adecuada.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva a las familias que amamantan.
7. Promover la colaboración entre el personal sanitario, grupos de apoyo a la lactancia y la comunidad.

Estas directrices y recomendaciones descritas de ámbito mundial se completan en España con la **Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud**₁₆, aprobado en Octubre de 2007 por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En este documento de consenso entre personas e instituciones y coordinado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se plantea como objetivo mejorar los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, e incluye modelos de buenas prácticas basadas en la evidencia científica existente y en el análisis de experiencias innovadoras relacionadas también, con la crianza natural.

En Madrid, en 2007, se publica y establece como consecuencia de la publicación el año anterior de la Cartera de Servicios del SNS ya mencionada, la *Cartera de Servicios Estandarizados*, con tres servicios específicos que citan explícitamente la Lactancia Materna, tanto para el fomento, promoción de la misma, como la necesaria valoración funcional en la preparación al parto y cuidados en el puerperio (Servicios 301, 302 y 303), así como la posibilidad de organizar grupos educativos a través del Servicio de EpS con Grupos (504)Y esto se mantiene en la revisión del año 2009.

Las prestaciones definidas en la Cartera de Servicios Estandarizadas son del equipo, con una participación multidisciplinar por parte de todos sus integrantes. Se entiende por servicio enfermero la atención prestada a los ciudadanos con el objeto de potenciar su autocuidado o de solucionar las necesidades derivadas de una alteración del mismo, en el que la enfermera actúa como profesional de referencia.

Estos servicios de enfermería se desarrollaran a través de intervenciones enfermeras, las cuales a su vez, incluirán una serie de actividades en función de la existencia de un juicio clínico (diagnóstico médico o de enfermería), ó en la búsqueda del mismo. Actividades tales como: manejo de la promoción y/o apoyo a la lactancia materna; manejo de la introducción de alimentación complementaria. La realización de diagnósticos enfermeros sobre Lactancia materna eficaz, Conductas generadoras de Salud

Así mismo, en esta etapa de vulnerabilidad, es relevante el trabajo sobre: el fomento de la lactancia materna; la mujer durante el postparto; educación para la maternidad / paternidad; cuidados del lactante / recién nacido; madres adolescentes; masaje infantil; recuperación del suelo pélvico, etc.

En 2008, la OMS, publica un nuevo documento en el que se exponen los múltiples beneficios y como la ayuda a las madres puede aumentar la lactancia materna en todo el mundo y los riesgos que supone el uso de otro tipo de alimentación durante los seis primeros meses de vida del niño. En éste documento se recogen 10 datos con recomendaciones y justificaciones que avalan ésta práctica⁴.

En Abril de 2009 la Comunidad de Madrid y UNICEF firman en el Hospital 12 de Octubre, un convenio de colaboración para promocionar la lactancia materna en la Comunidad¹⁷.

En Mayo de este mismo año, el Ministerio de Sanidad y Política Social, publica un documento de Atención Hospitalaria al Parto, con estándares y recomendaciones para las maternidades hospitalarias, entre las que se encuentran la coordinación entre niveles asistenciales, con la existencia de un Comité Multidisciplinar, disponer de Guías y protocolos, entre otros¹⁸.

En la Maternidad del Hospital 12 de Octubre se atiende en la actualidad alrededor de 6000 partos al año. Los profesionales del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, siendo conocedores de los beneficios de la Lactancia Materna y considerándola la *Actividad Preventiva Estrella* y a muy bajo coste, creen una obligación unirse a la iniciativa para la *Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia* (IHAN), como elemento básico de Promoción de la Salud y Cuidados del binomio madre/hijo y cumplimiento de la Normativa vigente en la materia.

Estas iniciativas incluyen la observación del al Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

Por ello en Abril de 2006 se crea el Comité de Lactancia Materna del Área 11 de Salud, formado por un equipo multidisciplinar de profesionales de Atención Primaria y del Hospital 12 de Octubre, con el fin de unir esfuerzos y coordinar intervenciones que contribuyan a la recuperación de la cultura de la lactancia natural.

Diseñar y desarrollar un programa de apoyo a la lactancia en un área sanitaria, no es sencillo. Exige crear equipos multidisciplinarios que redacten protocolos, establezcan procedimientos, fijen controles de calidad, evalúen el proceso y garanticen la continuidad. Realizar todo este proceso sin una guía, alarga los tiempos y consume recursos materiales y humanos.

Como una de las acciones prioritarias se consideró la elaboración de ésta Guía para facilitar y coordinar el trabajo de todos los profesionales del Área en lo relativo a la Lactancia Materna, siguiendo las directrices de la IHAN e ICSAN.

En esta Guía se establecen estándares de buenas prácticas, para mejorar la eficacia, la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas y ayudar a que los profesionales disminuyan la variabilidad, no justificada, en su práctica y facilitando las mejores decisiones que contribuyan a promover, proteger y ayudar a las madres y familias en lo relativo a la crianza. Estas recomendaciones forman parte de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva presentada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en octubre de 2010 que en la parte de Salud Reproductiva de dicha estrategia establece como objetivo general «Ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad al proceso reproductivo en el Sistema Nacional de Salud, basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las personas usuarias, y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, bebés y familia» donde además se tratan como aspectos transversales necesarios para completar una atención de calidad, la formación de los profesionales, la participación de las mujeres, la coordinación institucional y la investigación, innovación y buenas prácticas³³.

Para la evaluación de la calidad de ésta GPC, se han tenido en cuenta los criterios del instrumento AGREE, la herramienta más aceptada internacionalmente.



Objetivos

General

Incrementar la tasa de inicio y mantenimiento de la LM promoviendo, protegiendo y dando apoyo a la LM desde el ámbito de Atención Primaria y Especializada.

Específicos

- Establecer recomendaciones estandarizadas y basadas en la evidencia, que tengan por objeto la promoción, protección y apoyo a la lactancia en ambos niveles asistenciales.
- Favorecer el acceso de las embarazadas a los servicios de salud.
- Informar y capacitar a las embarazadas en torno a la lactancia materna para que de esta forma puedan tomar una decisión informada en lo relativo a la alimentación del lactante.
- Adecuar las prácticas sanitarias a las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia e Iniciativa Centros de Salud Amigos de los niños.
- Mejorar los canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Facilitar desde el hospital la accesibilidad de las familias a los Centros de Salud de manera ágil, sobre todo ante situaciones de riesgo o lactancia materna ineficaz.
- Mejorar la calidad de la atención percibida tanto de los Profesionales como de las familias.



Evidencia científica

Las pruebas que apoyan las intervenciones de esta guía proceden del conocimiento disponible actualmente. Los estudios en lactancia materna tienen una limitación ética lo que hace que apenas puedan diseñarse ensayos clínicos para evaluar el efecto de la misma. Se entiende que no es ético aleatorizar a los niños y sus madres para que unos se amamanten y otros no. Esto hace que en algunas de las acciones que se recomienda la calidad de la evidencia no sea la mejor ni tampoco tenga la mayor fuerza de recomendación, pero hoy por hoy no puede ser de otra manera. Aun así algunos autores han encontrado soluciones muy ingeniosas para evitar el problema de la aleatorización de madres y otros, en niños que están ingresados y que no tienen leche de su madre aleatorizan para que reciban fórmula o leche humana donada, así que cada vez, a pesar de las limitaciones, se dispone de mejores pruebas del riesgo que supone no amamantar.

Métodos para analizar la evidencia

La calidad de la evidencia para cada estándar se ha definido utilizando el modelo desarrollado por la *U.S. Preventive Services Task Force*³⁴, otorgada en otras guías o revisiones. 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.

Los criterios de evaluación para analizar el tipo de evidencia propuestos por la *International Lactation Consultant Association - Professional Association*. (*Asociación Internacional de Consultores de Lactancia-Asociación Profesional*) son:

- 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.
- ✓ Las referencias bibliográficas específicas para cada intervención aparecen en el documento, entre paréntesis y en rojo, junto con los criterios de evidencia o la fuerza de la recomendación.

Métodos de revisión

Todos las guías fueron revisadas por el equipo que ha elaborado esta guía individualmente primero por cada uno de los miembros del grupo de trabajo y el resultado final es fruto del consenso. Para la evaluación de las guías seleccionadas se utilizó los criterios de instrumento AGREE.

Referencias bibliográficas generales

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU) Convención sobre los derechos del niño. Nueva York:ONU; 1989. Disponible en:
http://www.unhchr.ch/spanish/hnm/menu3/b/k2csrc_sp.htm
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en:
http://www.who.int/reproductive-health/docs/lactancia_natural.pdf
3. Bernardo L. Horta ... [et al.]. Evidence on the long-term effects of breastfeeding Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses .Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
4. OMS. Informe de 10 datos sobre la lactancia materna; 2008. Disponible en :
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud; 2007. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en:
http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/kmc_sp.pdf
7. Proyecto de la Unión Europea sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: Plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y control de Riesgos, Luxemburgo; 2004. Disponible en:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
8. Pallás Alonso CR. Promoción de la Lactancia Materna. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (en línea). Actualizado diciembre de 2006. (consultado 30-08-2009). Disponible en PrevInfad/ PAPPS; 2006. Disponible en:
http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm
9. Organización Mundial de la Salud (OMS).Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra; 1981).Disponible en:
<http://www.ihan.es/publicaciones/articulos/NLDP.pdf>.
10. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural: la función especial de los servicios de maternidad.Ginebra; 1989. Disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf>.
11. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia:WHO; 1990. Disponible en: <http://www.unicef.org>
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breastfeeding. Disponible en:
http://www.emro.who.int/CAH/pdf/bf_indicators.pdf
13. IHAN España. Pagina Web de la IHAN en España. Disponible en:
<http://www.ihan.es/index17.asp>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra:WHO;2002. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
15. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. Florencia; 2005. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud;2007. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
17. Acuerdo Colaboración UNICEF y Comunidad de Madrid; 2009. Disponible en:
<http://www.madrid.org>
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención Hospitalaria al Parto. estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias; 2009. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

19. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna *de la teoría a la práctica*. Ed. Panamericana; 2008
20. Aguayo Maldonado J., et al. Lactancia materna en Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla; 2005
21. Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2008. Descargable en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142398954308&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPagina%2FH12O_contenidoFinal
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2007. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud en España 2006. Instituto Nacional de Estadística; 2008. Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/estiloVidaPorcentaje.pdf>
24. Liga de la Leche. Disponible en:
<http://www.lalecheleague.org>
25. Instituto Nacional de la Seguridad Social y Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Orientaciones para la valoración del Riesgo Laboral durante la lactancia natural; 2008
26. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Prácticas Clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud- I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+ CS. Nº 2006/01
27. Lactancia materna. Guía práctica para su manejo. Disponible en:
http://www.encolombia.com/lactancia_guia2.htm
28. OMS. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseñas de la evidencia; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fah/bob-main.htm>
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estándares e Investigaciones; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
30. The Breastfeeding Committee for Canada: Baby- Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide. <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>.
31. Ministerio de Sanidad y Política Social. Implementación de Guías de Práctica Clínica. Manual Metodológico. 2009. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/index.html>
32. Castiñeira Pérez, C; Rico Iturrioz, R.; Como evaluar una GPC. Guías clínicas. 2009. 9 supl. 1:4. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/evaluar.asp>
33. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. SANIDAD 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social Borrador disponible en
<http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/02/Estrategia-Nacional-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-11112009.pdf>
34. Fuerza de la recomendación. Clasificación de la Canadian Task Force <http://www.ctfphc.org/>



Capítulo 1

Atención Prenatal

AUTORES:

Aguilar Ortega Juana M^a *; Aragón Morante Cecilia **; López René Remedios **;
Oliveros López Teresa **; Prados Quemada Soledad **; Rosado López Asunción
; Sánchez Álvaro Azucena **, Gerbeau Bettina*;

* Enfermera. ** Matrona. *** Médico de Familia. **** Consultora Certificada en Lactancia Materna (IBCLC), Monitora grupo de apoyo (LLL)



ÁMBITO DE ACTUACIÓN: GESTACIÓN

PROFESIONALES IMPLICADOS: Directores, Jefaturas, Coordinadores, Responsables, Supervisoras, Matronas, Obstetras, Pediatras, Enfermera/o pediatría, Médicos de familia, Enfermeras/os de familia, Trabajadores sociales, Médicos especialistas y Personal de Enfermería que atienden a gestantes en Centros de Salud de Atención Primaria.

1.1 Introducción

Las estrategias propuestas en esta guía para promover y promocionar la lactancia materna durante el embarazo, se basan en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP), aceptada por todos los miembros de la OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en Mayo de 2002. Así mismo las intervenciones recomendadas, basadas en la evidencia científica, redundan en la mejora de la calidad asistencial que los servicios sanitarios ofrecen a los usuarios.

El control y seguimiento del embarazo, según los Principios de la organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal debe ser multidisciplinario. Es necesaria la participación de profesionales como matronas, pediatras, obstetras, enfermeras, médicos de familia y trabajadores sociales.

En base a estas recomendaciones, los profesionales sanitarios del Área 11 de salud que atienden a la mujer, mostraran interés por fomentar y apoyar la lactancia natural.

Ofrecerán información adecuada y oportuna, respaldada por evidencias científicas, tanto en controles rutinarios como durante el seguimiento del embarazo, estimulando a participar en las decisiones acerca de su cuidado e incluyendo a sus familiares o acompañantes, ya sea en Atención Primaria o Especializada.

Es especialmente importante la captación temprana y el fomento de la lactancia entre las madres jóvenes, primíparas y madres con nivel socio cultural bajo porque son las que precisan más apoyo. La Cartera de Servicios Estandarizados¹, de la Comunidad de Madrid, es un marco idóneo para desarrollar este aspecto en los centros de salud del Área, junto con el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

Todas las intervenciones de promoción de la salud, se harán desde al respeto a los derechos individuales No se discriminará a las mujeres que decidan no amamantar. Algunos temas se pueden discutir con un grupo de madres en una clase prenatal o en una sesión de educación en salud pero hay otros que requieren una atención individualizada como por ejemplo la preparación de fórmulas artificiales.

¹ **Servicios:** 101-Promoción en la Infancia de hábitos Saludable (CBA 1) / 301- Atención a la Mujer Embarazada (CBA 6) / 302- Preparación para el Parto y la Maternidad (CBA 3) / 303- Visita Puerperal (CBA 2 y CBA 5)

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Proporcionar atención, formación e información prenatal a todas las mujeres sobre gestación, parto, puerperio lactancia y crianza, fomentando la participación familiar en estos procesos.

1.2.2 Objetivos Específicos

1.2.2.1 Establecer estrategias para la captación temprana de la gestante al programa de control prenatal, para su mejor desarrollo y control.

1.2.2.2 Coordinar y establecer líneas homogéneas de desarrollo del proceso educativo sobre lactancia natural con las mujeres gestantes, sus familias, y el Equipo de Salud (Atención Primaria y Atención Hospitalaria), para favorecer el autocuidado.



1.3 Plan asistencial

De acuerdo con los objetivos establecidos, se proponen las líneas estratégicas consideradas más efectivas, las intervenciones más factibles en nuestro medio, junto con una indicación de los posibles responsables de las mismas. Se incluyen evidencias y referencias bibliográficas de cada intervención.

OBJETIVO 1.2.2.1 Establecer estrategias para la captación temprana de la gestante al programa de control prenatal, para su mejor desarrollo y control.			
Estrategias	Intervenciones	Responsables recomendados	Evidencia o Fuerza de la recomendación y Referencias ¹
1. Promover la Lactancia Materna tanto, en las revisiones periódicas de la mujer como en las Pregestacionales , sobre todo en grupos de riesgo (padres adolescentes, primíparas, mujeres de nivel socio-económico bajo y gestantes con patología asociada)	1. Aprovechar la comunicación del diagnóstico de embarazo para aproximarnos a las expectativas de la embarazada respecto a la LM y hacer recomendación de la misma.	Médicos de familia.	III (3)
	2. Comprobar y registrar en la historia clínica antecedentes, hábitos, preocupaciones, dudas.	Médicos de familia	III (3)
	3. Derivar a la embarazada a la consulta obstétrica en cuanto se confirme el diagnóstico de embarazo.	Médicos de familia, enfermeras/os de familia.	III (3)
	4. Derivar a la embarazada antes de la 12 semana al programa de control prenatal de su centro de salud.	Médicos de familia.	III (3) III (6)
	5. Aprovechar la exploración de mamas para valorar la oportunidad de comentar con la mujer, la posibilidad futura de LM.	Médicos de familia, enfermeras/o de familia.	III (4) II-3 (7)
2. Registrar en la historia clínica las actividades educativas realizadas con las mujeres y sus familias	1. En cada consulta definir con claridad los temas manejados en cada control.	Cada profesional que realiza la intervención: obstetras, médicos de familia, enfermeras/os de familia y pediatría pediátras, matronas.	III (3)

⁽¹⁾ Evidencia otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

⁽¹⁾ Evidencia otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

	3. Recomendar a la embarazada que evite la extracción antenatal de calostro antes de las 35 semanas de gestación, masajes y la aplicación de cremas y otros productos en la mama durante el embarazo. No desaconsejar el amamantamiento de otro hijo mayor durante un nuevo embarazo excepto, en situaciones de riesgo de parto prematuro. ☛ Estas dos intervenciones se llevarán a cabo durante la atención a la Embarazada en las distintas consultas del programa de control prenatal y en otras que tengan lugar durante este período, relacionadas o no con la gestación.	Obstetra, médico de familia, enfermera de familia y pediatría, pediatra, matrona, médico y enfermeras especialistas.	III (2) III (6)
3. Ofrecer a la madre gestante y su familia refuerzos positivos, verbales y escritos, a la decisión de amamantar y oportunidad de apoyo continuado por parte de los profesionales sanitarios implicados	1. Disponer de mensajes consensuados para ofrecer el refuerzo necesario a la decisión de amamantar, ya sea después de haber recibido formación específica o con hojas de recomendaciones. ☛ Esta intervención se llevará a cabo durante la atención a la embarazada en las distintas consultas y sin olvidar incluir al padre, cuando acuda a las mismas.	Obstetra, médico de familia, enfermera de familia y pediatría, pediatra y matrona, médicos y enfermeras especialistas, trabajadores sociales.	III (7) I (10)
4. Eliminar prácticas no respetuosas con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna	1. No entregar a las usuarias del sistema de salud, material de promoción de marcas comerciales. Eliminar publicidad directa o indirecta en todos los espacios de espera y consulta.	Direcciones, coordinadores, responsables, obstetras, médicos de familia, enfermería de familia y pediatría, matronas, especialistas, trabajadores sociales.	III (6) I, III (7)
5. Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo	1. Entregar a las gestantes copia de la H^aC^a y pedirles que guarden este documento para que esté disponible siempre que se necesite en la atención que reciban en los distintos Servicios y/o Centro de Salud.	Obstetra, médico de familia, enfermera de familia y pediatría, pediatra y matrona.	II-3 (7) III (3)
6. Brindar orientación a las gestante y sus familias, sobre derechos de la infancia y derechos reproductivos, incluyendo legislación laboral sobre gestación y puerperio, permisos por maternidad, paternidad y lactancia	1. Entregar la información disponible. (Ver Anexo 5.3) ☛ Esta intervención se llevará a cabo durante las consultas programadas o a demanda de la mujer gestante.	Obstetra, médico de familia, enfermera de familia y pediatría, pediatra y matrona, trabajador social.	III (9)

7. Facilitar la participación y el apoyo del padre o de una persona significativa para la mujer en los procesos de gestación, parto y puerperio	1. Proponer , sin restricciones, la entrada del padre o acompañante durante la atención a la embarazada en las distintas consultas.	Obstetras, médicos de familia, enfermeras de familia y pediatría, pediatra y matronas, médico y enfermeras especialista.	II-2, II-3, I (7) III, II-1, II-3, III, (2)
8. Aportar información sobre grupos locales de ayuda madre a madre y consultores en lactancia	1. Entregar la información disponible. ➤ Esta intervención se llevará a cabo durante la atención individual o grupal a la embarazada.	Médicos de familia, enfermeras de familia y pediatría pediatra y matronas, trabajadores sociales.	I (4) II-2 (2)



1.4 Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_itycf.pdf
2. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna. Pediatría Atención Primaria Área 09 -H. Dr. Peset Valencia.
www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm
3. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth* 2001; 28: 202-207.
4. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Breastfeeding best practice guidelines for nurses. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2003 Sep. [175 references] y Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) y Breastfeeding best practice guidelines for nurses: supplement. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2007 Mar. 15 p. [49 references]
5. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence. Mosby-Elsevier, 2007.
6. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004.
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_l8_en.htm)
7. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding June 2005
INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION.
8. Hernández MT, Aguayo J y Comité de Lactancia de la AEP. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr.* 2005; 63: 340-356. (#) 12. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human.
9. Pallás Alonso, CR. Promoción de la lactancia materna. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado diciembre de 2006. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm
10. Pallás Alonso, CR. Prevención prenatal. Visita prenatal. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2005. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prenatal.htm>
11. Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado julio de 2007. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>



1.5 ANEXOS

1.5.1 Plan de formación a madres gestantes.

1.5.2 Información a usuarios sobre apoyo sanitario al nacimiento y la lactancia.

1.5.3 Información a usuarios sobre Gestiones Paternidad-Maternidad 2010.

Anexo 1.5.1

Plan de formación a madres gestantes.



Atención Primaria Área 11

Comunidad de Madrid



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

Información y Educación en Lactancia Natural a Gestantes (Documento Matronas)

1. Introducción

Las matronas proporcionan a los padres información completa y actualizada de los beneficios y técnicas del amamantamiento. Para ello se realizan cursos teórico-prácticos individuales y grupales, de forma estructurada y con una duración mínima de tres o cuatro horas.

Las matronas deben de estar formadas en lactancia materna y habilidades de comunicación como la empatía y la escucha activa, trabajando el área cognitiva, descriptiva y psicomotriz.

La Educación Maternal tiene como objetivos:

- **Informar**
- **Reforzar**
- **Apoyar**

La matrona ofrecerá a la mujer y su familia herramientas para que sea capaz de **clasificar** la información que recibe sobre la maternidad y la crianza, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de su entorno, (internet, familia, medios de comunicación...) de modo que ella sea la artífice de una decisión responsable e informada, adaptada a sus circunstancias y contexto personal.

La matrona **ofrecerá refuerzos verbales positivos**, incluso cuando su decisión parezca no corresponder con los modelos ideales y dando ideas prácticas para iniciar y mantener la lactancia por el tiempo que las madres y sus hijos deseen. La información que se proporciona a los padres debe ser realista y desdramatizadora insistiendo en que la crianza es un aprendizaje amplio y continuo que requiere tiempo, práctica y apoyo. Durante este periodo de tiempo, el aprendizaje teórico durante la gestación, puede ayudar a reconocer los ritmos y necesidades del niño y la práctica facilitará la adquisición de habilidades.

2. Información a Nivel Individual

La información a nivel individual se realiza durante toda la gestación y desde distintos ámbitos:

- En la consulta prenatal (captación)
- Visitas sucesivas
- Visitas puerperales

1. En la consulta prenatal. Suele realizarse antes de la semana 12.

Según algunos estudios, la mayoría de las mujeres ya tienen decidido la forma de alimentar a sus hijos. La valoración a realizar es:

- Anamnesis. (Intención de lactar).
- Observación de las mamas (cambios).
- Valoración de la autoconfianza (miedos, mitos, dudas, experiencias anteriores etc...).
- Valoración de recursos y apoyos familiares y sociales.

Actuación:

- Refuerzos positivos.
- Recomendar lactancia natural.
- Información pertinente.
- Derivación al Programa de Educación Maternal
- Ofrecer recursos y apoyo.

2. En visitas sucesivas

- Ofrecer refuerzos positivos.
- Observar cambios en la morfología de la mama.
 - o Hiperpigmentación areola.
 - o Glándulas de Montgomery.
 - o Secreción de calostro.
- Recomendaciones
 - o Ducha diaria.
 - o Utilizar fibras naturales en contacto con la piel.
 - o Se aconsejará evitar tratamiento antenatal de los pezones.
 - o No expresión de calostro ni masaje de pezón.
 - o No aplicación de cremas.
- Escuchar dudas y miedos y ofrecer información y apoyo.

3. En las visitas puerperales

- Consulta a demanda
- Consulta telefónica
- Consulta programada

En estas consultas valorar:

- Percepción y sentimientos maternos.
- Tomas:
 - * Frecuencia, duración, posición, enganche, transferencia.
 - * Observación de la toma.
- Estado de la mama
- Dolor: Pueden aparecer pequeñas molestias al inicio de cada toma.
Dolor producido por posición incorrecta o agarre inadecuado.
Si el dolor persiste, evaluar y considerar otras causas.
- Congestión mamaria (ingurgitación, puede ocurrir entre las 48-72 horas después del parto).
 - * La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda.
 - * Se pueden utilizar:
 - frío local (entre tomas),
 - analgésicos y antiinflamatorios.
 - calor local antes de la toma.
 - * Extracción: manual o con sacaleches.

- Curva ponderal con los estándares de la OMS para lactantes amamantados
- Eliminación del niño: número de deposiciones y micciones.
- Recursos de apoyo social y comunitario.

3. Información a Nivel Grupal

Invitar a padres, familiares o personas significativas para las mujeres a participar en las sesiones.

Se realiza:

- Antes del tercer trimestre de gestación.
- En los cursos de Educación Maternal a partir del sexto o séptimo mes.

3.1 Información teórico práctica antes del tercer trimestre

- Cambios en la morfología de la mama
 - o Hiperpigmentación areola
 - o Glándulas de Montgomery
 - o Secreción de calostro
- Hábitos higiénicos
 - o Ducha diaria
 - o Utilizar fibras naturales en contacto con la piel
 - o Se aconseja evitar tratamientos antenatales de los pezones
 - o No expresión de calostro ni masaje de pezón
 - o No aplicación de cremas

3.2 Información en los cursos de Educación Maternal

Los padres recibirán información teórica-práctica con soporte audiovisual sobre:

- Inicio de la lactancia (piel con piel inmediatamente después de nacer, autoenganche, vínculo)
- Fisiología de la mama
- Influencia hormonal
- Secreción láctea, Reflejo de eyección y succión
- Composición de la leche (calostro, leche intermedia, leche madura)
- Cambio gradual durante la toma desde la leche inicial a la final
- Demanda y vaciado
- Prevención problemas en la mama
 - Grietas Pezones
 - Ingurgitación mamaria
 - Mastitis
- Vaciado
 - Manual y mecánico (extractores)
- Técnica de colocación (Material didáctico disponible)
Una colocación adecuada favorece:
 - Postura materna cómoda
 - Succión adecuada
 - Vaciamiento
 - Previene aparición de grietas
- Fármacos y lactancia
- Anticoncepción y lactancia

- Beneficios y ventajas de la lactancia materna para la madre y el niño, y riesgos de los sucedáneos de leche materna
- Para la madre:
 - Involución uterina
 - Protección cáncer de mama y ovario
 - Protección frente a la osteoporosis
 - Gratificación emocional
 - Economicos etc.
 - Mejor proceso de Vinculación
- Para el bebe:
 - Mejor Apego
 - Digestibilidad
 - Ayuda al sistema inmunitario
 - Prevención de enfermedades infecciosas, autoinmunes, tumorales, etc.
- Alimentación
 - Dieta variada y equilibrada.
 - Hidratación.
 - Suplementos vitamínicos a la madre en el periodo de lactancia.

4. Información en Grupo Puerperal

Reforzar los conceptos aprendidos en el periodo prenatal haciendo hincapié en anticipar pautas que puedan interferir en el mantenimiento de la lactancia materna

- Las sesiones educativas post-natales se realizan en grupos abiertos o cerrados.
- Se proporciona lugar de encuentro en el que realizar talleres de lactancia con otras madres que ya han tenido esa experiencia y suelen ser los mejores agentes de salud.
- Incluimos a la pareja y familia en las actividades educativas.
- Reforzamos los conocimientos aprendidos en clases participativas.
- Se apoyan con material audiovisual.
- Se entrega material escrito.
- Deshacemos mitos y malentendidos.
- Ayudamos a los padres a establecer expectativas realistas.
- Proporcionamos apoyo a continuar con la lactancia tras la incorporación al mercado laboral.
- Se pone en contacto a las madres con algún grupo de apoyo local, facilitando direcciones y otros recursos.
- NO ESTA PERMITIDA la publicidad y distribución gratuita de sucedáneos para los lactantes.

Anexo 1.5.2

Información a usuarios sobre apoyo sanitario al nacimiento y la lactancia.



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

comité de Lactancia Materna
del Área 11 de Salud

La lactancia es el mejor camino para ayudar a tu hijo/a

**Conocemos los beneficios para tu salud y la de tu hijo/a.
Por eso queremos apoyarte en tu decisión de amamantar**

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

- La leche materna es el **mejor alimento** que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido y contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida. **Protege al niño** frente a muchas enfermedades tales como catarrros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante, **mientras el bebé está siendo amamantado**; pero también **le protege de enfermedades futuras** como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio **en la edad adulta** y favorece el desarrollo intelectual.
- Los **beneficios** de la lactancia materna también se extienden a la **madre**. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto, también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos.
- Además, la leche materna es un alimento **ecológico** puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Y también es **económica** para la familia, pues puede ahorrar cerca de 600 € en alimentación en un año.
- Por todo ello, la OMS, la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA y los profesionales sanitarios recomendamos alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses** de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- Durante el embarazo, podrás comentar tus ideas sobre el amamantamiento y el cuidado de tu hijo. Durante el tercer trimestre te informaremos más ampliamente de este tema. **Aquí te adelantamos algunos aspectos de cómo te proponemos que sea:**
- Tras el parto **te facilitaremos tener a tu hijo/a piel con piel** lo antes posible y durante todo el tiempo que desees.

- **Casi todos los bebés maman durante la primera hora de vida si se les deja tranquilos y se favorece el contacto directo con su madre.** El profesional sanitario que te atienda te ayudará en esta primera toma, si lo precisas.
 - Si hay problemas que obliguen a separarte de tu hijo/a, se puede extraer la leche de forma manual o con sacaleches en las primeras 6 horas tras el parto, para alimentarle.
- ✚ **La mayoría de los bebés no precisan otro alimento que la leche de su madre en los primeros 6 meses de vida.** Si por alguna razón tu bebé necesita otro alimento en estos meses, el médico te explicará las razones para hacerlo.
- ✚ **Os recomendamos que estéis lo más cerca posibles de vuestro hijo/a** para facilitar su alimentación y crianza. Te proporcionaremos información sobre el “colecho” y la seguridad de tu hijo/a. **Durante el ingreso hospitalario, se intentará que permanezcáis siempre juntos.**
- **Limitar las visitas en el hospital te permitirá** estar más tranquila y que puedas **dedicar más tiempo a amamantar a tu hijo.** Esto es clave para el éxito de la lactancia.
- ✚ Para ayudar al desarrollo del cerebro del recién nacido, **la madre debe tomar un complemento vitamínico con YODO (de 250 a 300 microgramos al día) durante TODA la lactancia materna.**
- ✚ **Te animamos a que le ofrezcas el pecho tantas veces y tanto tiempo como tu bebe desee,** así te aseguras que está recibiendo suficiente alimento. Aliméntale en cualquier sitio que lo pida o cuando percibas movimientos de lengua, muecas o chupeteo de la mano pues indican que está preparado para ser amamantado; no esperes a que llore para ofrecerle el pecho. Te informaremos sobre cómo amamantar de noche y cómo almacenar la leche al regresar al trabajo o cuando sea imprescindible separarse del niño/a.
- ✚ **Recomendamos no usar chupetes, pezoneras o biberón durante las primeras semanas de vida.** Espera hasta que el niño mame fácilmente del pecho y tengas establecida la producción de leche.
- ✚ Te indicaremos como introducir otros alimentos complementarios tras la toma de pecho, a partir de los 6 meses de vida.
- ✚ Te facilitaremos una lista de contactos de Grupos de Ayuda a la Lactancia Madre a Madre por si necesitas ayuda extra. Puedes contactar también durante el embarazo si lo deseas.
- ✚ Si quieres más información puedes consultar en la página web de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>.

ANEXO 1.5.3

Información sobre Gestiones Paternidad - Maternidad 2010

1. Inscripción en el REGISTRO CIVIL.

En Madrid: c/ Pradillo 66. Metro: Alfonso XIII

- * Plazo de Inscripción: Desde las 24 horas del nacimiento hasta los 8 días (hay excepciones).
- * Si los progenitores no están casados, deberá acudir la pareja y llevar:
 - Informe del parto.
 - DNI original del que presenta la documentación.
 - Fotocopia del DNI de la madre y padre para comprobar datos.

2. Con el Informe del PARTO y TARJETA SANITARIA...

Ir al Centro de Salud, previa cita con el médico, para baja de maternidad.

Si ha estado con una baja laboral, el médico cambia la baja laboral por la de maternidad (La baja de maternidad son 16 semanas o 112 días parto único. Parto doble, 18 semanas. No hay que recoger partes)

Del informe de maternidad, os darán varias copias: para el trabajador, para la Empresa y para la Seguridad Social.

3. INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

Solicitud de prestación de la baja maternal e inscripción del niño como beneficiario de la Seguridad Social (SS).

Tf. Información INSS: 900 16 65 65

Web: <http://www.seg-social.es>

Llevar:

- Informe de maternidad.
- Original y fotocopia del DNI
- Original y fotocopia Libro de Familia
- Cartilla afiliación a la Seguridad Social donde se vaya a incluir al recién nacido como beneficiario (original y fotocopia). No sirve la tarjeta sanitaria. Si no se encuentra, pedir un duplicado en Tesorería. Tf. 901. 50 20 50
- Nómina del mes anterior al del parto.
- Te darán impresos para rellenar (para la empresa y para el bebé)

4. CENTRO DE SALUD para solicitar TARJETA SANITARIA del bebé y ASIGNACIÓN de PEDIATRA.

Llevar:

- Libro de Familia.
- Cartulina que han dado en el INSS
- Tarjeta Sanitaria del Titular.

Si durante la baja maternal hubiera que hospitalizar al bebé durante más de 7 días, se interrumpe el período de descanso y se puede alargar la baja por el tiempo que haya estado hospitalizado (máximo de 13 semanas). Para ello la madre tendría que solicitar a la SS la interrupción del período de descanso, aportando un certificado del hospital en el que se acredite la hospitalización del niño. En su caso, llamar a la SS para solicitar detalles sobre cómo debe realizarse dicho trámite.

La legislación actual establece que las trabajadoras, por lactancia de un hijo menor de nueve meses, tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, pudiendo dividirla en dos fracciones. Por voluntad propia, este derecho puede ser sustituido por una reducción de su jornada de media hora o ACUMULARLO en JORNADAS COMPLETAS en los términos previstos EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA o en el ACUERDO a que llegue con el EMPRESARIO.

Puedes disfrutar de 16 semanas de permiso de maternidad retribuidas, siempre que hayas cotizado al menos 180 días en los cinco años anteriores. Si el parto es gemelar, tienes derecho a 18 semanas, si tienes trillizos a 20 semanas, etc.

Es obligatorio disfrutar de las 6 semanas del parto. Las otras 10 semanas se pueden compartir con el padre de manera alternativa y simultánea, si ambos trabajan. También se puede disfrutar de este derecho a tiempo parcial, incorporándose al trabajo durante las horas que el trabajador decida. Si el bebé es prematuro o necesita ser hospitalizado después del parto, se puede decidir si se disfruta de la baja por maternidad a partir del alta hospitalaria del bebé, salvo las 6 semanas obligatorias después del parto. El trabajador elige cuando empieza a disfrutar de este descanso y cuando se respete el periodo mínimo de 6 semanas después del parto.

- Otras páginas web:
 - Ministerio de Justicia. Trámites: <http://www.mjusticia.es>
 - Hacienda: <http://www.aeat.es>

Capítulo 2

Parto y Puerperio Inmediato

AUTORES:

Aguilar Ortega, Juana M^a*; Álvarez Barrientos, Eva*; Alba Romero, Concepción de***; Belda Hofheinz, Silvia***; Cobos Hinojal, Dolores*; García Pagán, Remedios*; Gerbeau, Bettina*****; Jardón Huete, Clara**; Labajos Vicente, Jacinta*****; Lucas Martínez, Concepción**; Magaz Pilar, Patricia****; Montañez Quero, M^a Dolores***; Olmos Díaz, Ana Isabel*; Palomino Sánchez, Laura****; Pérez Grande, M^a Carmen***; Pose Becerra, Clotilde*; Rasero Barragán, Josefa*****; Rincón Parra, Cristina*; Trenado Dean, Rosario****; Yustas Luengo, Ana**.

* Enfermera. ** Matrona. *** Médico. **** Auxiliar de Enfermería. ***** IBCLC, Monitora grupo de apoyo (LLL).



ÁMBITO DE ACTUACIÓN: PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

PROFESIONALES IMPLICADOS: Directores, Jefaturas, Coordinadores, Responsables, Supervisores, Matronas, Obstetras, Neonatólogos, Pediatras, Enfermeras/os, Auxiliares de enfermería, Trabajadores sociales, Médicos especialistas y Personal de Enfermería que atienden a puerperas, madres lactantes y niños lactantes.

2.1 Introducción

Las prácticas hospitalarias de atención al parto y la lactancia deben cumplir los estándares de calidad actualmente establecidos por el Ministerio de Sanidad y Política social, las directivas de la Consejería de Sanidad y la IHAN. El fin de estos cuidados es garantizar el derecho de madres e hijos a permanecer juntos siempre que sea posible y ser respetuosos con el modelo de crianza elegido.

Es necesario que la atención ofrecida por los distintos servicios y profesionales que atienden a madres y a sus hijos sea coordinada y los mensajes coherentes y no contradictorios.

Asimismo se debe garantizar que tanto la enfermedad del niño como la de la madre no sea obstáculo para que la lactancia materna se suspenda. En la política de apoyo, ayuda y promoción de la lactancia materna, del Hospital 12 de Octubre y los centros de Salud adscritos de la Dirección Asistencial Centro de la Comunidad de Madrid se tiene en cuenta la necesidad de ayudar a las madres ingresadas y a los lactantes ingresados.

La promoción de la lactancia que se inicia durante la gestación en los centros de Atención Primaria debe tener continuidad durante la asistencia hospitalaria, haciéndose necesario el establecimiento de canales de comunicación al ingreso y al alta que garanticen dicha continuidad durante el parto y el puerperio.

2.2 Objetivos

2.2.1 General

Favorecer y apoyar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna desde el parto y durante el ingreso de madre e hijo, facilitando la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria y sistematizando las estrategias e intervenciones.

2.2.2 Específicos

2.2.2.1 Establecer intervenciones que promuevan la lactancia materna durante el ingreso en el Servicio de Expectantes y Paritorio garantizando la participación activa de la madre y su familia en el proceso y respetando la decisión informada sobre el tipo de alimentación que desean dar a su hijo.

2.2.2.2 Establecer intervenciones de ayuda a las madres que desean lactar durante el ingreso en las Unidades de Obstetricia garantizando que al alta hospitalaria la madre dispone de información práctica y oportuna sobre lactancia y extracción y conservación de la leche en caso necesario.

2.2.2.3 Establecer las intervenciones oportunas para apoyar y ayudar a madres lactantes y a sus hijos en caso de separación durante un ingreso hospitalario.

2.3 Plan asistencial

De acuerdo con los objetivos establecidos, se proponen las líneas estratégicas consideradas más efectivas, las intervenciones más factibles en nuestro medio, junto con una indicación de los posibles responsables de las mismas. Se incluyen evidencias y referencias bibliográficas de cada intervención.

OBJETIVO 2.2.2.1 Establecer intervenciones que promuevan la lactancia materna durante el ingreso en el Servicio de Expectantes y Paritorio garantizando la participación activa de la madre y su familia en el proceso y respetando la decisión informada sobre el tipo de alimentación que desean dar a su hijo. Ámbito de actuación: Servicio de Expectantes y Paritorio			
Estrategias	Intervenciones	Responsables Recomendados	Evidencia o Fuerza Recomendación y Referencia ¹
1. Formar a los profesionales de la salud implicados en la atención a madres y a recién nacidos en lactancia natural. Difundir las recomendaciones basadas en buenas prácticas .	1. Difusión de la diferente documentación disponible. 2. Desarrollo del Programa de Formación Continuada en Lactancia Materna para los profesionales.	Direcciones médicas Dirección de enfermería , coordinadores médicos, responsables de enfermería, coordinadores de lactancia.	III (6)
2. Atender de manera óptima el parto , considerando a la madre y su hijo como una unidad integral durante el embarazo, el nacimiento y la primera infancia	1. Adoptar los 10 pasos de la iniciativa internacional al parto madre/hijo para la optimización del Servicio de maternidad.	Gerencia, responsables, personal sanitario.	III (4), (6), (9) II-3 (4) II-2 (2)
3. Promover la lactancia materna informando a los usuarios de la norma hospitalaria vigente	1. Aprovechar la información general que se da a la familia a su ingreso en el área hospitalaria , tanto embarazo normal como patológico, aunque no sea parto inmediato. 2. Aprovechar la información general para aproximarnos a las expectativas de la embarazada respecto a la LM y hacer recomendaciones 3. Dar la información y apoyo emocional individualizado a la gestante con atención a la multiculturalidad (motivo de ingreso, cultura, religión) 4. Comprobar y registrar en la historia clínica antecedentes, hábitos, preocupaciones y dudas en relación con la lactancia).	Ginecólogos, matronas, neonatólogos, enfermería, consultores de lactancia.	III (4)

^(1,2) Evidencia otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

4. Identificar factores de riesgo materno/fetales que pueden afectar a la LM	1. Identificar: - Situaciones que contraindiquen la LM definitivamente (VIH, consumo de drogas, inicio de tratamientos con quimioterapia tras el parto) o de forma transitoria (lesiones herpéticas en pezón), otras. - Situaciones que dificulten la lactancia: parto prematuro, múltiple, diagnóstico intraútero de malformaciones cráneo-faciales, neuro-musculares, etc.) 2. Información sobre los riesgos de no dar LM en casos de falta de decisión sobre el tipo de alimentación o no deseo de iniciar lactancia materna.	Matronas, Obstetras.	II-1 (12) III (5) III (13)
5. Identificar la medicación utilizada durante el ingreso (antes, durante y después del parto) que pueda influir en la lactancia	1. Revisión de medicación intraparto que pueda influir en la lactancia. Consultar www.e-lactancia.org	Ginecólogos, Pediatras y anestesiastas	III (7), (13) I (10)
6. Informar de forma rápida, eficaz y oportuna sobre la posibilidad de lactar tras el parto aunque éste sea de riesgo y, los beneficios del contacto precoz piel con piel.	1. Preguntar sobre la alimentación elegida por los padres e informar a los padres sobre la importancia del amamantamiento más aun en las situaciones de riesgo para el niño junto con la información sobre el estado del niño y las expectativas de parto. 2. Ofrecer, según el estado de la madre, información escrita sobre beneficios de LM y métodos de extracción si lo requieren. 3. Se explicarán los beneficios del contacto piel con piel. 4. Recomendado: registrar en la historia clínica las actividades educativas realizadas.	Obstétricas, matronas, enfermeras, pediatras	II-3 (14) III (7) I (10)
7. Ofrecer a la madre y a su familia refuerzos positivos, verbales y escritos, a la decisión de amamantar y apoyo continuado por parte de los profesionales sanitarios implicados.	1. Resolver dudas sobre lactancia: durante el pase de visita establecer diálogo con la paciente. 2. Entregar folleto informativo al ingreso en expectantes. 3. Colocar carteles informativos en las habitaciones de expectantes. Registrar en la historia clínica las actividades educativas realizadas.	Obstétricas, matronas, enfermeras, pediatras	I (15), (16)

8. Valorar información recibida por la madre en su centro de salud sobre métodos de control del dolor en el parto, beneficios de la leche materna y beneficios del contacto piel a piel con el recién nacido tras el parto vaginal o cesárea	1. Valorar los conocimientos junto con el resto de la intervención y complementarlos si se precisa, para facilitar las actividades descritas. 2. Facilitar información por escrito si lo desean (PCP y control dolor), si el estado clínico de la madre lo permite. ➤ Esta intervención se llevará a cabo en la sala de paritorio, si el estado clínico de la madre y el niño lo permiten.	Matronas, ginecólogos	II-3 (14)
9. Tras el nacimiento, se facilitará el contacto piel con piel y el amamantamiento tan pronto como sea posible en las dos primeras horas de vida	1. 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 (anexo 1) 2. Advertir a la madre de cuales son las señales de hambre que presenta el niño desde la primera toma en paritorio (búsqueda, chupeteo manos, movimientos de lengua). 3. Observación de la primera toma. 4. Retrasar cuidados rutinarios del niño hasta al menos las dos primeras horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma. 5. Intentar que aunque el niño requiera ingreso o asistencia médica al nacer, sea visto y tocado por la madre tanto en la sala de parto como en el quirófano. 6. Realizar PcP madre/hijo/a desde el quirófano en las cesáreas de bajo riesgo con acompañamiento (anexo 5.2). 7. Facilitar el contacto PcP lo antes posible de niños sanos que por razones médicas maternas no puedan cohabitar con sus madres así como el amamantamiento si la madre lo desea y no hay contraindicaciones médicas (anexo 5.3).	Coordinadores, responsables médicos, de enfermería y matronas	I (17) A (38)

10. Crear un ambiente propicio e íntimo para facilitar la transición del niño a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y la LM	1. Reducir estímulos táctiles, visuales y auditivos sobre el recién nacido . 2. Crear un ambiente de tranquilidad alrededor de la familia que facilite la intimidad.	Matronas, enfermeras neonatales y resto del personal que presencie el parto.	II (18)
OBJETIVO 2.2.2.2 Establecer intervenciones de ayuda a las madres que desean lactar durante el ingreso en el Servicio de Obstetricia garantizando que al alta hospitalaria la madre dispone de información práctica y oportuna sobre lactancia y extracción y conservación de la leche en caso necesario. Ámbito de actuación: Plantas de Maternidad			
Estrategias	Intervenciones	Responsables Recomendados	Evidencia o Fuerza Recomendación y Referencia ¹
1. Todas las madres recibirán ayuda en lactancia siempre que la precisen, independientemente del área donde se encuentren.	1. Difusión de la diferente documentación disponible. 2. Desarrollo del Programa de Formación Continuada en Lactancia Materna para los profesionales.	Direcciones y subdirecciones médicas y de enfermería, Coordinadores médicos, responsables de enfermería, coordinadores de lactancia.	III (6)
2. Eliminar prácticas contrarias al código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.	1. No entregar a las usuarias del sistema de salud, material de promoción de marcas comerciales. 2. Eliminar publicidad directa o indirecta en todos los espacios de espera y consulta.	Direcciones y subdirecciones médicas y de enfermería	III (4),(6),(9) II-3 (4) II-2 (2)
3. Reforzar en la planta la información oportuna a los padres sobre: - <i>Lactancia materna</i> - <i>Piel con Piel</i> - <i>Extracción manual</i>	- Información individual y grupal reforzada con folleto informativo y carteles informativos en planta de maternidad. - Registrar en la historia clínica las actividades educativas realizadas. ➔ Esta intervención se llevará a cabo a la llegada de los padres a las plantas de maternidad y durante el ingreso.	Enfermería	II-2 (19)
4. Facilitar, en los primeros días de vida, una posición cómoda y eficaz al pecho. <i>(Una técnica adecuada prolonga la duración de la lactancia).</i>	1. Observar la postura de la madre y del niño durante el amamantamiento: - <i>boca abierta, labios evertidos, barbilla y nariz tocando el pecho, engancho asimétrico.</i> 2. Evaluar y corregir la posición si fuera necesario para prevenir problemas de lactancia: <i>grietas, ingurgitación, hipogalactia.</i> - <i>Las enfermeras de la maternidad observarán la primera toma en planta, antes de las 6 horas de vida y posteriormente una vez por turno hasta el alta.</i>	Enfermería, médicos y consultoras en lactancia.	III (6), (7) I (7)

⁽¹⁾ Evidencia otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

	3. Comprobar la transferencia de leche: <i>- frecuencia de las tomas, número de pañales mojados, número y características de las deposiciones, deglución audible, manos relajadas.</i> <i>- En la madre: somnolencia, relax, contracciones uterinas, goteo del otro pecho.</i>		
5. Asegurar el alojamiento conjunto madre-hijo durante su estancia en la maternidad, junto con el acompañante si lo desea	1. Facilitar con las medidas disponibles su estancia en el hospital y adaptar las rutinas hospitalarias de manera que no se separe al niño/a de su madre o del acompañante.	Médicos y enfermeras	II-2 (20), (21) II-3 (22)
6. Enseñar a las madres a reconocer y responder a las señales precoces de hambre y animarla al amamantamiento frecuente sin restricciones (al menos 8 veces al día).	1. Enseñar señales precoces: movimientos y sonidos de succión, movimientos de manos, ojos abiertos, sonidos suaves, estado de alerta. <i>El llanto es una señal tardía de hambre e interfiere con la lactancia efectiva</i> 2. Mostrar a los progenitores conocerán las ventajas del amamantamiento sin restricciones: - Prevención de la congestión mamaria patológica. - Disminución del riesgo de hipogalactia - Disminución incidencia de ictericia. - Estabilización de los niveles de glucemia. - Disminución de la pérdida ponderal inicial en el lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal. - Ayuda a la instauración precoz de producción de leche materna madura (lactogénesis). - Aumenta la duración de la lactancia materna. ✎ Esta intervención se llevará a cabo durante la atención individual y grupal en los talleres de lactancia para usuarios.	Pediatras, obstetras, enfermeras, consultoras en lactancia	II-2 (23), (24) I (25)
7. Enseñar la extracción manual de leche materna a las todas las madres para que puedan	1. Indicar extracción manual de calostro para iniciar suplementos si se precisa: <i>si el bebe no mama adecuadamente, existe separación madre/hijo o problemas maternos en las</i>	Enfermería maternidad	II-2 (26) III (27)

utilizarla en caso de necesidad.	primeras 12 horas. 2. Retener el alta hasta solventar el problema. 3. Explicar a la madre el uso de sacaleches para estimulación láctea en el caso de ingreso del niño. Se aconsejará su uso cada 3 horas con descanso nocturno máximo de 5 horas, facilitando el sacaleches en la habitación de la madre si está enferma o durante las primeras noches.	Neonatólogos y obstetras Enfermería maternidad	
8. No proporcionar chupetes ni tetinas a los neonatos durante el ingreso y se avisará a los padres de su interferencia con la lactancia	1. Desaconsejar el uso de chupetes y tetinas en el lactante amamantado, especialmente en las primeras 6 semanas de vida.	Pediatra, enfermería, consultores de lactancia.	II-3 (28) I (29)
9. Evitar los suplementos (suero, agua o fórmula) excepto cuando estén médicamente indicados <i>Proteger la producción de leche mediante extracción manual o con sacaleches si es necesario.</i>	1. No ofrecer suplementos profilácticamente. <u>Requisitos</u> para suplementar (anexo 7): - Evaluación de la toma. - Información a los padres de los inconvenientes. - Orden médica (contenido, volumen y forma de administración) - Consentimiento verbal de los padres. 2. Utilizar métodos de suplementación que no comprometan la transición al pecho y: - Utilizar el calostro o la leche de la madre como primera opción. - Facilitar la extracción de leche a fin de mantener el estímulo para aumentar la producción de leche. - Explicar a la madre los beneficios de cualquier cantidad de leche materna. 3. Registrar en Historia Clínica, cuando se proporciona el suplemento y la indicación.	Pediatras, enfermería, consultores de lactancia.	I (29) II-2 (30)
10. Detectar los principales signos de amamantamiento ineficaz e intentar corregirlos (anexo 5.4)	1. Reevaluar las técnicas de amamantamiento, estimular la extracción e ingesta de cualquier cantidad de calostro. 2. Mantener la producción de leche con extracción manual o sacaleches. 3. Valorar posponer el alta mientras no se observe alimentación eficaz.	Pediatras, enfermería, consultoras en lactancia.	I (31) II-1 (32)

	4. Remitir a la madre y al bebé a un profesional con experiencia en lactancia materna (consultoras en lactancia) si hay signos de amamantamiento ineficaz.		
11. Identificar factores de riesgo en la madre y el niño para ofrecer ayuda directa y sistemática durante su ingreso y al alta	1. Los profesionales conocerán e informarán a la madre de que la mayoría de los problemas que aparecen durante la lactancia o al inicio de la misma son superables y no deben suponer el abandono del amamantamiento. Factores de riesgo: <u>Maternales</u> - Mala experiencia previa. - Pezón plano o invertido. - Anomalía en la anatomía del pecho o cirugías previas. - Ingurgitación importante. - Grietas o dolor al mamar. - Complicaciones en el parto (fiebre, retención, placentaria...). - Obesidad o diabetes. - Parto intervenido (cesárea, fórceps, separación madre-hijo transitoria...). <u>Criatura</u> - Prematuro (34-36 semanas). - Bajo o elevado peso para la EG. - Separación madre-hijo de más de 24 horas. - Defectos faciales o bucales (hendidura palatina, micrognatia, anquilosis...). - Problemas neurológicos - Ictericia no isoimmune. - Cualquier signo de lactancia ineficaz en relación al peso, micciones y deposiciones. - Irritabilidad. - Uso de chupetes o biberones. - Suplementos a las tomas.	Pediatras, enfermeras/os Consultoras en lactancia.	III(5)
12. Identificar las contraindicaciones maternas y/o en el lactante para la lactancia materna y asegurarse de que la madre conoce y practica la manera más segura y adecuada de alimentar al bebé	1. Contraindicaciones Maternas: • Positividad HIV. • Sustancias de abuso. • Tuberculosis (sólo hasta que el tratamiento se haya iniciado y la madre deje de ser contagiosa). • Tratamiento con isótopos radiactivos (interrupción transitoria hasta que se elimine). • Varicela 5 días antes y 2 después del parto. Aislamiento pero puede extraerse la leche para alimentar a su bebé, excepto si tiene lesiones en el pezón, en cuyo caso se ha de desechar hasta que se curen.	Pediatras, Ginecólogos	III(35) III (33)

	• lesiones activas herpéticas en el pezón hasta que se curen. Puede amamantar del sano • E. de Chagas: se contraindica sólo en fase aguda. 2. Contraindicaciones por el lactante: • Galactosemia.		
13. Comprobar durante el ingreso, que los progenitores entienden las bases de la producción de leche (oferta y demanda)	1. Ofrecer actividades de educación en lactancia materna a progenitores su familia, de forma estructurada durante el ingreso obstétrico, talleres de lactancia (anexo 6). 2. Entregar material escrito adecuado. 3. Comprobar que los progenitores han recibido información oral y escrita sobre lactancia y entienden conceptos básicos: - <i>cómo se produce la leche (cuanto más veces succione el bebé y vacíe la mama, más leche tendrá).</i> - <i>conveniencia de ofrecer el pecho muy a menudo los primeros días (al menos cada 3 horas y siempre que el bebé lo pida) para estimular la producción de leche e iniciar pronto una ganancia de peso tras el nacimiento.</i> - <i>Amamantar de un pecho sin restricción de tiempo (suele ser unos 20 minutos), ofrecer el segundo pecho si desea.</i> - <i>Amamantar hasta que el lactante está satisfecho.</i>	Pediatras, enfermeras, matronas, consultores en lactancia.	III (34) I (7) III, (2)
14. Ofrecer a la madre dieta variada y no restringida (salvo indicación médica) y se informará a la madre de las recomendaciones dietéticas durante la lactancia.	1. Aconsejar dieta variada con representación de todos los grupos de alimentos. - Las restricciones dietéticas son raramente necesarias. 2. Recomendar ingesta líquida suficiente: la madre debe beber para satisfacer la sed. 3. Las dietas ligeramente hipocalóricas para perder peso, no están desaconsejadas pero deben ser controladas y evaluadas por profesionales sanitarios sobre todo los primeros meses.	Obstetras, pediatras, enfermeras, consultores en lactancia.	I (4)
15. Recomendar suplementos de iodo.	1. Informar a la madre de que el iodo es fundamental para la salud en la vida prenatal y primera infancia. 2. Prescripción médica en el informe de alta de maternidad.	Enfermeras/os, consultoras en lactancia, pediatras, obstetras. Obstetras, neonatólogos.	III (5)

16. Comprobar, antes del alta, que los padres conocen la forma de despertar a un lactante somnoliento	1. Identificación de signos tempranos de hambre. 2. Recomendar ofrecer con frecuencia el pecho hasta que se instaure la producción de leche (al menos cada tres horas o con alguna señal de estar listo para mamar). 3. Recomendar estimular al bebé somnoliento: quitando mantas y ropa; cambiando el pañal; poniéndole en contacto piel con piel con su madre o padre; masajeando espalda, brazos o piernas; estimulando el olfato con gotas de leche directamente del pecho en su nariz y labios.	Pediatras, Enfermería, Consultoras de lactancia.	III (34)
17. Coordinar las medidas de apoyo a la lactancia de forma coherente y eficaz entre niveles asistenciales.	1. Coordinar desde la maternidad la comunicación con profesionales sanitarios de Atención Primaria y recomendar cita al alta de la maternidad, para seguimiento 48 h. después, (H ^a Clínica Informatizada). 2. Entregar informe de enfermería al alta (aplicación Gacela) con el tipo de alimentación al alta y si existen factores de riesgo en caso de lactancia materna, para facilitar el seguimiento del niño (factores de riesgo en el bebé los descritos en el punto 10).	Direcciones y subdirecciones médicas y de enfermería, enfermera coordinadora de lactancia materna, enfermería.	III (9)
18. Brindar orientación a las puérperas sobre derechos de la infancia y derechos reproductivos, incluyendo legislación laboral sobre gestación y puerperio, permiso por maternidad, paternidad y lactancia.	1. Entregar la información disponible. ☞ Esta intervención se llevará a cabo al alta hospitalaria.	Médicos y enfermeras	III (9)
19. Aportar información sobre grupos locales de ayuda madre a madre y consultores en lactancia	1. Entregar información actualizada al alta de la maternidad.	Profesionales sanitarios Encargados del cuidado de la madre.	I (4) II-2 (2)
20. Ofrecer apoyo e información sobre alimentación artificial.	1. Informar sobre alimentación artificial, según protocolo, para evitar riesgos añadidos a la misma.	Pediatras, personal de enfermería, Consultoras en lactancia	III (1)

en situaciones de contraindicación de LM y necesidad de suplementos con fórmula artificial o por decisión familiar (anexo 5.4)	2. Reflejar la mejor manera de administrarla para reforzar el vínculo parental. 3. Recomendado: registrar la intervención en la historia clínica.		
Objetivo 2.2.2.3 Establecer las intervenciones oportunas para apoyar y ayudar a madres lactantes y a sus hijos en caso de separación durante un ingreso hospitalario. Ámbito de actuación: Plantas con madres y niños lactantes			
Estrategias	Intervenciones	Responsables recomendados	Evidencia o Fuerza Recomendación y Referencias ¹
1. Formación de los profesionales	1. Difusión de la diferente documentación disponible (ver anexos). 2. Desarrollo del Programa de Formación Continuada en Lactancia Materna para los profesionales.	Dirección, subdirección médica y de enfermería, coordinadores, responsables.	III (6), (4), (9) II-3 (4) II-2 (2) III (6)
2. Dar a conocer al personal de salud implicado en la atención a madres y recién nacidos las recomendaciones sobre atención e información sobre lactancia natural	1. Exposición del contenido de la política institucional en un manual accesible para todo el personal del servicio.	Responsables médicos y de enfermería.	III (6), (4), (9) II-3 (4) II-2 (2)
3. Promover que madre e hijo permanezcan juntos las 24h del día, cohabitación	1. Facilitar a las madres un espacio confortable para que puedan estar con sus hijos el mayor tiempo posible mientras estos permanezcan ingresados. 2. Adaptar los recursos y medios materiales y personales para facilitar esta cohabitación.	Personal sanitario e instituciones hospitalarias.	II2 (20), (21) II-3 (22)
4. Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia aún si la madre y el niño están separados.	1. Enseñar a la madre cómo amamantar al bebé adecuándolo al tipo de patología que tenga. 2. Orientar a la madre sobre extracción manual y mecánica de leche materna y cuidados del pecho, (anexo 5.6). 3. Proporcionar los medios adecuados para una correcta extracción y administración de la leche. 4. Enseñar a la madre a administrar la leche extraída y facilitar los medios para ello. 5. Explicar y facilitar almacenamiento (congelación y refrigeración).	Enfermería, consultores de lactancia.	II-2 (26) III (27)

⁽¹⁾ Evidencia científica otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

	6. Formar al personal sanitario para la manipulación y administración de leche extraída y orientación a los padres ante el alta a domicilio.		
5. Animar a la madre al amamantamiento sin restricciones	1. Hospital puertas abiertas. 2. Favorecer la no limitación de la duración y frecuencia de las tomas. 3. Evitar interrupciones durante las tomas.	Médicos y enfermería.	II-2 (23), (24) I (25), (35)
6. Evitar los suplementos excepto cuando estén médicamente indicados. (Anexo 7)	1. Reflejar en la historia clínica del niño la indicación para suplementar, cantidad y método elegido. En el Servicio de Neonatología se darán por sonda o con jeringa. 2. Administrar suplementos en caso de petición paterna explicando a los padres los inconvenientes si los hubiera. 3. Anotar en la historia clínica petición de los padres, información dada y decisión posterior. 4. Utilizar el biberón con el consentimiento de los padres .	Profesional médico y de enfermería.	I (29) II-2 (30)
7. Identificar los factores de riesgo en el lactante que influyan en el amamantamiento.	1. Padres y 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.	Médicos, enfermería, consultores en lactancia	III(5)
8. Usar chupetes y tetinas durante el ingreso según protocolo de Neonatología	1. Utilizar chupetes sólo en casos de soporte respiratorio con CPAP , como método analgésico o de confort o para estimular la succión no nutritiva, en caso de que no esté la madre. 2. Advertir de los efectos negativos de su uso sobre la lactancia si se usa indiscriminadamente hasta que la lactancia esté bien establecida.. 3. Anotar la decisión de los padres en la historia clínica.	Médicos, enfermería, consultoras en lactancia.	I (36)
9. Apoyo a la lactancia durante el ingreso y al alta.	1. Supervisar la técnica de lactancia: observaciones de tomas. 2. Vigilar signos de lactancia ineficaz para detectar problemas y anticiparse a complicaciones. 3. Proporcionar ayuda práctica y apoyo emocional. 4. Favorecer la privacidad de madre/hijo. 5. Desarrollar programa prealta para favorecer la lactancia materna (anexo 5.7).	Personal de enfermería, consultoras en lactancia. Neonatólogos, ginecólogos, enfermeras/os, supervisores.	II-2 (23), (24) I (25)

10. Aportar información sobre grupos locales de ayuda madre a madre y consultores en lactancia	- Entregar la información disponible. ☛ Esta intervención se llevará a cabo al alta hospitalaria.	Enfermería, consultoras en lactancia.	I (4) II-2 (2)
---	---	--	---------------------------



2.4 Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_itycf.pdf
2. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna. Pediatría Atención Primaria Área 09 -H. Dr. Peset Valencia.
www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm
3. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth* 2001; 28: 202-207.
4. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Breastfeeding best practice guidelines for nurses. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2003 Sep. [175 references] y Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) y Breastfeeding best practice guidelines for nurses: supplement. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario RNAO; 2007 Mar. 15 p. [49 references]
5. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence. Mosby-Elsevier, 2007.
6. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004.
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)
7. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding June 2005
INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION.
8. Hernández MT, Aguayo J y Comité de Lactancia de la AEP. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr*. 2005; 63: 340-356.
9. Pallás Alonso, CR. Promoción de la lactancia materna. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado diciembre de 2006. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm
10. Pallás Alonso, CR. Prevención prenatal. Visita prenatal. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado octubre de 2005. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prenatal.htm>
11. Grupo PrevInfad / PAPPs Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado julio de 2007. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
12. 54. Coutoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L, Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003;92(8):890-5.
13. Hale T. Medications and Mothers' Milk. ninth ed. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
14. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M., Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study.
15. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):897-902.
16. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(1):12-32
17. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
18. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. Apr. 38p. (Clinical guideline, N° 13).
19. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
20. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17(2):122-6.

21. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):5-10.
22. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5): 580-8.
23. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000090.
24. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043.
25. Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(3):880-3.
26. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.
27. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
28. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-44.
29. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/ fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(3):322-6.
30. de Rooy L, Hawdon J. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. *Pediatrics* 2002;109(3):E42.
31. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
32. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000;77(1): 12-6.
33. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. Transmission of infectious agents via human milk. In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
34. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2): 169-74.
35. A Levin. Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999 88 (4): 353-355.
36. Anand KJS. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155: 173-180.
37. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. SANIDAD 2010. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

2.5. ANEXOS

- 2.5.1** Procedimiento Parto Mínimamente intervenido.
- 2.5.2** Información sobre la atención al parto.
- 2.5.3** Procedimiento Cesáreas con Acompañante Área Materno Infantil.
- 2.5.4** Procedimiento Para Favorecer la Lactancia Materna y el Contacto Precoz entre la Madre y su Hijo en el Servicio de Reanimación Maternal
- 2.5.5** Protocolo de lactancia materna en maternidad.
- 2.5.6** Extracción, conservación y congelación leche materna:
 - En plantas de maternidad y pediatría
 - En neonatología.
- 2.5.7** Procedimiento de talleres sobre Lactancia Materna para madres y familia.
- 2.5.8** Procedimiento de suplementación de la lactancia.
- 2.5.9** Recomendaciones sobre alimentación con fórmulas artificiales.



Anexo 2.5.1

Procedimiento de Parto Mínimamente Intervenido.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR
Matronas: J Jiménez, M.Redondo, A. López , O. Arroyo, V. Depas Obstetra: I. Camaño.	Supervisora matronas: P. López Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología: J. M. Hernández Jefe Med. Perinatal: J. Grande, A. Garcia Burguillo Neonatología: C. Alba	Jefaturas Médicas y de Enfermería (Obstetricia, Neonatología y Anestesiología)

1. DEFINICIÓN

Parto normal es aquel trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma **espontánea** entre la **37-42 semana** y que tras una **evolución fisiológica** de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se **adapta** de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto mínimamente intervenido (PMI).

Tanto Instituciones Internacionales, como la SEGO y la FAME, recomiendan la atención al parto normal como un parto de mínima intervención:

Parto de mínima intervención (PMI): es aquel parto normal que es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo, siendo igualmente importante la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y su familia. No implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (SEGO,2007).

2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO:

- Favorecer la asistencia al parto con el **mínimo intervencionismo** necesario para garantizar la **seguridad materno-fetal**, sin renunciar a las posibilidades de control y de rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto.
- Ofrecer cuidados **individualizados** basados en las necesidades de la **unidad familiar** (madre-padre-hijo), respetando sus decisiones y favoreciendo la comunicación entre la familia y los profesionales.
- Favorecer un **clima de intimidad**, respeto y confianza.
- Fomentar la participación activa de las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones.
- **Impulsar la atención al parto en el hospital 12 de Octubre según nuestro plan de parto publicado en la web, ya que muchas de las recomendaciones que allí se incluyen son comunes a este protocolo.**

3. POBLACIÓN DIANA:

- Gestaciones únicas, a término, con presentación en cefálica bien flexionada cuyo parto se haya iniciado de forma espontánea.
- Mujeres sin antecedentes médicos ni obstétricos de riesgo o anomalías fetales que a juicio del equipo obstétrico hagan desaconsejable el PMI (ANEXO 1: se incluyen en este protocolo los grupos de bajo riesgo y riesgo medio).

4. CONDICIONES:

- En el momento en el que se presente cualquier desviación de la normalidad, el equipo obstétrico podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que consideren necesario. Como es lógico se evitarán las intervenciones no estrictamente indicadas.
- Si en algún momento, la paciente solicita analgesia regional se respetarán sus deseos y se intentará atender a esta petición si no hay condiciones médicas que la desaconsejen. En este caso, dado que la evolución fisiológica del parto se modifica, el parto no se considerará de mínima intervención.

5. RECURSOS

- Recursos Humanos: matrona y auxiliar.
- Recursos Materiales:

Sala de dilatación con condiciones ambientales que ayuden a potenciar la fisiología del parto: intimidad, temperatura aproximada de 23°, luces indirectas, paredes de color cálido y decoración acogedora, música suave, ausencia de ruidos.

Cama. Silla de parto. Monitor electrocardiotocográfico con telemetría. Pelota suiza. Cuerda colgante. Equipo de música, set instrumental de partos, material de higiene, espejo (tamaño folio).

Aunque actualmente no se dispone de duchas en el área de paritorio, el agua caliente en bañera o ducha es útil para relajar y aliviar el dolor. Por ahora se pueden usar las duchas de expectantes.

- Formación: la aplicación de este protocolo supone un cambio cultural que implica a todos los profesionales dedicados a la atención al parto, para lo que es imprescindible su implicación y sensibilización.
- Información para las gestantes mediante documento informativo que se explicará y entregará durante el embarazo en la consulta prenatal y en las sesiones de preparación al parto.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

6.1. INGRESO

En general se intentará evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios de fase activa del parto (dinámica regular, borramiento > 80% y dilatación de 3-4cm).

Se considera **fase latente del parto** a aquel periodo de duración variable (nulíparas: 8-18 horas; múltiparas: 5-12 horas) en donde hay contracciones dolorosas y modificaciones cervicales con dilatación menor de 3-4 cm. En estas condiciones se debe dar apoyo individualizado a la gestante y recomendar no ingresar y volver a su domicilio.

Si la paciente demanda ayuda o sus condiciones individuales así lo hacen necesario, se podrá ingresar en expectantes, sin tener que iniciar un manejo activo (amniorrexia e infusión de Oxitocina), con controles materno-fetales intermitentes.

Se considera **fase latente prolongada** cuando dura igual o más de 20 horas en la nulípara y 14 horas o más en la múltipara. En este caso aunque hay distintas opciones terapéuticas. Se recomienda el uso de Oxitocina con valoración de la posibilidad de alguna de las distintas técnicas para el alivio del dolor, incluida la analgesia epidural.

La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija, incluida en la atención en urgencias.

- Al ingreso se realizará la valoración clínica habitual:
 - ➔ Anamnesis con atención a antecedentes obstétricos, factores de riesgo para la macrosomía, factores de riesgo para la hemorragia puerperal y otras condiciones médicas que hagan desaconsejable el PMI.
 - ➔ Comprobación y petición si fuera necesario de analíticas (hemograma, P. Coagulación, serología, grupos sanguíneo, exudado vagino-rectal)
 - ➔ Valoración de ecografías realizadas.
 - ➔ Toma de constantes
 - ➔ Exploración vaginal
 - ➔ Comprobación de Latido cardíaco fetal
 - ➔ Otros estudios que se consideren precisos.
 - ➔ Recogida del consentimiento informado para la atención al parto que se ha entregado durante la consulta prenatal o, si esto no ha sido posible, explicado y entregado en el momento. Si no tiene dicho documento, se le explicará y se le dará para que lo firme. Este consentimiento es para la asistencia de todos los partos.
- Si tras esta evaluación, no hay contraindicación para la asistencia como PMI, y la parturienta, tras ser informada, así lo desea, se incluiría en el protocolo.

Si la gestante aporta un **plan de parto propio** o hace alguna petición especial que no se encuentre reflejada en nuestro plan de parto se discutirá abiertamente y se informará del beneficio de las medidas que recomendamos. Para evitar esta situación, nuestro plan de parto se explicará a las gestantes en las charlas de preparación al parto y en la consulta prenatal.

6.2. ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACIÓN

Acompañante: La matrona responsable se presentará y atenderá las dudas y necesidades de la parturienta y su acompañante. Se facilitará que durante el proceso esté siempre acompañada por sólo una persona, la que la gestante elija, procurando que ambos participen en el desarrollo del parto.

Ropa: Se permitirá a la gestante el uso de ropa personal e interior que ella desee.

Enema y rasurado: El enema y el rasurado se realizarán sólo a demanda o en condiciones excepcionales.

Vía periférica: Se realizará venoclisis, dejando la vía canalizada por si en algún momento fuera preciso el tratamiento endovenoso.

Tratamientos IV: en caso de necesitar tratamientos parenterales, como el de la profilaxis del Streptococo, se procederá según protocolo, tras informar a la gestante.

Ingesta: Se permitirá la ingesta moderada de líquidos como bebidas isotónicas, agua, infusiones o zumo de manzana durante la dilatación. Se suspenderá la ingesta si en algún momento la evolución no es favorable y se prevé la necesidad de intervención médica.

Micción: Se debe favorecer la micción espontánea. Sólo se realizará el sondaje vesical si fuera necesario.

Constantes maternas: Control de temperatura y Tensión arterial cada 4 horas o más frecuentemente si se considera necesario.

Posiciones maternas: Se debe facilitar que la parturienta se mueva y adopte la posición que reporte un mayor confort. (ANEXO 2)

Vigilancia fetal: Se realizará monitorización carditocográfica externa continua (dadas las condiciones actuales de nuestro área de paritorio, la auscultación intermitente no se considera suficiente para garantizar la adecuada vigilancia fetal) (Anexo 3).

Si en algún momento se cumplen los requisitos señalados en el protocolo para la monitorización interna, se explicará a la gestante y se llevará a cabo.

Se podrán llevar a cabo ventanas sin RCTG (20 minutos/cada 2 horas) con un RCTG previo sin signos de alarma.

Amniorrexis: No se realizará amniorrexis de forma rutinaria.

Registro de datos: Desde el momento en el que la mujer está en fase activa de parto, se rellenará el partograma para el seguimiento de su evolución. Se recomienda anotar todo aquello que se realiza o se ofrece, así como aquello que la paciente solicita, todos los eventos que ocurren y los tratamientos aplicados.

Exploraciones: El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar la evolución del parto, siendo recomendable cada 4 horas, aunque siempre se tendrán en cuenta las características individuales de cada caso. Para su realización no es necesario el uso de Clorexhidina u otras soluciones químicas. Se puede usar lubricantes.

Se debe procurar un ambiente de intimidad y se preguntará si desea o no que esté el acompañante durante la valoración.

Se informará a la paciente de la evolución del parto.

6.3 ALIVIO DEL DOLOR:

La forma en que cada ser humano afronta el dolor es muy variable y está sujeto a muchos condicionantes: personales, culturales, a las expectativas que se tiene, miedos...pero la mayoría de las parturientas requieren ayuda de un profesional. Hay 2 formas de entender el manejo del dolor en el parto: para unos no hay porque sufrir dolor si, en el siglo XXI, se puede ofrecer analgesia epidural; para otros, el dolor forma parte del proceso fisiológico que engloba el parto, es parte de la experiencia y no desean asumir el riesgo que supone la analgesia epidural, ni interferir en la fisiología del parto. Probablemente la mayoría de las mujeres se encuentran en un punto medio y es parte de la labor del equipo obstétrico el responder y atender a sus necesidades en todo momento y ofrecer todas las posibilidades a nuestro alcance.

Se recomienda:

- La **atención uno-a –uno** en un ambiente íntimo y tranquilo durante el periodo de dilatación, ofreciendo apoyo psicológico constante y sólo dejando a solas a la parturienta por breves espacios de tiempo o a petición de ella.
- Favorecer el rol del acompañante como cuidador principal.
- Informar sobre los diferentes métodos disponibles para el alivio del dolor.

Se podrán usar:

- 1) Música ambiental, elegida por la paciente y a un nivel adecuado.
- 2) Técnicas de relajación, de respiración o de masajes con ayuda de su acompañante: permiten una disminución de la tensión muscular, proporcionan tranquilidad y se percibe una sensación de mayor control por parte de la mujer, lo que disminuye su ansiedad.
- 3) Se animará a la parturienta a que deambule o escoja la posición que reporte mayor confort.
- 4) Pelotas de parto (Pelotas suizas): pueden ayudar al alivio del dolor y a adquirir posiciones antiálgicas, al tiempo que favorecen los cambios de posición de la pelvis para la mejor evolución del descenso de la presentación y, por tanto, del parto.
- 5) El agua caliente es efectiva para el alivio del dolor. Se podrán usar las duchas que hay en expectantes, si están disponibles. Se pueden aplicar bolsas de agua caliente, compresas o sacos calientes en las zonas doloridas.
- 6) Analgesia medicamentosa: se podrá pautar Dolantina, advirtiéndole que puede provocar náuseas y somnolencia y posible adormecimiento del bebé. Se recomienda pautar con antieméticos (Haloperidol/Primperan) y siempre que se hayan agotado otras posibilidades. No se administrarán cerca del expulsivo, y si así hubiera sido, se informará al neonatólogo.
- 7) Otros métodos para el alivio del dolor que actualmente no están disponibles en nuestro centro pero que han demostrado su efectividad son:
 - Kalinox® (Entonox a 50%: 50/50 de oxígeno y óxido nítrico). La evidencia científica disponible asevera que es eficaz y seguro. El efecto analgésico es mejor que el de los opioides y menor que el de la epidural. Se debe advertir que puede sentir náuseas y algo de mareo, pero al interrumpir su administración desaparecen los efectos secundarios. Se autoadministra por la paciente en el momento del acmé de la contracción para disminuir la sensación de dolor. Actualmente su uso está muy extendido en Inglaterra, Suecia y otros países europeos; en España se usa en muchas maternidades.
 - Las técnicas de acupuntura e hipnosis parecen ser también eficaces en el alivio del dolor y están exentas de efectos adversos.
 - Infiltración de suero intradérmico en el Triángulo de Michaelis, TENS (Transcutaneous electronic nerve stimulation), acupresión, osteopatía (T. sacrocraneal), flores de Bach, aromaterapia, etc.

6.4. ANALGESIA REGIONAL (EPIDURAL-ESPINAL O COMBINADAS):

Si en cualquier momento, la gestante solicita analgesia epidural se avisará al Servicio de Anestesiología, siempre que las condiciones del parto lo hagan posible.

Se recomienda la analgesia con la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopta distintas posturas.

Se debe explicar a la gestante que es un método eficaz para el alivio del dolor, se puede asociar con una prolongación de la segunda fase del parto y que, por tanto, hay más probabilidades de parto instrumental, pero no de cesárea, ni de aumento de la duración de la primera fase del parto. Precisa de sueroterapia y de la monitorización permanente de constantes. No se recomienda la discontinuidad de la analgesia hasta finalizado el tercer estadio.

Los efectos adversos más frecuentes asociados a esta técnica son la hipotensión, el prurito y la cefalea. Otros efectos a corto y largo plazo son infrecuentes.

En este caso ya **no se consideraría un Parto de Mínima Intervención** ya que la analgesia epidural altera la fisiología del parto y exige una mayor monitorización, pero la mayoría de las medidas que se recomiendan en este protocolo son aplicables.

6.5. NO PROGRESIÓN DEL PARTO

Sospecha de progresión inadecuada del parto:

- Retardo de dilatación: < 2 cm en 4 horas.
- Detención de dilatación: No progreso de la dilatación en 4 horas.

En ambos casos (ANEXO 4):

- Si la bolsa estaba íntegra, previa explicación a la parturienta, se procederá a la amniorrexis. A continuación se hará una nueva valoración en 1-2 horas. Si no hubiera habido progresión o esta es < 1 cm: tras informar a la mujer se iniciará infusión con bomba de Oxitocina.
- Si la bolsa de las aguas está rota, se explicará a la mujer que está indicada la administración de Oxitocina mediante bomba de infusión y se procederá a ello.
- Se recomienda ir aumentando la dosis de Oxitocina cada 30 minutos, hasta tener 4-5 contracciones/10 minutos.
- Si no hay incidencias que obliguen a hacerlo antes, a las 2-4 horas del inicio de la infusión de Oxitocina se debe hacer una valoración de la evolución del parto.
- Si la progresión de la dilatación ha sido inferior a los 2cm/2-4 horas, tras la valoración de otros parámetros, como la altura, flexión y rotación de la presentación, y las características maternas, se valorará la indicación y realización de una cesárea NO PROGRESIÓN DE PARTO.

En caso de precisar de amniorrexis y/o Oxitocina, se ofrecerá analgesia epidural a la parturienta.

6.6. CONSULTAR AL MÉDICO:

Según la ley Ordenación de la Profesiones sanitarias (LOPS,2003) y El Nuevo Estatuto Marco, la matrona es el profesional indicado para la atención al parto normal y responsabilizará de detectar en la madre y/o niño signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, momento en el que asistirá a éste.

La matrona deberá consultar con el médico:

- Tinción meconial del líquido amniótico, fiebre materna, hemorragia actual.
- Tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg.
- Dudas sobre la existencia de latido cardíaco fetal.
- Registro cardiotocográfico no tranquilizador.
- Sospecha de progresión inadecuada del parto.
- Presencia de otra patología materna y fetal.
- Siempre que lo crea necesario.

7. ASISTENCIA AL EXPULSIVO

Siempre que las condiciones maternas y fetales lo permitan, la actitud durante este punto del parto será expectante. Se esperará a que la mujer sienta ganas de empujar. No hay evidencia científica que justifique la necesidad de iniciar los pujos antes de que la mujer note la sensación imperiosa de empujar o antes de las dos horas de descenso pasivo.

Se recomienda que **los pujos** sean espontáneos y no dirigidos, ya que son más eficaces (generalmente espiratorios, cortos y con glotis abierta).

Al inicio del expulsivo se le debe preguntar a la mujer si desea miccionar y/o valorar la existencia de globo vesical. Lo hará de forma espontánea preferiblemente, evitando en lo posible el sondaje vesical.

Se valorará la posibilidad de dar a luz en la **misma dilatación o en el paritorio**, manteniendo las **medidas de asepsia**. En este sentido no hay evidencia científica que obligue a que el acompañante deba usar bata/gorro y mascarilla. Sí se deben retirar anillos, pulsera, relojes, etc y mantener una buena higiene de las manos. Se usarán campos estériles y se tendrá disponible el instrumental. Según la posición de la parturienta, se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible.

Se mantendrá **un ambiente** cómodo e íntimo, con la mínima luz indispensable y a ser posible con música si la paciente lo desea y sin ruido ambiental.

Se informará de las **distintas posiciones** para el expulsivo (Sims o decúbito lateral, litotomía, cunclillas, cuadripedia, etc.) y se favorecerá que las mujeres adopten la posición que les resulta más cómoda.

En este periodo, el riesgo de acidosis es más elevado y se debe continuar con la **monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina**.

Se debe valorar durante el expulsivo **la duración y el progreso**. Se considera normal una duración en nulíparas de 2 horas y de 1 hora en multíparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación (con epidural: 1 hora más) y el estado del niño sea bueno. La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico y se debe extremar la vigilancia fetal, avisar al médico y replantear la actitud obstétrica.

No se realizará **rasurado** de forma rutinaria y si se precisa practicar, se informará a la parturienta y tras su consentimiento, se realizará afectando a la mínima zona necesaria.

La **episiotomía** no se hará de forma rutinaria, más bien se realizará con carácter restrictivo, limitándose sólo a los casos en los que a criterio de quien asiste el parto, la considere estrictamente necesaria.

En la **expulsión de la cabeza** fetal, para la protección del periné, hay dos opciones posibles: una activa protegiendo el periné, otra expectante, con las manos preparadas sin tocar, esperando la salida espontánea de los hombros. Ambas son igualmente válidas. No obstante hay que evitar la expulsión incontrolada de la cabeza y los hombros, para lo cual se instruirá a la mujer y se le indicará el momento en que no tiene que pujar.

Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza se pueden usar compresas calientes o sustancias lubricantes, aunque no hay evidencia de su eficacia. Se debe evitar el masaje continuo de vulva y periné.

Siempre que sea posible, se recomienda el **clampaje tardío** del cordón umbilical ya que favorece el paso de sangre de la placenta al neonato, en los que disminuye el riesgo de anemia y el de hemorragia ventricular sin aumentar la incidencia de hiperbilirrubinemia grave.

Se **recogerá muestra de sangre de cordón** antes del alumbramiento si es posible, para estudio del Rh y del Ph.

Tras el nacimiento, el bebé se colocará en **contacto piel con piel** sobre la madre, ayudándose de una toalla precalentada y estimulando al acompañante a que ayude a secar al bebé y a darle calor. Dado los efectos positivos en la adaptación a la vida extrauterina para el recién nacido, en la instauración de la lactancia materna y en la relación afectiva entre el niño y sus padres, se debe promocionar sistemáticamente el contacto precoz madre-hijo en el posparto inmediato.

Realizar el contacto piel con piel el mayor tiempo posible y sin interrupciones. Lo ideal sería hasta que la madre y el niño suban a la planta de la Maternidad, iniciándose durante este tiempo la lactancia materna.

Si se presenta algún caso en el que la madre no esté en condiciones de realizar el contacto piel con piel o no lo desee, se le ofertará al padre o acompañante la posibilidad de realizarlo.

Durante este primer contacto, la matrona o la enfermera de neonatos vigilará el estado del bebé y su adaptación al medio y advertirá de cualquier alteración que hiciera necesario pasar al recién nacido a la cuna de reanimación. Además se realizará la valoración del test de Apgar.

Los cuidados que se realizan al neonato, se explicarán a los padres y se proporcionarán en la misma sala y con la mínima separación. Para el peso del niño se disponen de básculas móviles.

8. ASISTENCIA AL TERCER ESTADIO (ALUMBRAMIENTO)

El **manejo activo del alumbramiento** puede prevenir hasta el 60% de las hemorragias y es una intervención basada en evidencias científicas. Reduce la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto. Beneficios que se explicarán a la madre previamente y salvo que esté en contra de esta técnica, se llevará a cabo según el protocolo.

Cuanto mayor es la duración de esta fase del parto, mayor es el riesgo de hemorragia. Se considera **retención placentaria** cuando este periodo es mayor de 30 minutos. En este caso avisará al obstetra para valorar intervención y posible realización de alumbramiento manual en paritorio o quirófano. Se debe llamar a anestesia para valorar sedación o refuerzo de la analgesia que ya se tenga. No hay evidencia científica suficiente para recomendar el uso profiláctico de antibióticos en estos casos. Es recomendable el uso del ecógrafo si hay dificultades. Para evitar el alumbramiento manual o facilitarlo en caso de dificultad, se puede administrar Nitroglicerina IV para favorecer la relajación uterina y el acceso a la placenta retenida.

Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como un producto biológico.

Tras todo ello, se procederá a la **revisión del periné** para valorar la necesidad de sutura. En los casos necesarios se aplicará anestesia local y se tendrán en cuenta las condiciones de asepsia. Se colocará a la mujer en la cama de partos en posición de litotomía.

Una vez concluido el parto, la madre permanecerá en el área durante las primeras 2 horas. Durante este periodo se controlará el estado general, las constantes maternas, el globo de seguridad y las pérdidas hemáticas. Una vez pasado este tiempo, antes de subir a planta,

se retirará la vía, salvo que estén presente alguna de las condiciones señaladas en el protocolo del uso de vía periférica (fiebre, macrosomía, parto precipitado, etc) y se pautará la analgesia postparto.

En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre de su hijo y de su acompañante.

9. DOCENCIA

Dado que éste es un Hospital Universitario, la labor docente forma parte de nuestras obligaciones y esto no tiene que ser menos en el parto normal ni en el PMI.

10. OTRAS RECOMENDACIONES:

Para mantener un ambiente íntimo, tranquilo y de máximo respeto, se recomienda consultar con la matrona responsable del parto antes de entrar, llamando a la puerta y presentándose todos los profesionales que intervienen en el proceso. Se deben evitar luces y ruidos fuertes, evitar conversaciones de otros temas a no ser que ella participe, respetar sus silencios y asegurar la intimidad, manteniendo las puertas cerradas.

11. DOCUMENTOS a cumplimentar:

Se deberán cumplimentar los documentos pertenecientes a su historia, HP doctor y el formulario de evaluación del PMI. Se le entregará un formulario de satisfacción para que la madre lo rellene y lo entregue en planta antes del alta hospitalaria.

- Con el **formulario de evaluación** pretendemos conocer qué implicaciones clínicas conlleva el PMI, cuántos han precisado de intervención y cuántos han finalizado con éxito. También se valorarán las necesidades y las opiniones del profesional responsable del parto.
- El **cuestionario de satisfacción** nos facilitará información para saber si hay una diferencia significativa en la calidad percibida y en la satisfacción de los padres entre el PMI y el resto de los partos que tienen lugar en nuestro centro (se dará a todos los partos).

12. BIBLIOGRAFÍA:

- FAME. Iniciativa al parto normal: <http://www.federaciónmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
- Recomendaciones sobre la asistencia al parto. www.prosego.com.
- Guía Clínica NICE (Clinical Guideliene.National Institute for Clinical Excellence.Intrapartum care; car of healthy womem and their babies during childbirth.2007)
- World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: a guideline for essential practice. Geneva. 2006.
- Management of normal labor and delivery. www.uptodate.com.
- Pharmacological management of Pain during labor and delivery. www.uptodate.com.
- Management of third stage of labor. www.uptodate.com
- Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de salud. 2007. www.msc.es.
- La iniciativa Internacional para la atención al parto madrebebé.10 pasos para la optimización de los servicios de maternidad MadreBebé. www.IMBCI.org.

ANEXOS

1. Grupos de riesgo
2. Posturas durante el parto
3. Valoración del RCTG
4. Prolongación de la primera fase del parto
5. Formulario de evaluación
6. Cuestionario de satisfacción
7. Folleto explicativo
8. Anexo aparte: documento informativo-consentimiento informado.

ANEXO 1

Clasificación de los grupos de riesgo perinatal

- **Riesgo bajo (Grupo 0):**

Gestaciones a las que no ha sido posible detectarles ningún factor de riesgo al inicio o durante la gestación.

- **Riesgo medio (grupo 1):**

Gestaciones que, por características físicas, hábitos, condiciones socioeconómicas, presentan un riesgo ligeramente elevado de patología.

- Estatura < 150cm
- Edad < 16 y > 35 años
- Anomalías pélvicas
- Obesidad, IMC > 29
- Delgadez IMC < 20
- Incompatibilidad Rh (Rh negativo)
- Tabaquismo
- Condición socioeconómica baja
- Esterilidad previa
- Abortos de repetición
- Gran múltipara, >3
- Riesgo de ITS
- Riesgo laboral
- Control deficiente, <4 visitas o primera después de la SG20
- Embarazo no deseado
- Metrorragias 1º trimestre
- Cardiopatía grado I, no limita actividad diaria
- Infección urinaria baja

- **Riesgo alto (grupo 2):**

Gestaciones que presentan algún factor que pueda aumentar la mortalidad o morbilidad perinatal.

- Anemia grave (hb<9, hto <25)
- Gemelar bicorial
- Historia obstétrica desfavorable:
 - Antecedente de nacido con CIR

- Antecedente de muerte perinatal
- Antecedente de nacido con defecto congénito
- Hijo con lesión neurológica residual

- Sospecha de malformación fetal
- Cirugía uterina previa. Cesárea anterior.
- ITU recurrente o mal tratada
- Endocrinopatía
- Diabetes gestacional en tratamiento con Insulina
- Obesidad mórbida, IMC >40
- Preeclampsia leve
- Infección materna de transmisión perinatal
- Embarazo prolongado
- Cardiopatía grado II
- Hidramnios/Oligoamnios
- Tumoración uterina/anexial

■ **Riesgo muy alto (grupo 3):**

Cualquier factor de riesgo de este grupo puede aumentar significativamente la probabilidad de complicaciones, con aumento importante en la mortalidad perinatal.

- Muerte perinatal recurrente
- Malformación fetal confirmada
- Malformación uterina
- Incompetencia cervical
- Hemorragia genital
- Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a partir SG 32)
- Rotura prematura de membranas
- Amenaza de parto prematuro
- Gestación múltiple
- Gemelar monocorial
- Preeclampsia grave
- CIR
- Isoinmunización
- Patología grave materna
- Cardiopatía grado III-IV
- Diabetes mellitus I-II
- Drogadicción/alcoholismo

PARTO DE ALTO RIESGO

- Tinción meconial de líquido amniótico
- Alteraciones de la FCF
 - ✓ FCF <120 ó >160 l/m
 - ✓ Desaceleraciones tras la contracción.
 - ✓ Variabilidad disminuida
- Fiebre materna, $\geq 38^{\circ}$ una vez, ó $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ dos veces separadas por 2 horas
- Hemorragia intraparto
- Cesárea anterior
- Parto pretermo

ANEXO 2

POSICIONES	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Vertical De pie	Mayores diámetros pélvicos < Partos instrumentales < N.º de episiotomías < Dolor expulsivo < Patrones anormales en el FCF > Libertad de movimientos Ayuda de la gravedad Contracciones de mayor intensidad	> Desgarros perineales Sobrestimación del sangrado
Cuclillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III. Resultados perineales más desfavorables para las nulíparas.
Silla de partos	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie
4 apoyos (cuadrúpeda) Manos-pies Manos-rodillas	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
Decúbito lateral (Sims)	Tasa más alta de periné intacto Mejores resultados perineales Previene el síndrome de compresión de la vena cava Más libertad de movimientos Mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones	
Semisentada	Abre el estrecho pélvico Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía Adecuada para el uso de epidural	Uso parcial de la gravedad
Litotomía	Adecuado para partos instrumentales Comodidad del profesional Facilidad para la colocación del RCTG	Más episiotomías Menor libertad de movimientos Cierra el estrecho inferior

(Tabla extraída del libro de la FAME “Iniciativa parto normal. Documento de consenso”)

ANEXO 3.

Monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal (MCFCF)

Definición de registro normal, sospechoso y patológico

Categoría	Definición
Normal	Registro de la FCF con los 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores
Sospechoso	Registro de la FCF con 1 criterio clasificado como intranquilizador y el resto tranquilizadores
Patológico	Registro de la FCF con 2 ó más criterios intranquilizadores ó 1 ó más clasificado como anormal

Clasificación de los criterios de interpretación de los registros de la FCF (modificado de RCOG)

Característica	FCF basal (l/m)	Variabilidad (l/m)	Desaceleraciones	Aceleraciones
Tranquilizadora	120-160	≥ 5	Ninguna	Presentes
Intranquilizadora	100-119 161-180	< 5 durante 40-90 minutos	Deceleraciones variables típicas con más del 50% de las contracciones durante más de 90 minutos. Deceleración prolongada única de hasta 3 minutos.	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro por otra parte normal tiene un significado incierto
Anormal	< 100 > 180 Patrón sinusoidal ≥ 10 minutos	< 5 durante más de 90 minutos	Deceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (Dip II), ambas durante más de 30 minutos. Deceleración prolongada única de > 3 minutos.	

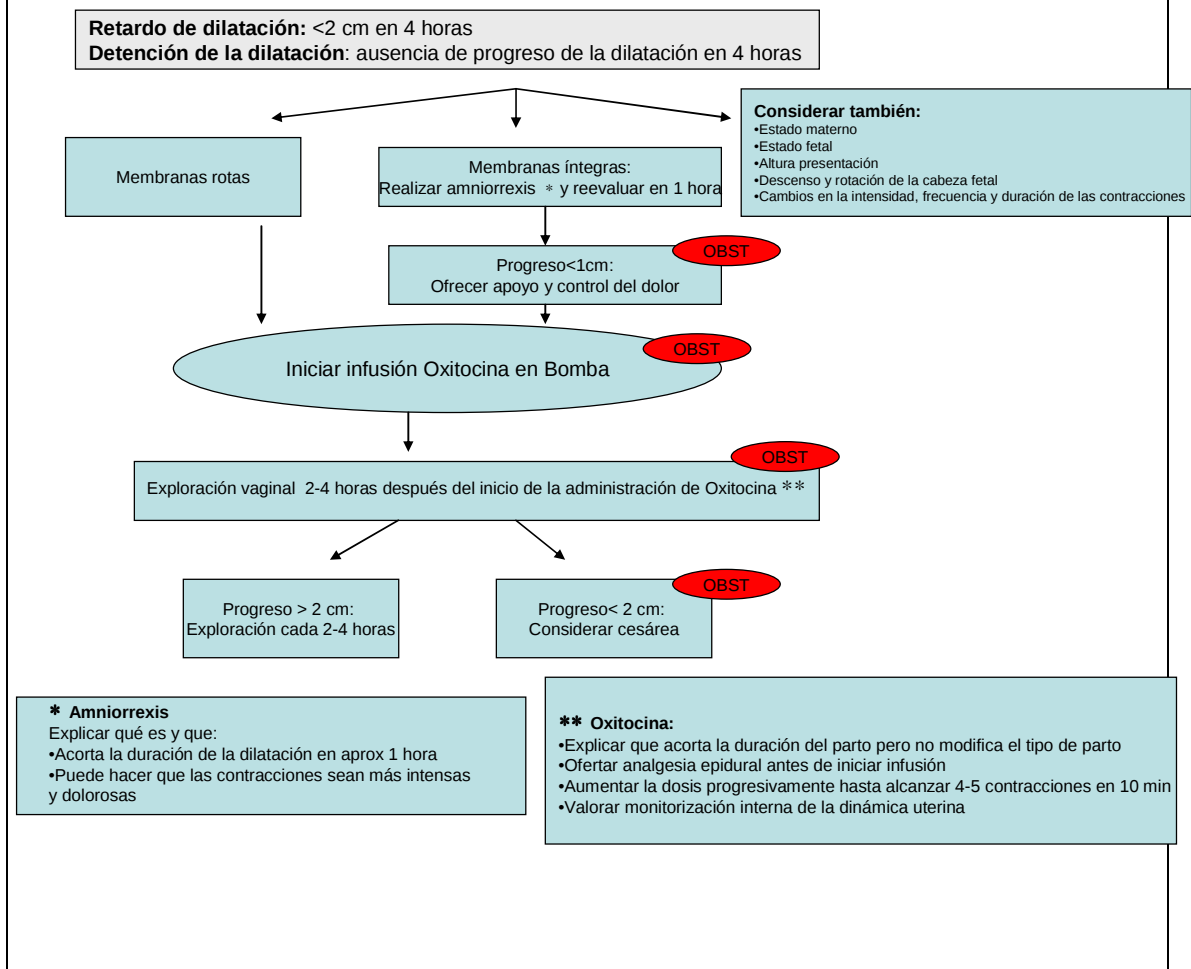
Deceleraciones variables atípicas (características)

La presencia de atipias en una deceleración variable predice un mayor riesgo de acidosis y un aumento de resultados perinatales deficientes. En orden de frecuencia, estas atipias son:

- Pérdida del ascenso transitorio inicial.
- Retorno lento a la FCF basal.
- Pérdida del ascenso transitorio secundario.
- Ascenso transitorio secundario prolongado.
- Deceleración bifásica (forma W).
- Pérdida de variabilidad durante la deceleración (es el de peor pronóstico).
- FCF basal tras la deceleración a un nivel más bajo que el previo.

Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto. www.prosego.com.

ANEXO 4: PROLONGACIÓN DE LA 1ª ETAPA DEL PARTO



Anexo 2.5.2

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN AL PARTO

Los profesionales de este hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además, entienden el parto como un proceso natural, en el que entran en juego factores importantes como son los psicológicos, afectivos y sociales.

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PARTO

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos de un hospital asistencial y con actividad docente (universitaria, pre y postgraduada), tratando de hacerla compatible con el parto que la mujer desearía.

Si quiere, **podrá estar acompañada** de una sola persona de su elección durante todo el proceso del parto, en todos los casos en los que se desarrolle con normalidad. Se intentará proporcionar un ambiente adecuado durante el parto, con un apoyo continuo y en un contexto lo mas respetuoso e íntimo posible.

Se evitará la práctica rutinaria de: enema evacuador, rotura de membranas, sondaje vesical, rasurado perineal, episiotomía, perfusión de oxitocina. Pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

Durante el parto y el posparto inmediato se canalizará una vía venosa, por si fuera necesaria una actuación urgente. Podrá deambular y adoptar las posturas en las que más cómoda esté cuando su estado y el del bebé lo permitan. Se hará monitorización de forma continua para la confirmación del bienestar fetal. En los partos normales en mujeres sin factores de riesgo, sin anestesia epidural y sin oxitocina, una vez comprobada la normalidad del bienestar fetal y en ausencia de signos de complicación (fiebre, tinción del líquido amniótico...), se podrán realizar ventanas sin registro (10-20 minutos) para una ducha, masaje, etc.



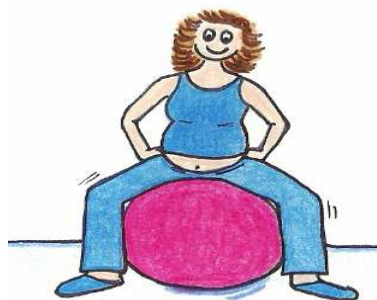
Se podrán beber líquidos (agua, bebidas isotónicas, zumo de manzana y caldo desgrasado) de forma moderada durante la dilatación siempre que no se prevea la necesidad de una intervención.

Tras el nacimiento, el alumbramiento de la placenta se hará con una conducta activa (mediante oxitocina, tracción controlada del cordón y masaje uterino) ya que esta medida disminuye la probabilidad de hemorragia, anemia y de transfusiones maternas postparto.

ALIVIO DEL DOLOR

La forma en que cada mujer afronta el dolor es muy variable, pero la mayoría de las parturientas requieren una ayuda, que nosotros ofrecemos. En general, hay dos formas de enfrentar el dolor:

- Para algunas mujeres, el parto es un proceso biológico natural en el que dolor es una parte más del mismo. No desean que se altere su evolución natural si no es necesario, ni desean, si es posible, asumir el posible riesgo asociado a la analgesia epidural. Para el alivio del dolor podrán usar técnicas de relajación, respiración y masajes con ayuda del acompañante. Podrán traer música suave para favorecer la relajación. El agua caliente y el calor local son también efectivos y se les procurará, dentro de nuestras posibilidades. Se le animará a que camine o a que adopte la postura que le proporcione mayor confort.



Las pelotas de parto pueden ayudar al alivio del dolor y a favorecer los cambios de posición de la pelvis para la mejor evolución de la dilatación. A este parto lo llamamos **PARTO DE MÍNIMA INTERVENCIÓN**. Si en cualquier momento la mujer solicita la analgesia epidural se avisará al anestesiólogo quien valorará la indicación según los antecedentes de la madre o el estado del parto.

- Otras mujeres no quieren tener dolor y desearán, de entrada, la analgesia epidural. La analgesia epidural es un método eficaz y seguro para el alivio del dolor en la gran mayoría de ocasiones. Su aplicación conlleva administrar sueros por vía intravenosa, monitorización continua fetal y sondaje vesical intermitente. La madre permanecerá tumbada o sentada.

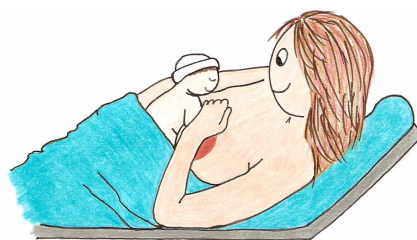
La analgesia epidural se asocia a una prolongación del último periodo del parto (el expulsivo) y a una mayor probabilidad de parto instrumental, pero no a cesárea, prolongación de la dilatación, ni a efectos adversos para el recién nacido. Los efectos adversos leves como la hipotensión, la cefalea y el prurito son poco frecuentes y tratables si aparecen; y las complicaciones graves como convulsiones o consecuencias derivadas del paso del anestésico a la sangre, son excepcionales.

La "walking epidural" es una variante que permite un control aceptable del dolor conservando la capacidad de mantenerse en pie, caminar y adoptar distintas posturas, sin necesidad de sondaje vesical.

En cualquier caso, la madre previamente informada, es la que debe tomar la decisión de lo que quiere.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

El recién nacido se mantendrá en **contacto piel con piel** con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico del bebé y de la madre lo permiten. Así permanecerá durante al menos las primeras 2 horas ya que esta medida favorece la adaptación del bebé a la vida fuera del útero, el vínculo afectivo entre la madre y el niño, y la lactancia. Durante este tiempo se le estimulará y ayudará para iniciar la lactancia materna, ya que es la mejor alimentación para él y tiene beneficios probados para la madre y el niño.



La ligadura del cordón umbilical se efectuará, si es posible, una vez que haya dejado de latir, ya que esta medida disminuye la probabilidad de anemia del bebé en sus primeros meses de vida, aunque aumenta ligeramente la probabilidad de ictericia leve. En caso de que desee donar la sangre de cordón umbilical al banco público (lo puede solicitar en la dilatación) o privado (siempre con autorización previa), la ligadura del cordón se hará inmediatamente tras el nacimiento del bebé con el objetivo de recolectar la máxima cantidad posible de sangre del cordón.

Si se precisan maniobras de reanimación básicas del bebé, se realizarán en el área de atención al recién nacido situado dentro del paritorio. Si se precisaran maniobras de reanimación más profundas, se realizarán en el área más adecuada para tal fin. Tras la toma de contacto del recién nacido con sus padres se procederá a su identificación y valoración. El niño/a permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio médico.

En todos lo recién nacidos se recomienda:

Prevención para la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.

Prevención de oftalmía neonatal con pomada de eritromicina.

Prevención de hepatitis B con la vacuna.

El examen pediátrico rutinario se realizará en las primeras 24 horas de vida y las pruebas de detección de enfermedades metabólicas y alteraciones auditivas se realizarán durante su ingreso, generalmente a las 48 horas. Los padres serán informados de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise el recién nacido.

OBSERVACIONES

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no ocurran en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o el feto.

El equipo de profesionales que atiende a la mujer en el parto será el que confirme o descarte estas circunstancias y ofrezcan así una atención de calidad, con el firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad, con el máximo respeto hacia la mujer y actuando siempre con el objetivo de tener una madre y un recién nacido sanos.

POSIBLES PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR, ASÍ COMO RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Existen una serie de procedimientos frecuentemente indicados por condicionantes maternos, fetales o de la evolución del parto, como la rotura de membranas, la administración intravenosa de oxitocina, de analgésicos o de antibióticos, así como la práctica de la episiotomía (incisión quirúrgica del periné para la ampliación del canal del parto) que le serán explicados cuando sea preciso utilizarlos, comprendiendo que aunque suelen ser seguros, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal. Las intervenciones obstétricas (parto instrumental: forceps o espátulas; o cesárea) sólo se realizarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o el feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea, el acompañante deberá esperar a que el facultativo encargado autorice o no su presencia.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos: si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos o procedimientos, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Prolapso de cordón, que pone en grave peligro la vida fetal.
- Infección materna o fetal.
- Trastornos hemorrágicos y/o de coagulación que puedan llevar a hacer necesario una transfusión, intraparto o postparto.
- Hematomas en aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, raramente de vejiga urinaria, de uretra, esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy rara pero muy grave).
- Falta de progresión del parto.
- Dificultades en la extracción fetal, frecuentemente imprevisibles.
- Riesgo mínimo de histerectomía (extirpación del útero) postparto.
- Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna y fetal.

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o a acortar el parto, siendo necesaria la práctica de una intervención obstétrica (cesárea o parto instrumental vaginal del feto). Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la técnica como por la situación materno-fetal, algunos riesgos que pueden requerir tratamientos complementarios. Los riesgos más importantes son:

- En el parto instrumental: hemorragia postparto, anemia, necesidad de transfusión, episiotomía y riesgo de lesión del canal del parto. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el instrumento usado, la gran mayoría de veces, pasajera.
- En la cesárea: hemorragia postparto, fiebre postparto, lesiones del canal vaginal y del abdomen y complicaciones de la herida quirúrgica. Aunque poco frecuente, el recién nacido puede presentar alguna lesión por el bisturí y nacer bajo el efecto de la anestesia general si fuera necesaria la misma.

Las decisiones médicas a tomar durante el discurso del parto quedan a juicio del equipo de profesionales de este hospital, tanto en lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la mujer y su acompañante serán informados, salvo que la urgencia o circunstancias excepcionales no lo permitan.

Anestesia: la necesidad de anestesia, ya sea por indicación médica o sólo para el alivio del dolor, será decidida por el anestesiólogo, conjuntamente con la mujer, la matrona y el obstetra. Además el anestesiólogo le informará para su consentimiento.

Transfusiones: no se puede descartar que en el transcurso del parto o de alguna intervención pudiera requerirse la necesidad urgente de una transfusión sanguínea.

Anexo 2.5.3

Procedimiento Cesáreas con Acompañante Área Materno Infantil

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
I. Camaño Gutiérrez	Dr. Garcia Burguillo Dr. Grande Dr. J Hernández Dra. Alba D. Juan Granados	Dr. Hernández Dra. Pallás Dra. Urbina Dirección médica Dirección de Enfermería Gerencia

CESÁREA CON/SIN ACOMPAÑANTE

“Todo recién nacido de cesárea, permanecerán junto a la madre, piel con piel, desde el momento del nacimiento o tras la estabilización del niño o de su madre si cualquiera de ellos requiriesen algún tipo de soporte, salvo afección materna y/o fetal que lo hicieran desaconsejable”

INTRODUCCIÓN

El contacto piel con piel precoz entre la madre y el neonato en el parto incluye la colocación del neonato sobre la madre sin ropa inmediatamente tras su nacimiento cubriéndole por la espalda con una toalla caliente.

Según la evidencia científica disponible (Revisión Biblioteca Cochrane) esta medida fomenta:

- El bienestar fisiológico y emocional de los lactantes y sus madres (menos llanto en el niño, mejor recuperación del estrés del parto).
- La estabilidad cardiorrespiratoria y disminución de los episodios de apnea.
- La protección de la termorregulación y de la sincronía térmica madre-hijo.
- Mejora los niveles de glucemia del bebé.
- El efecto analgésico para la madre y el niño.
- El aumento de la secreción de oxitocina con el efecto positivo sobre la madre (disminuye el sangrado, mejor involución uterina, facilita la eyección de calostro).
- Favorece el inicio y duración de la lactancia materna.
- Ayuda a las madres a desarrollar y fortalecer su confianza y las conductas de apego materno y establecimiento del vínculo afectivo

Por estos motivos, la OMS recomienda que se facilite el contacto piel con piel en todos los partos.

En la cesárea, las guías clínicas NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, Reino Unido) lo recomiendan, así como las guías australianas y canadienses.

Creemos que además de estas ventajas, el contacto piel con piel mejorará la percepción del parto mediante cesárea de nuestras pacientes ayudando a que esta forma de nacimiento se viva como una experiencia más grata, ya que la mayoría de los estudios señalan que la cesárea es percibida como una experiencia menos satisfactoria, asociándose con más frecuencia a depresión postparto y a mayores dificultades durante la lactancia.

La presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano podría ayudar a la realización del piel con piel y ayuda a la madre ofreciéndole apoyo emocional.

Entre otras medidas, las guías para la realización de cesáreas consultadas recomiendan una temperatura ambiente adecuada (aproximadamente 24-25°C), una cierta disminución de la luz ambiental (no en el campo quirúrgico) y del nivel de ruidos para que la madre pueda oír al recién nacido.

OBJETIVO:

1. Garantizar el contacto piel con piel en madres/padres con cesáreas debido a los beneficios de salud de esta intervención.
2. Definir y unificar criterios de actuaciones de los diferentes Servicios para la consecución de esta intervención.

RESPONSABILIDADES:

Son responsables de esta actuación y de su cumplimiento todo el personal implicado en el proceso (ginecólogos, anestelistas, neonatólogos, enfermeras, matronas, auxiliares y celadores), así como la Dirección del centro.

INDICACIONES:

En principio, el contacto piel con piel se realizará en **todas las cesáreas** en las que no haya alguna de las siguientes contraindicaciones:

1. Condiciones maternas que dificultan la realización del piel con piel en la cesárea:
 - Placenta previa
 - Preeclampsia mal controlada
 - Anestesia general
2. Condiciones fetales:
 - Malformaciones
 - Pérdida del bienestar fetal
 - Pretérmino por debajo de 35 semanas
 - CIR con peso estimado por debajo de 2 kilos
 - Gestaciones múltiples (en gemelares podría ser opcional a juicio del equipo médico)
3. Condiciones en las que el equipo médico no lo considere conveniente (anestesiólogo, ginecólogo o neonatólogo) por causa médica justificada.

La **cesárea con acompañante** se realizará cuando no se dé ninguna de las contraindicaciones anteriores, y la madre con o sin el acompañante hayan sido correctamente informados y consientan en su realización.

PLAN DE ACTUACIÓN:

Preingreso:

Durante las clases de **preparación al parto** se les explicará a todas las gestantes los beneficios del piel con piel y la posibilidad de su realización tanto en el parto vaginal como en la cesárea, siempre que no haya contraindicaciones.

El médico que programe la cesárea ofrecerá la posibilidad de realizar la cesárea con acompañante y explicará y entregará el folleto informativo en consulta. Al programar la cesárea debe especificarse en el libro de partos al igual que la edad gestacional y los preoperatorios.

Si por circunstancias excepcionales esto no se ha hecho en consulta, lo podrá hacer también el médico que realiza el ingreso, tras explicar el procedimiento y dar el folleto informativo al acompañante.

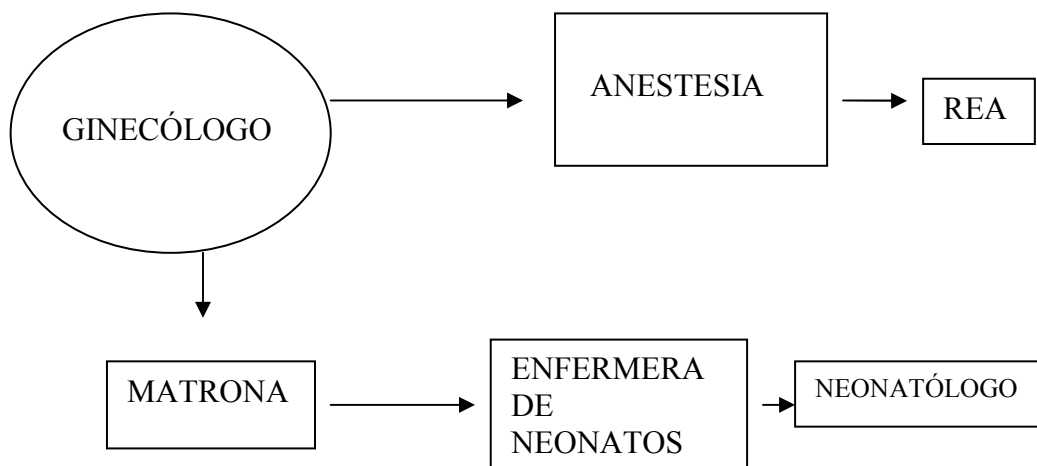
En el momento del ingreso:

La paciente ingresará en el área de Expectantes acompañada en todo momento por su acompañante si se trata de una cesárea programada o no existe contraindicación médica para hacerlo (fracaso de inducción, desproporción u otras patologías que no entrañen intervenciones añadidas para la madre o el niño).

La auxiliar de Expectantes dará pijama verde, calzas, gorro y mascarilla.

Si ingresara en planta, la auxiliar de planta le dará el equipo.

VÍA de COMUNICACIÓN con el resto de los PARTICIPANTES:



QUIRÓFANO

En la medida de lo posible, el quirófano estará a 24°C, con un bajo nivel de luz ambiental y con el mínimo ruido posible.

Durante la aplicación de la anestesia si es con padre/acompañante, éste permanecerá en el área prequirúrgica (pasillo, a la altura del quirófano de cesáreas) hasta que se haya realizado la punción: la auxiliar de quirófano le avisará cuando se haya finalizado.

El padre/acompañante permanecerá **sentado** al lado de la madre.

Se intentará poner el pulsioxímetro en el pie. Los electrodos para el EKG en el dorso materno. Se intentará dejar un brazo libre de vía periférica y coger 2 vías periféricas.

Extracción del feto:

Si está en cefálica, el campo se podrá bajar tras la extracción de la cabeza, para que la madre vea el nacimiento, a petición del cirujano.

Si no hay complicaciones, se intentará realizar el **clampaje tardío** del cordón (hasta que deje de latir ó 3 minutos, siempre que sea posible), ya que disminuye el riesgo de anemia en el neonato. Durante este tiempo la matrona o el ginecólogo secarán suavemente al niño para que no se enfríe (usar compresas verdes, nunca blancas sin contraste).

El cirujano ofrecerá el niño a la matrona. La matrona lo recibirá con guantes estériles y paño estéril y precalentado y se lo cederá a la madre, colocándolo en su hemiabdomen superior o en el tórax en posición oblicua o en la que considere más cómoda. Otra opción igualmente válida es que el mismo cirujano coloque al neonato encima de la madre, pero siempre vigilando que no se descuiden las condiciones de asepsia. Si no se puede hacer el piel con piel con la madre, se invitará al padre a cogerlo y a realizar el contacto piel con piel.

Al recién nacido se le mantendrá seco con toallas caliente y se animará al acompañante para que le seque y ayude a la madre (toallas para secar y el gorro al final). Durante este tiempo, el neonatólogo y enfermera de neonatos estarán presentes y evaluarán si el estado del niño permite continuar el piel con piel. Si se considera que el estado es óptimo una vez finalizado el test de Apgar y comprobado el buen estado del niño (aproximadamente 20 minutos), será la enfermera de neonatología(del Área de Transición), la que continúe con la observación y cuidados del niño, hasta la finalización del acto quirúrgico, siempre que la actividad asistencial lo permita, en caso de que no se pueda supervisar los progresos de la madre y el niño, el recién nacido será puesto piel con piel con el padre/acompañante si se encuentra en el procedimiento y serán llevados a la sala de transición hasta que la madre sea trasladada al Servicio de Reanimación de madres, donde permanecerán juntos si el estado clínico de la madre y el niño lo permiten.

Así mismo, el anestesista y el cirujano podrán determinar en cualquier momento que el estado de la madre esté comprometido y que el padre/acompañante o el neonato sean trasladados fuera del quirófano. En ese caso la auxiliar o enfermera acompañará al padre/acompañante y al recién nacido a Transición hasta que se resuelva la incidencia. Allí el padre podrá mantener si desea contacto PCP con su hijo.

POSTPARTO

Una vez terminada la cesárea se pasará a la madre con su hijo de la mesa del quirófano a la cama con apoyo de los celadores. Colocar el pañal al bebé con la menor manipulación posible para no interrumpir el PCP y no manchar el apósito de la herida quirúrgica y se realizará la correspondiente identificación del niño. El neonato permanecerá con la madre todo el tiempo. Si no es posible por el estado de la madre, la enfermera de neonatos o el padre podrán ser los que lleven hasta el área de Reanimación al bebé.

Dado que el padre no puede usar el móvil ni salir a la sala de espera, si la madre y/o el acompañante lo solicitan, el obstetra avisará a la familia y les informará del desarrollo de la intervención.

En Reanimación estará en el área especialmente preparada para ello y se intentará mantener el ambiente lo más tranquilo posible para evitar molestar a otras pacientes. Durante su estancia en éste área, la enfermera de neonatos comprobará el estado del neonato a la hora de vida. A las dos horas aproximadamente, la auxiliar de Reanimación, o el padre, llevará al niño a neonatos para realizar los cuidados rutinarios.

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y las del Ministerio de Sanidad, durante su estancia en la planta de hospitalización obstétrica permanecerá en una habitación individual, salvo que la ocupación no lo permita, proporcionando un ambiente relajado y tranquilo, que favorezca la intimidad, el mantenimiento de la lactancia a demanda y la unidad madre-padre-hijo (ANEXO 4).

Nota: Cualquier neonato que estando bien tenga que permanecer separado de su madre, podrá ser llevado a cualquier hora a Reanimación periódicamente para ser amamantado si el estado clínico de la madre lo permite.

ANEXOS

1. **Folleto informativo:** será explicado y ofrecido a todas las gestantes que cumplan los requisitos por el médico que sienta la indicación de la cesárea programada.
2. **Encuesta de satisfacción:** se ofrecerá a todas las cesárea programadas en la planta y se dejarán en cada control. Un residente de ginecología los recogerá semanalmente.
3. **Formulario de evaluación:** se adjuntará a la historia clínica en el momento del ingreso de todas las cesáreas programadas y será cumplimentada por el obstetra al terminar la intervención y por el obstetra que emite el informe de alta. Se dejará en la historia clínica, de donde la secretaria los recogerá.
4. **Informe para el uso de habitación individual de las habitaciones de Hospitalización Obstétrica.**

Bibliografía:

1. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. Apr. 38p. (Clinical guideline, N° 13).
3. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The Natural caesarean. *BJOG* 2008;115: 1037–1042.
4. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:24–31.
5. WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Service. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1989.

Anexo 2.5.4

Protocolo para favorecer la Lactancia Materna y el Contacto Precoz entre la madre y su hijo en el Servicio de Reanimación Maternal.

INTRODUCCIÓN:

El contacto piel con piel precoz entre la madre y el neonato favorece (1):

- Bienestar fisiológico y emocional de los lactantes y sus madres (menos llanto en el niño, mejor recuperación del estrés del parto).
- Estabilidad cardiorrespiratoria, disminución de los episodios de apnea .
- Mejor control de la temperatura.
- Mejora los niveles de glucemia del bebé
- Efecto analgésico para la madre y el niño
- Aumento de la secreción de oxitocina con el efecto positivo sobre la madre (disminuye el sangrado, mejor involución uterina, facilita la eyección de calostro).
- Favorece el inicio y duración de la lactancia materna.
- Mejora el apego materno y favorece el vínculo afectivo

Por estos motivos, la OMS recomienda que se facilite el contacto piel con piel tan pronto como sea posible.

Sabemos que a pesar del apoyo al alojamiento conjunto que se ofrece en nuestra maternidad, existen circunstancias clínicas que afectan a la madre o al niño que dificultan este contacto precoz y continuo desde el nacimiento.

Cualquier recién nacido que no haya practicado el piel con piel de forma inmediata al nacer por una causa médica justificada y que alcanza la estabilidad clínica, debe ser puesto en contacto piel con piel con su madre lo más precozmente posible.

OBJETIVO:

1. Garantizar el contacto piel con piel precoz en madre/hijo y la lactancia natural tan pronto como sea posible debido a los beneficios de salud de esta intervención...

Esta actividad se realizará independientemente del tipo de alimentación que haya decidido la madre.

2. Evitar separaciones innecesarias que dificultan la lactancia materna precoz, el inicio de la lactancia en maternidad, la necesidad del uso de alimentación artificial y un significativo mayor riesgo de destete precoz tras el alta hospitalaria.

3. Aclarar las actuaciones de los diferentes servicios implicados.

RESPONSABILIDADES:

Son responsables de esta actuación todo el personal que trabaja durante el procedimiento (enfermeras, auxiliares, y neonatólogos), así como de su cumplimiento la dirección del centro.

INDICACIONES:

Facilitar el contacto piel con piel y el amamantamiento en las primeras 2 horas de vida si el estado clínico de la madre y el niño lo permiten, manteniendo este contacto tanto tiempo como sea posible. Posteriormente se realizará según las necesidades del niño o por requerimiento de la madre.

En principio, se llevará a cabo en cualquier situación en la que tras la separación madre/hijo la situación clínica sea estable y no exista ningún impedimento médico por ambas partes.

1. Afectaciones maternas que lo dificultarían:

- Madre muy sedada o con deterioro clínico
- Rechazo de la técnica tras explicación de los beneficios (piel con piel y lactancia materna precoz) por parte de los profesionales

2. Afectaciones fetales:

- Prematuro por debajo de 35 semanas
- Recién nacido con síntomas que precise vigilancia clínica.

METODO:

A) INFORMACION A LOS PADRES

- Es muy importante que los padres estén debidamente informados para conseguir los mejores resultados. La enfermería de transición informará al padre o acompañante de la madre sobre los beneficios del método piel con piel y la lactancia materna. Si la situación en REA es favorable el padre acompañado por personal de enfermería de neonatología podrá llevar a su hijo en brazos para que pueda estar con su madre. Es conveniente que reforcemos la implicación del padre en el procedimiento.

B) ACTUACION SOBRE EL RECIEN NACIDO EN TRANSICIÓN Y REANIMACIÓN

- En el momento en que clínicamente el niño esté estable y a ser posible dentro de las primeras 2 horas para aprovechar el periodo de vigilia fisiológico de la madre y el niño, se llamará a REA para comunicarles que el bebé está listo. Tanto si está como si no está el padre se realizará ésta actividad siempre que no exista ningún impedimento médico justificado, lo que significa que el neonatólogo valorará al recién nacido antes del procedimiento.
- Se ayudará a la madre a acomodarse con su hijo, pasando posteriormente los cuidados que precisen la madre y el bebé a cargo del personal de REA. Este contacto se mantendrá tanto tiempo como sea posible, al menos 30 minutos, y se interrumpirá si existe alguna causa médica que lo justifique.
- Posteriormente, una vez que se decida terminado el procedimiento, la auxiliar de REA junto con el padre (si está presente) llevará de nuevo al recién nacido a neonatos (Transición).
- Este procedimiento se repetirá tantas veces como el niño requiera ser alimentado a juicio del personal de neonatos, actuando siempre en conjunto con el personal de REA que nos confirmará el estado de la madre. Se realizará durante las 24 horas.

C) ACTUACION SOBRE LA MADRE EN REANIMACIÓN

- Si la madre desea lactar a su hijo/a y está estable, se podrá requerir telefónicamente a Transición la presencia del niño, procediendo entonces como se ha descrito en el apartado anterior.
- Es conveniente que la madre se acomode, sobre todo cuando este el niño lo mejor posible para ayudar a que esa primera toma sea eficaz y placentera para ella.

Recordar que el amamantamiento en una posición correcta produce hormonas que reducen el estrés y produce analgesia en la madre junto con otros beneficios.

- Se proporcionará la ayuda y el apoyo necesarios, contactando si fuera preciso con Neonatos (interfono de Transición 1952).
- Si la organización lo permite, la madre que sea dada de alta de REA, podrá subir con su bebé a la planta, haciendo piel con piel cuanto tiempo esta desee.

Bibliografía:

1. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE guideline. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004.Apr.38p. (Clinical guideline,.Nº 13).
3. Smith J,Plaat F, Fisk NM. The Natural caesarean. *BJOG* 2008;115: 1037–1042.
4. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:24–31.
5. WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Service. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1989.

Nota: Este protocolo se validará definitivamente 1 mes después de su rodaje atendiendo y resolviendo las dificultades que surjan (Fecha de inicio 2 Marzo 2010)

Anexo 2.5.5

Protocolo de Lactancia Materna en Maternidad.



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

comité de Lactancia Materna
del Área 11 de Salud

PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN MATERNIDAD

OBJETIVOS

1. Promocionar y ayudar a iniciar y mantener la lactancia materna durante el ingreso hospitalario.
2. Unificar el contenido de la educación para la salud y los mensajes a los padres para fomentar la lactancia de forma eficiente.
3. Coordinar las estrategias de atención a la familia con el resto de profesionales dentro del área durante el embarazo, parto y postparto

ACTUACIONES

1. Disposición de un protocolo por escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud (anexo 1)

Fomentar la práctica de la LACTANCIA MATERNA es recomendable en todas las maternidades ya que objetivamente supone una mejora para la salud materno-infantil y para el gasto sanitario. Nuestra gerencia aceptó la normativa propuesta por la IHAN para promocionar la lactancia en nuestro entorno tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario. Esta normativa figura en la página web hospitalaria (www.h12o.es) para facilitar su conocimiento

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica ese protocolo

Periódicamente se realizarán cursos básicos de formación en lactancia que serán obligatorios para los profesionales que trabajen con madres y niños en nuestro centro y que se realizarán antes de incorporarse a sus funciones o al menos en los primeros 6 meses a la llegada del hospital. Esta norma afecta a todo el personal sanitario. La formación será adecuada y específica a las funciones realizadas. Así mismo se facilitará la asistencia del personal a jornadas, charlas o reuniones de lactancia para ampliar conocimientos. Las personas que habiendo realizado el curso básico de lactancia deseen realizar cursos más avanzados de consejería, se les facilitará de acuerdo a las necesidades organizativas que existan.

Durante todo el año se realizan talleres de lactancia en planta y en la Unidad de Neonatología sobre técnicas de extracción de leche y alimentación del recién nacido sano, enfermo o prematuro.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica

El Servicio de Ginecología y Obstetricia es parte imprescindible en el proceso para promocionar entre las madres lactancias prolongadas. Todas las gestantes controladas en nuestra Área serán preguntadas, durante la visita del 2º trimestre, sobre la intención de dar lactancia materna al recién nacido. Los profesionales que trabajan en esta área estimularán y apoyarán este hecho, permitiendo que exponga dudas o inquietudes si las tiene y facilitando la ayuda que precisen. Así mismo se llevarán a cabo actividades para estimular un parto lo más natural posible respetando la decisión materna tras una adecuada información (Guía Área 11).

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto

A. Contacto piel con piel (Anderson, Moore, Hepworth and Bergman 2003)
(ver protocolo)

Todos los RN sanos a término nacidos por parto vaginal o cesárea serán puestos en contacto piel con piel precozmente tras el parto por los beneficios conocidos de:

- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Mantenimiento de la normalidad de la glucosa.
- Mayor estabilidad cardiorespiratoria.
- Control en los niveles de cortisol (stress).
- Estimulación del nervio vago (liberación de oxitocina).
- En la madre: liberación de oxitocina endógena y prolactina, favorece la expulsión de la placenta, controla el sangrado, ayuda a la involución uterina y aumenta su autoconfianza.
- Menos tiempo de llanto.
- Mayor apego y contacto de la madre.
- Incremento de lactancia al mes y 3 meses.
- Incremento de la duración de la lactancia.

La profilaxis ocular, la vitamina K, la vacuna frente al VHB y el peso, pueden esperar a que se haya producido la primera toma del pecho.

Sólo en casos de que el recién nacido presentase síntomas respiratorios que requieran atención médica, estaría indicado aspirar la orofaringe, practicar lavados gástricos o introducir sondas para descartar malformaciones de coanas o esofágicas. Tampoco es necesaria la limpieza de las secreciones bucales con gasas.

El test de APGAR se realizará mientras que el niño esté en contacto piel con piel con su madre. Igualmente se aconseja una evaluación de la primera toma por parte del niño.

Madre e hijo permanecerán juntos en contacto piel con piel al menos hasta después de la primera toma, salvo que clínicamente esté indicado.

Existe evidencia de que los RN que succionan durante los primeros 30 minutos de vida son amamantados por un periodo de tiempo más largo.

Explicar a la madre el proceso de lactancia materna respecto a:

- Lactancia materna precoz:
Tanto en la planta como en niños ingresados en neonatos siempre que la madre clínicamente pueda, favorecer que continúe el piel con piel y facilitar el máximo número de tomas al pecho. En caso

de que exista separación madre-hijo, iniciar la extracción de leche a ser posible en las primeras 6 horas tras el parto para evitar que el niño haga tomas que no sean de leche materna y para inducir de la mejor manera la producción de leche.

- Lactancia materna sin restricciones o a demanda que implica ofrecer el pecho ante el primer indicio de que el bebé está dispuesto a mamar pero también respetarlo si no quiere:
Instar a la madre a estar el mayor tiempo posible junto a su bebé piel con piel para que esto sea posible. Enseñar a las madres a atender signos precoces de hambre como movimientos de búsqueda, aumento de la actividad, chupeteo de su mano o sonidos etc, para facilitar el enganche
- Informar a la madre de que el RN tiene ritmos diferentes en la frecuencia de las tomas. Durante los primeros días la mayoría lacta con mucha frecuencia (8-12 tomas), pero progresivamente, en el transcurso del primer mes de vida, se produce una autorregulación alimentaria realizando 6-7 tomas al día.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos

Si la madre lo requiere o si se observan signos de un amamantamiento ineficaz los profesionales que tienen a su cargo el cuidado de madre y lactantes informarán de los siguientes aspectos:

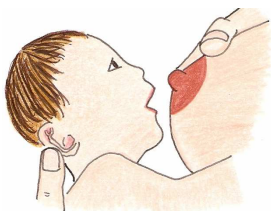
- A. COMO CONDEGUIR UN BUEN ENGANCHE:**
- B. SIGNOS DE BUEN ENGANCHE**
- C. POSICIONES PARA AMAMANTAR.**
- D. EXAMEN DEL PECHO E HIGIENE**
- E. EXTRACCIÓN DE LECHE**
- F. CUIDADOS EMOCIONALES**

A. COMO CONDEGUIR UN BUEN ENGANCHE:

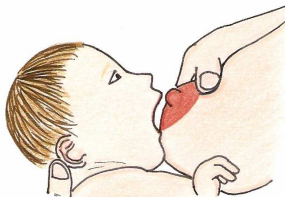
Los niños saben engancharse solos si les damos tiempo y les dejamos mostrar sus instintos. Esta forma de tomar el pecho se denomina autoenganche.

Tenemos que saber explicarlo a las madres y favorecer un ambiente tranquilo e íntimo para que lo realicen. Se aconseja que la madre este reclinada en un sillón o en la cama con el niño cerca del pecho y sujeto contra su cuerpo para que no se caiga o venza hacia cualquier lado. Él o ella buscará el pezón, se enganchará y empezará a succionar si lo desea.

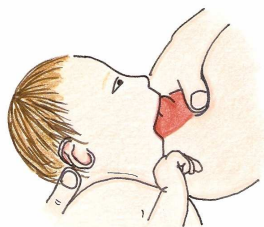
SI CREES QUE NECESITA AYUDA, explicar a la madre con apoyo escrito (material educativo elaborado, documentos, carteles):



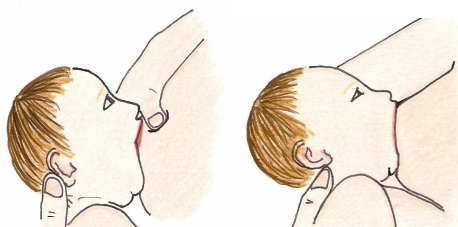
Puedes coger el pecho con tu mano en forma de C con los dedos fuera de la areola (zona oscura del pecho que rodea el pezón). Pon tu pezón a la altura de la nariz de tu bebé sin tocarla, no centrado en la boca. El bebé olerá tu leche y abrirá la boca.



Si no abre la boca, trata de acercarle más el pecho a la barbilla para ayudar a que la abra y entonces acercar al niño para que se enganche, de manera que el pecho entrará en su boca por encima de la lengua. El bebe tendrá el labio inferior lejos de la base del pezón, de manera que no sientas molestias cuando succione.



Una vez que haya abierto la boca y su labio inferior este pegado a la areola, lejos del pezón, utiliza tu dedo pulgar para introducir totalmente el pezón hacia el techo de su boca.



Mantén el pecho sujeto entre tus dedos un rato, hasta que tu bebe succione de seguido, después puedes retirar la mano y disfrutar con tu bebé.

B. SIGNOS DE BUEN ENGANCHE

El bebé tiene la boca muy abierta
Las mejillas o carrillos están inflados o llenos cuando mama
La barbilla y la nariz rozan el pecho
La areola inferior está más introducida en la boca que la superior
El labio inferior está hacia fuera cuando mama
El bebe mama y poco a poco se relaja
No hay dolor en la toma
Hay transferencia de leche porque hace deposiciones y micciones

C. POSICIONES PARA AMAMANTAR

a) Posición sentada:

- Posición tradicional o de cuna:
 RN recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del RN estará en el antebrazo y su espalda estará a la largo de la parte interior del brazo y la palma de la mano. Oído, hombro y cadera estarán en línea recta. El abdomen del niño toca el abdomen materno y su brazo inferior abraza a la madre por el costado. Con la mano libre se sujeta el pecho y se le ofrece.
- Posición de cuna cruzada:



Variante de la posición anterior.



La madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de U. la otra mano sujeta la cabeza y cuello del niño, colocando los dedos índice y pulgar detrás de las orejas y la palma de la mano entre los omóplatos del RN.



Útil durante las primeras semanas de vida del RN, ofrece un mayor control y en caso de niños con succión débil, permite ayudar al RN a tomar el pecho.

- Posición de canasto o de fútbol americano: El RN se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar con



el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta sujetándole por la nuca.

Útil en caso de cesárea, para amamantar gemelos a la vez y en recién nacidos prematuros.

- Posición sentado: El RN se sienta vertical frente al pecho, con las piernas montado sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Útil en caso de mamas muy grandes, grietas, niños hipotónicos y reflejo de eyección excesivo.
- Buscar un sitio cómodo, sentada en una silla asegurando que la espalda este bien apoyada (la boca del niño se acerca al pecho y no al revés).
- Es útil disponer de un taburete para apoyar los pies. El peso del bebe puede descansar sobre almohadones para que la espalda no soporte la tensión.



b) Posición acostada:

Madre y RN acostados en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño enfrentada al pecho y el abdomen pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doble.

Útil en caso de cesáreas, en los primeros días posparto y para las tomas nocturnas.



Posición del RN:

- El bebe debe estar en una posición cómoda, orientado con el cuerpo de cara a la madre y pegado a el (barriga con barriga) con un bracito por encima y otro por debajo del pecho; sin ningún tipo de torsión; con la cabeza, cuello y espalda en línea recta.
- La cabeza del RN reposa en el antebrazo (no en el codo), frente al pecho y la mano de la madre recoge la espalda del bebe.

Acercamiento al pecho:

- La madre con una mano sujeta el pecho y dirige el bebe hacia él.
- La sujeción del pecho puede hacerse en forma de U ó de C. en la posición en forma de C, la madre pone el pulgar encima del pecho y los cuatro dedos restantes por abajo, lejos del pezón y la areola; en la posición en forma de U el pecho queda colocado entre el pulgar y el índice. No sujetar el pecho en forma de pinza.
- Estimular el reflejo oral de búsqueda tocando los labios del RN con el pezón.
- Esperar a que el RN abra bien la boca, en ese momento introducir el pezón (dirigido hacia el paladar) y la areola en su boca. Tiene que llevarse a la boca una parte considerable de la areola situada por debajo del pezón. No es necesario que se la lleve toda. Nunca debe succionar solo el pezón.

No apretar el pecho con un dedo para apartarlo de la nariz del bebe, ya que esto propicia la salida del pezón de su sitio.

D. EXAMEN DEL PECHO E HIGIENE

Pedir permiso a la madre para examinar el pecho y explicarle los cuidados recomendados durante la lactancia:

- Limpieza de las mamas una vez al día coincidiendo con la higiene diaria.
- No usar jabones ni productos astringentes que puedan irritar piel areola y pezón
- Utilizar sujetadores que sostengan la mama pero que no la compriman.
- Examinar el pecho y pezón en busca de: producción láctea adecuada, reflejo de eyección, pezones planos o invertidos, grietas...
- Explicar a la madre que es preciso que se extraiga leche con suficiente frecuencia durante el tiempo que se encuentre separada de su bebe, para evitar que el pecho se llene en exceso y ayudar a que se mantenga la producción. Es aconsejable cada 3 horas con una extracción nocturna, cuando los niveles de prolactina son más altos.

Explicar a la madre que la leche extraída cubrirá las necesidades de su bebe durante su ausencia.

E. EXTRACCIÓN DE LECHE

A todas las madres de esta maternidad, independientemente de que lo precisen, se les enseñará cómo extraerse leche manualmente.

En caso de que lo precisen se ampliarán a técnicas de extracción con sacaleches según las preferencias (ver anexo sacaleches, manual).

A las madres de niños que precisen ingreso en nuestra Unidad Neonatal, se les facilitará un sacaleches, es conveniente al menos una extracción nocturna cuando los niveles de prolactina son más altos para que el inicio de la lactancia sea lo mejor posible. También podrán acceder al cuarto de lactancia siempre que quieran para poder descansar, hablar con otras madres o extraerse la leche con más intimidad.

Para el uso de sacaleches hay información y normas escritas accesibles junto a los mismos.

En el servicio de neonatología se les facilitará información sobre el protocolo de extracción, conservación y transporte de la leche materna.

F. CUIDADOS EMOCIONALES

a. Aumentar la confianza de la madre en su capacidad para lactar:

- Ofrecer información y apoyo durante la lactancia.
- Evitar informaciones contradictorias.
- Ayudar a la madre a ser consciente de los beneficios físicos y emocionales que obtiene el RN gracias a ella y viceversa.
- Explicar que es preciso afrontar la lactancia con una actitud positiva, paciente y confiando en sus capacidades.
- Explicar a la madre que la lactancia se ve favorecida por el contacto físico con el bebé: contacto piel con piel, acunarlo...
- Dirigirla a grupos de apoyo de lactancia materna.

b. Valorar el apoyo de la pareja con respecto a la lactancia materna.

6. NO DAR A LOS RECIÉN NACIDOS MÁS QUE LECHE MATERNA, SIN NINGÚN OTRO ALIMENTO O BEBIDA, A NO SER QUE ESTÉ MÉDICAMENTE INDICADO

La alimentación suplementaria es la que recibe al bebé además del pecho y puede ser: leche de su madre o leche artificial (la leche donada no se usa de momento en la planta)

La alimentación con pequeñas cantidades de calostro en las primeras 48 horas de vida son suficientes para mantener la energía y mantener la glucemia en los niños sanos a término. La alimentación suplementaria en este periodo evita un adecuado establecimiento del flujo de leche materna y favorece un destete precoz. Además, altera la flora intestinal y sensibiliza al niño a sustancias alérgicas entre otras razones.

Requisitos para administrar suplementos:

1. *Evaluación de la toma*
2. *Informar a los padres de los inconvenientes para el niño y la lactancia.*
3. Orden médica definiendo contenido, volumen y forma de administración.
4. Consentimiento verbal de los padres.
5. Registro: Todos los pacientes que hayan recibido suplementos de leche artificial por cualquier tipo de dificultad con la lactancia los primeros días, independientemente de que al alta esté con lactancia exclusiva, se

registrará este evento de manera informática y se enviará para seguimiento por riesgo a su pediatra de zona (ver guía área 11).

Prevención:

Animar a todas las madres con niños que realicen pocas tomas en los primeros días a realizar *piel con piel* todo el tiempo que puedan y *extracción manual o sacaleches* para mantener el estímulo y ofrecer el calostro a su hijo.

Apoyo profesional

Observar las primeras tomas para valorar y corregir la técnica, informar que las situaciones de estrés inhiben la eyección transitoria, ayudar a recuperar la estabilidad emocional.

Dar ayuda práctica concreta y concisa en los primeros momentos, con lenguaje verbal y no verbal.

Cuando los padres solicitan un suplemento, ofrecer la información adecuada, no ser autoritarios, calmar al RN y, si insisten, dar suplemento y anotar en las observaciones de enfermería.

7. FACILITAR EL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA

En ningún caso salvo por indicación médica el recién nacido se separará de su madre, cualquier tipo de actuación rutinaria de asistencia al recién nacido sano se realizará en presencia de los padres.

Las manipulaciones molestas o dolorosas que precise el recién nacido como vacunas o pruebas metabólicas, nivel de bilirrubina...se intentará realizar cuando el niño succione bien del pecho o en casos de seguir alimentación artificial del biberón, para aprovechar el efecto analgésico demostrado.

Conviene recordar a la familia que limite las visitas en el hospital para permitir que la madre-padre permanezca más pendiente de su hijo, descanse y la lactancia sea más fácil

8. FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA SIN RESTRICCIONES O A DEMANDA

Los recién nacidos sanos no suelen mamar mucho el primer día de vida; tienen reservas de energía que pueden usar hasta que aumente la cantidad de leche en el pecho, el calostro les proporciona todo lo que necesitan. No obstante se recomienda que la madre le ofrezca el pecho con regularidad 8-10 veces al día hasta que se produzca la subida de la leche.

Sin embargo los niños pueden llorar porque necesitan caricias y el calor de su madre para sentirse seguros, *se recomienda mandar mensajes y explicar a la madre los beneficios generales para ambos del contacto piel con piel.*

Algunas medicinas para aliviar el dolor en el parto hacen que los niños estén algo más dormidos. Si es así, animar a la madre a permitir el contacto con su pecho con su hijo todo el tiempo que pueda y darle el calostro extraído manualmente si está muy adormecido. Cuanto más veces mejor. Conseguirá que el niño elimine antes los medicamentos y comience a mamar espontáneamente.

Las tomas frecuentes harán que se produzca tanta leche como necesite el bebe durante muchos meses. *Este es un momento muy importante para que esto ocurra y los primeros días son clave.*

Madre y niño no se separarán durante el tiempo que permanezcan en el hospital. Esto permitirá afianzar el vínculo y que la madre aprenda a responder a las señales precoces de hambre sin que su bebé llore (chupeteos, movimientos de la lengua...).

Controlar las visitas por parte de los padres hará que todo sea más fácil en estos primeros días tan especiales.

Recomendación sobre colecho.

En casa se recomienda que el hijo duerma en su cuna en la habitación de los padres al menos los 6 primeros meses. Si los padres comparten alguna vez la cama con el hijo, pueden quedar dormidos con él, por lo que es conveniente para prevenir la muerte súbita del lactante, que los padres tengan en cuenta en todo momento por la seguridad del niño/a que, ninguno de los dos debe: ser fumador, beber alcohol, tomar drogas o medicación que produzca sueño, estar excesivamente cansado u obeso o compartir una cama blanda (cartel síndrome muerte súbita del lactante).

9. NO DAR A LOS NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO TETINAS O CHUPETES ARTIFICIALES

- Evitar el uso de biberones y chupetes al menos durante el primer mes, hasta que la lactancia este bien establecida. Puede producir en las primeras semanas mal enganche posterior al pecho e ingurgitación mamaria con disminución de la producción de leche. En los momentos en que no se encuentre la madre presente se administrará la alimentación con un método respetuoso con la lactancia materna a ser posible que no sea biberón.

10. FOMENTAR EL ESTABLECIMIENTO DE GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Los grupos de apoyo son un pilar fundamental en el fomento de la lactancia materna. Existe representación de los mismos en el Comité de Lactancia Materna de nuestra área sanitaria.

Los profesionales ofrecerán a las mujeres gestantes, puérperas o lactantes y sus familias información oral y escrita sobre localización, horarios y forma de contactar con los grupos de apoyo a la lactancia de Madrid y de los que existen en nuestra área sanitaria

11. CODIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS

Prohíbe:

- ✓ a los fabricantes **distribuir material educativo** (folletos, libros, videos) salvo que las autoridades sanitarias se lo hayan solicitado previamente por escrito.
- ✓ que en este centro se **exhiban** carteles ni productos.
- ✓ **suministros de leche gratuitos** o a bajo precio.

- ✓ **muestras gratuitas** para los **profesionales** de la salud, excepto para la evaluación profesional o para investigación en el ámbito profesional
- ✓ **la publicidad se limitará a publicaciones especializadas** en asistencia infantil y para trabajadores de salud y sólo contendrán información **científica y objetiva**.
- ✓ dar **muestras gratuitas** al público y especialmente su distribución a través del sistema de salud.
- ✓ el **contacto** entre el personal comercial de las compañías y madres.

Divulga

- la **superioridad** de la lactancia materna
- los **riesgos** de introducir sucedáneos
- la dificultad de rectificar la decisión de **no** amamantar

En la maternidad del Hospital 12 de Octubre se velará por el cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos de leche materna y por ellos:

→ No se entregarán a la madre ni a la familia paquetes comerciales cuyo contenido pueda interferir con la lactancia (chupetes, tetinas, botellines de agua mineral, infusiones, revistas con publicidad de casas de leche o cupones diversos para recibir publicidad de los mismos en el domicilio).

→ Las compañías no pueden hacer propaganda directa o indirecta mediante folletos, calendarios, carteles, bloques de hojitas, bolígrafos. No debe existir visibilidad de esta publicidad en los espacios asistenciales (consultas, secretarías...).

12. MANEJO DE PROBLEMAS MÁS COMUNES DE LA MADRE Y EL NIÑO

PROBLEMA MATERNOS	SINTOMAS	CAUSAS	SOLUCIONES
<i>Pezón plano/invertido/pseudoinvertido</i>	Enganche difícil		Observación desde la 1ª toma para realizar un enganche exagerado con el pecho blando. Practicar el autoenganche o ayudar un poco en la sujeción del pezón. Utilizar el sacaleches para estimular el pezón o darle forma con un leve masaje con los dedos
<i>Grietas pezón</i>	1. Molestias sin dolor 2. Enganche doloroso	1. Estiramiento pezón 2. Mal enganche	1. Nada, se pasa solo 2. Corregir enganche. Analgesia +/- lubricantes
<i>Dolor del pecho unilateral</i>	Dolor punzante durante y después de la toma	1. Mastitis 2. Ingesta alta de cafeína	1. Valorar antibiótico 2. Analgesia y reducir cafeína y derivados
<i>Ingurgitación, subida de leche</i>	Ambos pechos duros y dolorosos	1. Mal enganche	1. Compresas templadas antes de la toma para facilitar la salida de la leche, extracción de leche tras las tomas, compresas frías entre tomas.

		2. Restricción en las tomas o bebe dormido	Mejorar el enganche 2. Ofrecer el pecho con más frecuencia. Piel con piel
Conducto bloqueado	Cordón unilateral doloroso	1. Mal enganche 2. Compresión del pecho	1. Mejorar el enganche y masajear la zona durante la toma, aplicar calor local 2. Revisar el sujetador o la posición al dormir
Mastitis	Dolor, enrojecimiento y endurecimiento de una zona del pecho. Síntomas de malestar general y fiebre	1. Conducto bloqueado sin tratar 2. Mal enganche 3. Compresión del pecho (ej. sujetador) 4. Vesícula blanca en pezón (bloqueo graso o calcio del conducto)	1-3. Compresas de agua caliente con masaje y extracción manual de leche. Masaje durante la toma. Mejorar enganche. Extracción tras la toma para favorecer vaciado. Si no mejora en 12-24 horas, iniciar antibiótico. 4. Retirar la vesícula para facilitar vaciado con una aguja fina y masaje
PROBLEMAS DEL NIÑO	SINTOMAS	CAUSAS	SOLUCIONES
Pérdida de peso o poca ganancia	-Pérdida peso >10% del RN. -No ganancia a partir del 5º día o no recuperación PRN al 10º día. Ganancia de menos de 20 gr/día a partir del 10º día. -Menos de 2 deposiciones o micciones el 2º día postparto. -No deposiciones amarillentas grumosas al 5º día. -Menos de 6 micciones de color claro al 5º día	1. Mal enganche 2. Bebe dormido 3. Restricción de tomas o duración 4. Tomas lentas 5. Alteración neurológica	1. Mejorar el enganche 2. Ofrecer más tomas 3. Ofrecer los dos pechos 4-5. Aumentar la producción de leche con extracción y suplementar tomas con la leche de madre. Tomar en cada toma dos veces de cada pecho de forma alterna para aumentar el estímulo. SIEMPRE PIEL CON PIEL
Tomas prolongadas	Tomas continuas de más de 30 min / pecho después de la 2ª-3ª semana de vida	1. Mal enganche 2. No reconocimiento de cuando cambiar de pecho 3. Insuficiente leche	1. Enganche exagerado 2. Ofrecer el otro pecho cuando el niño no se suelta solo del pecho, o no hay ruidos de deglución. 3. Suplementar sin tetinas hasta que el bebé mejore o gane fuerzas
Tomas muy frecuentes y prolongadas	Niño irritable	1. Mal enganche 2. Expectativas no realista 3. Insuficiente leche	1. Mejorar enganche 2. Reforzar el papel de madre 3. Raro. Incrementar estimulación/extracción con sacaleches tras las tomas. Investigar causas de

		4. No le ofrece los dos pechos 5. Cansancio, ansiedad	hipogalactia 4. Cambio de pañal tras el 1º pecho para despertar y ofrecerle el 2º pecho 5. Reforzar, empatizar y valorar medicación
Llanto	Nino intranquilo a lo largo del día	Igual que el apartado previo	Igual que el apartado previo

RECORDAR QUE:

**LA PREVENCIÓN DE CUALQUIER PROBLEMA ES
 LA MEJOR ACTIVIDAD QUE PODEMOS REALIZAR,
 LA OBSERVACIÓN DE LA TOMA Y
 EL CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE LA MADRE Y EL HIJO
 SON LAS MEJORES HERRAMIENTAS**

13. SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

A.- INDICACIONES DE LA INHIBICIÓN

Se realiza en:

Mujeres que deciden no lactar al pecho a su hijo (respetar decisiones).

Mujeres que han perdido su hijo en el periodo perinatal.

Mujeres que presentan patologías que contraindiquen la lactancia materna.

B.- MÉTODOS DE INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Si la supresión está decidida antes del parto, una vez que este se produzca o al menos antes de las primeras 24 horas, habrá que actuar inhibiendo la lactogénesis, es decir, inhibiendo la actuación de la prolactina. Para ello utilizaremos un antagonista de la prolactina:

Cabergolina (Dostinex®) comp. 0,5 mg. Lactancia no establecida: 2 comp. el primer día del posparto (dosis única). Lactancia establecida: ½ comp/24 h durante 2 días.

Conducta pasiva: es decir, no efectuar ningún tratamiento. La mujer suele referir dolor por ingurgitación durante 1 ó 2 días. Si el dolor es intenso se le pueden extraer pequeñas cantidades de leche 1 ó 2 veces con un sacaleches.

Las mujeres se sienten más cómodas si utilizan un sujetador que comprima un poco las mamas, o si se realiza un vendaje de mamas, aunque no se ha demostrado que este vendaje ayude a la inhibición de la secreción láctea.

C. CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FALSAS CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

CONTRAINDICACIONES

- Expreso deseo materno de no lactar.
- Enfermedad materna por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la leucemia humana (VHLT).
- Madres dependientes de drogas de abuso.
- Galactosemia clásica del lactante.

- En general los fármacos contraindicados son: amantadina, amiodarona, antineoplásicos, bromuro, cloramfenicol, dipirona, metronidazol, sales de oro, radiofármacos. Se recomienda consultar la web Medicamentos y lactancia <http://www.e-lactancia.org>

Hay otras situaciones que contraindican temporalmente de lactancia: herpes simple en el pecho, brucelosis materna hasta que inicie 72 h de tratamiento, lesiones de sífilis en el pecho hasta que se trate y desaparezcan

FALSAS CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- Infección materna por virus de la Hepatitis B.
- Infección materna por virus de la Hepatitis C.
- Infección materna por citomegalovirus.
- Tuberculosis activa en la madre.
- Madre con fiebre desconocida en estudio.
- Madre fumadora (recordar que aunque el tabaco es un factor de riesgo para el Sr. Muerte Súbita del Lactante, la lactancia materna protege).
- Madre con ingesta ocasional de alcohol (recomendar que lacte 2 horas después).
- Mastitis.
- Ictericia neonatal.
- Cirugía mamaria (examinar las mamas).

14. RECOMENDACIONES ERRONEAS SOBRE LACTANCIA

1. Hacer tomas cada 3 horas y 10 minutos de cada pecho.
2. Cuanto más tiempo pase entre tomas más leche se tiene.
3. Cuanto mayor es el tamaño de las mamas, más leche hay.
4. Lavar el pecho antes y después de las tomas o utilizar alcohol en los pezones para prevenir grietas.
5. No dar de mamar con pezones invertidos.
6. El llanto del bebé siempre significa hambre y si no aguanta más de tres horas también.
7. Ofrecer algo más que el calostro hasta que suba la leche no interfiere con la lactancia.
8. En caso de gemelos ofrecer suplementos porque no hay leche suficiente para los dos.
9. La cesárea en sí misma es lo que hace que la subida de la leche se retrase.
10. El coger a los niños Piel con piel o en brazos les acostumbra y les hace caprichosos y malcriados.
11. No iniciar la extracción de leche hasta que se note la subida.
12. La lactancia prolongada más de 6 meses no tiene beneficios nutricionales ni inmunológicos y produce trastornos de conducta del niño.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra; 1989. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf>.
2. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia:WHO; 1990. Disponible en: <http://www.unicef.org>
3. IHAN España. Pagina Web de la IHAN en España. Disponible en: <http://www.ihan.es/index17.asp>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra:WHO;2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
5. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. Florencia; 2005. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud;2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
7. Acuerdo Colaboración UNICEF y Comunidad de Madrid; 2009. Disponible en: <http://www.madrid.org>
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención Hospitalaria al Parto. estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
9. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna *de la teoría a la práctica*. Ed. Panamericana; 2008
10. Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
12. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. M. Sánchez Luna, C. R. Pallás Alonso, F. Botet Mussons, I. Echaniz Urcelay, J. R. Castro Conde, E. Narbona y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. An Pediatr (Barc).2009;71 (4): 349–361
13. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna Pediatría Atención Primaria Área 09 -H. Dr. Peset Valencia. www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm
14. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence. Mosby-Elsevier, 2007.
15. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_I8_en.htm
16. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_I8_en.htm
17. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_I8_en.htm
18. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding June 2005 INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/docs/lactancia_natural.pdf
20. OMS. Informe de 10 datos sobre la lactancia materna; 2008. Disponible en : <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>

21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud; 2007. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra; 1981). Disponible en:
<http://www.ihan.es/publicaciones/articulos/NLDP.pdf>.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/kmc_sp.pdf

Anexo 2.5.6

Extracción, conservación y congelación leche materna

- En plantas de maternidad y pediatría



Hospital Universitario
12 de Octubre
CENTRO
MATERNO INFANTIL

Guía sobre
**EXTRACCIÓN de
LECHE MATERNA
en el hospital**



¿Cuándo es útil la extracción de leche materna?

Es útil cuando el niño/a no puede mamar, en caso de hospitalización de la madre o del niño o, para madres que trabajan fuera de casa y desean seguir amamantando, para **establecer, mantener o aumentar** la producción de leche. La extracción también ayuda a estimular la "subida de la leche", cuando el niño succiona poco o débilmente.

No se desanime si obtiene poca o ninguna leche las primeras veces. Considérelas como sesiones de prácticas.

En esta guía encontrará indicaciones sobre cómo realizar la extracción de su leche durante el ingreso hospitalario y cómo almacenarla y transportarla de su casa aquí, si fuera necesario.

Si durante la hospitalización encuentra dificultades para iniciar o mantener la lactancia cuente con nuestro apoyo para superarlas.

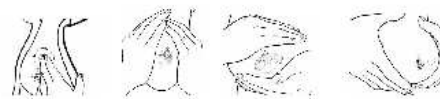
¿Cómo se puede extraer leche?

Puede extraerse manualmente o con extractor mecánico o eléctrico.

Consideraciones previas antes de empezar cualquier extracción:

- Retirar anillos, pulseras y relojes de las manos para lavarlas.
- **Lavar sus manos** antes de manipular el pecho o el extractor.
- Es aconsejable tener las uñas cortas sin esmalte y el pelo recogido.
- Una ducha diaria con agua y jabón es suficiente, no es necesario limpiar areolas y pezones en cada extracción. No ponga aceites o cremas en pezón y areola.
- Es más fácil extraer la leche si está relajada. La salida de la leche mejora con estímulos externos: oír al bebé, una foto del niño o el suave masaje del pecho.
- Estar incómoda o sentir dolor puede dificultar la salida de la leche. Si esto ocurre, interrumpa la sesión de extracción y coméntelo al personal de enfermería de su unidad.
- El cansancio, el estímulo o extracción infrecuente son las causas más comunes de la poca producción o disminución de leche.
- Tenga a su alcance todo lo que pueda necesitar (por ejemplo agua para calmar la sed).
- Evite tocar el interior de los botes y tapas donde recoge la leche.

Ejemplo de masaje



Extracción manual de leche

La extracción manual, puede parecer laboriosa al principio, pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. Muy aconsejable para aliviar la congestión mamaria o extraer **calostro**.

Para la mayoría de las mujeres es más cómodo con el pulgar encima y los otros dedos debajo a unos 3 cm, desde la base del pezón, no siempre coincide con el borde de la areola. Cuando el pecho es grande, puede ser más fácil con una mano encima de la areola y la otra debajo.

2

Cómo hacer la extracción manual (Técnica de Marmet)

1. Lavar las manos.
2. Estimular la bajada de la leche masajeando los pechos durante unos minutos (ver ejemplos).
3. Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos 3 o 4 centímetros por detrás del pezón.
4. Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos primero levantarlos y después empujar.
5. Rodar los dedos hacia el pezón, rodar **no deslizar**.
6. Repetir rítmicamente para vaciar bien el pecho: colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar...
7. Girar la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas del mismo. Puede utilizar ambas manos en cada pecho.
8. Continuar la extracción hasta que el flujo de leche sea más lento.
9. Repetir todo el proceso, provocar el reflejo de bajada y exprimir en ambos pechos, una o dos veces más.
10. Evitar estrimamientos y presión excesiva en el pecho o pezón.



En los primeros días, si extrae unas gotas de **calostro**, se pueden recoger en una jeringuilla para aprovechar todo y dárselo a su hijo/a.

Recuerde:

- . Cualquier cantidad de leche materna es buena.
- . Cada madre desarrolla su propio estilo de extracción.
- . La extracción no debe ser dolorosa.



3

Extracción con sacaleches

¿Qué tipo de extractor utilizar?

Existen extractores mecánicos, también llamados manuales y extractores eléctricos, elija según sus necesidades. Para extraerse solo de vez en cuando, puede ser útil el mecánico. Si va trabajar o a estar lejos de su hijo/a durante algún tiempo, quizá sea preferible el extractor eléctrico, más cómodo y eficaz pero, cuestan más y suelen ser más difíciles de transportar. Existe la opción de alquilarlos. Cada sacaleches incorpora instrucciones de uso, léalos antes de utilizarlos.

Si piensa comprar o alquilar un sacaleches, hágalo **antes del alta**, para que pueda continuar con el ritmo de extracciones en casa y consultar las dudas que surjan con su utilización. Podrá usarlo para la extracción en el hospital. Si su hijo/a está ingresado, le informaran sobre qué extractores se adaptan a los recipientes que le proporcionarán para recoger la leche.

Extracción en el Hospital

En todas las unidades de hospitalización de madres y lactantes existen sacaleches eléctricos dobles a su disposición.

En algunas unidades como obstetricia y neonatología existen **salas de lactancia**; puede elegir extraerse en la misma o junto a su hijo. Pregunte al personal de enfermería dónde están.

Para usar estos sacaleches, le daremos un **equipo** de uso individual que se adapta al extractor. Este **equipo** es para usted exclusivamente. Se entrega estéril y listo para ser utilizado la primera vez. Después de usarlo, límpiolo igual que su sacaleches, con agua y jabón.

Manejo del extractor del hospital

Siga los pasos recomendados en la página 2.

Para una extracción más **eficaz y confortable**, es necesario regular la fuerza de succión y la velocidad del extractor. Encontrará las instrucciones de uso junto al mismo:



Regulador de velocidad



Regulador de fuerza de succión

4

Limpie la superficie del extractor con una celulosa humedecida con alcohol de 70° antes y después de usarlo.

Mantenga una postura cómoda durante la extracción (hombros relajados, espalda y los brazos apoyados).

¿Con qué frecuencia extraer leche?

Depende de la razón por la cual necesite extraerse, de manera ocasional para aliviar un pecho congestionado por ejemplo o periódicamente para iniciar, mantener o aumentar la producción.

- Para iniciar la lactancia cuando esté separada de su hijo: comenzar la extracción lo antes posible, en las primeras horas después del parto; cuanto antes se estimule el pecho, antes obtendrá leche. Extraer el calostro ayuda a que se inicie la producción. Extraer tanta leche como pueda, con tanta frecuencia como lo haría su bebé si estuviera mamando, cada 2 o 3 horas.
- Para mantener la producción de leche necesaria para alimentar a un bebé: extraer al menos cada 3 horas. El vaciado frecuente del pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción. Por la noche, intente que no pasen más de 5 horas entre extracciones. Si la producción baja, la extracción de leche nocturna es esencial. Descanse, aunque sea intermitentemente a lo largo del día con pequeñas siestas.
- Para aumentar su producción de leche: se recomiendan extracciones muy frecuentes durante unos días: cada hora durante el día por ejemplo y por lo menos cada 3 horas durante la noche. Puede ser insuficiente, extraer leche pocas veces o a intervalos largos de tiempo entre una extracción y otra. Intente vaciar el pecho en cada extracción.
- Cuando la madre trabaja: Organizar las extracciones según el horario, la distancia al trabajo y tomas del bebé. Si es posible, también mientras esté en el trabajo, para mantener la producción.

¿Cuánto tiempo dura cada extracción?

Nuevamente depende del motivo de la extracción.

Para estimular realizar extracciones frecuentes de 5 o 10 minutos de cada pecho. Para aumentar y mantener la producción, extraiga la leche hasta que vacíe el pecho, 1 ó 2 minutos después de que sólo salgan gotitas; esto contribuirá a seguir aumentando la cantidad en posteriores extracciones. No emplee más de 20 minutos en cada pecho, es preferible que se extraiga con más frecuencia.

5

¿Con qué recipientes recojo la leche en el hospital?

Solo con envases que le facilitemos en el hospital, botes de cristal o jeringuillas para el calostro.

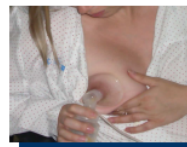
Deje 2 cm. de la altura del envase sin llenar para evitar que estalle el frasco en caso de que haya que congelarlo.

Pregunte al personal de enfermería de su unidad de ingreso, las normas para el almacenamiento de leche. Para la conservación y almacenamiento en el hospital, le daremos etiquetas donde usted escribirá, el nombre, la fecha (día, mes, año), la hora de inicio de la extracción y el volumen que contiene cada envase.

¿Qué hacer con la leche extraída en el hospital?

La leche recién extraída puede mantenerse a temperatura ambiente (máximo 25° C) varias horas. En el hospital, recomendamos que no pasen más de 6 horas hasta dársela a su hijo. Pero si se va a almacenar hay que refrigerarla inmediatamente. Una vez etiquetada la entregará a la auxiliar de enfermería o a la enfermera de la sala donde está ingresado su hijo/a. Unas veces se administrará en las siguientes 24 horas y otras se congelará para darla más adelante. Las madres con hijos ingresados en el Servicio de Neonatología que estén extrayéndose leche, deben bajarla inmediatamente, ellas o un familiar, a Neonatología para que se proceda a su conservación lo antes posible.

¿Qué hacer con la leche extraída en casa?



Si usted se extrae leche en casa y la trae al hospital para su hijo, asegúrese de que los recipientes con la leche están bien cerrados y etiquetados. Guárdelos inmediatamente tras la extracción en una nevera a temperatura inferior a 5° C (en la zona más fría, no en congelador). Esta leche refrigerada debe llegar al hospital antes de 24 horas. Si no se lleva antes de 24 horas, congélelo lo antes posible.

¿Cómo congelar leche casa?

En los mismos recipientes en que se extrae. Bien cerrados y etiquetados según le indicaremos, protegidos de la luz en recipientes limpios. Almacenar en un congelador de cuatro estrellas (-18° C).

6

¿Cómo transportar la leche de casa al hospital?

La leche fresca o congelada se transportará al hospital en una bolsa o nevera portátil para congelados con varios acumuladores de frío (barra o molde congelado) para mantenerla bien refrigerada (menos de 5° C) hasta su entrega. La leche congelada o refrigerada, puede separarse en capas e incluso cambiar de color. Esto es normal, su leche seguirá siendo igual de buena.

¿Cómo entregar la leche extraída en casa en el hospital?

Igual que la extraída en el hospital, sin sacarla del recipiente donde viene refrigerada o congelada hasta que la reciba un profesional de la sala donde se encuentra su hijo/a.

No sale leche, ¿qué hacer?

Repase los pasos previos a la extracción. No olvide masajear el pecho. Si usa sacaleches, compruebe que las piezas estén bien montadas, que este funciona y que ha seguido las instrucciones de uso. Si todo está bien, no se desanime: si obtiene poca o ninguna leche la primera vez.

Puede ayudar:

- ✓ Ejercicios de relajación, respiraciones profundas o imaginar algo agradable (por ejemplo una puesta de sol).
- ✓ A muchas madres les resulta más fácil extraer la leche si su hijo está con ellas. Si está separada de él, puede mirar una foto u oler algo suyo. Masajes en la espalda.
- ✓ Extraer de los dos pechos a la vez (extracción doble), consúltenos.
- ✓ Intente descansar durante el día.

Tenga algo a mano para beber y comer si siente necesidad.

Tome una dieta variada y saludable, con el suplemento de yodo recomendado por su médico.

¿Cómo limpiar el sacaleches después de usarlo?

Con agua y jabón. Desmonte las piezas que tengan contacto con el pecho o la leche con cuidado. Lave primero con agua fría y jabón y después con agua templada para retirar restos de leche. Aclarar abundantemente y secar bien al aire. En el hospital puede secarlo con gasas estériles. En caso de que no este seco y necesite utilizarlo, lávelo de nuevo, sacúdalo y listo.

7



Hospital 12 de Octubre

Avda de Córdoba s/n

Madrid 28041

91-390-80-00

Recursos en Internet:

Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
<http://www.aeped.es/lactanciama>
 La Liga de La Leche Internacional (LLLI). ONG.
<http://www.laligadelaleche.org/>
<http://www.laligadelaleche.es>
 Medicamentos y lactancia. Web del Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia. <http://www.elactancia.org/>
 Red Internacional de Cuidados Madre Canguro.
<http://www.annexa.org/annexa.edu.co/annexa1.htm>
 OMS (Organización Mundial de la Salud). <http://www.who.int/>
 UNICEF. <http://www.unicef.org/spanish/>
 Consejería de Sanidad y Consumo. <http://www.madrid.org/sanidad/>
 Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.
<http://www.ihon.org.es/ihon.htm>

Grupo de apoyo a la lactancia madre a madre cercano al hospital:

Grupo Apoyo Liga de la Leche Villaverde

Centro Cultural Santa Petronila

C/ María Martínez Oviol, 12

Reuniones 2º viernes de mes.

Horario: de 11:00 h. a 13 h.

Monitora: Myriam

Teléfono: 949 33 68 19

Edición 2009



- En neonatología.



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

Servicio de Neonatología

Información
sobre
**EXTRACCIÓN
CONSERVACIÓN y
TRANSPORTE**
de la
LECHE MATERNA
para
**Recién Nacidos
hospitalizados**



Enhorabuena por la decisión de alimentar a su hijo/a con su leche.

Con este documento pretendemos ayudarla para que aprenda a extraerse y conservar su leche y la transporte en las mejores condiciones hasta el hospital. El personal sanitario del Servicio le explicará todo lo necesario y responderá a sus preguntas y a las dudas que le puedan surgir. En el hospital nos encargaremos de conservarla refrigerada o congelada y de administrarla a su hijo/a en condiciones seguras.

No se desanime si le parece difícil al principio o si obtiene poca o ninguna leche al usar el extractor los primeros días. Si sigue estas recomendaciones conseguirá dar su leche a su hijo/a.

El Personal Sanitario es consciente de las dificultades que suponen la hospitalización de su hijo/a. Queremos transmitirle nuestra comprensión y ofrecerle nuestro apoyo.

¿Cuándo empezar la extracción?

Cuanto antes se estimule el pecho, antes obtendrá leche.

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

Medidas de higiene recomendadas

Es muy importante el lavado de manos antes de cada extracción para evitar la contaminación de la leche. También es aconsejable tener las uñas cortas y sin esmalte y el pelo recogido. El pecho no precisa ninguna higiene especial, sólo la ducha diaria con agua y jabón. Desaconsejamos el uso de cremas. Es conveniente secar el pecho antes de cada extracción con una toalla dedicada exclusivamente para ello.

Antes de la extracción

Antes de comenzar, **relájese y dese masaje en el pecho**, tal y como se muestra en la figura, durante unos minutos para facilitar la extracción de leche.

¿Cómo extraerse la leche?

Puede extraerse manualmente o con un sacaleches.



Extracción manual de leche

1. Masajear ambos pechos durante unos minutos
2. Colocar el dedo pulgar y el índice a unos centímetros, arriba y abajo de la areola.
3. Presionar hacia las costillas a la vez que comprime con esos dedos la areola.
4. Repetir esta acción rítmicamente, intentando juntar cada vez más los dedos sin que esto le produzca dolor: colocar, empujar, apretar...
5. Después de 10-20 compresiones, cambie de pecho. Después cambie de nuevo y así hasta que vacíe ambos pechos.

2



6. En los primeros días, si sólo se extrae unas pocas gotas de calostro, se pueden recoger en una jeringuilla para aprovechar todo y dárselo a su hijo/a.

Extracción con sacaleches

Le recomendamos que adquiera o alquile un sacaleches lo antes posible, **antes del alta**, para continuar con el ritmo de extracciones en su casa y para que pueda consultar las dudas que surjan con su utilización. También puede utilizarlo para la extracción en el hospital. No todos los modelos de sacaleches disponibles en el mercado son válidos. En el Servicio de Neonatología le informaremos sobre los modelos adecuados que se adaptan a los recipientes estériles para recoger la leche que les vamos a proporcionar.

Cada sacaleches incorpora instrucciones sobre su uso. No olvide lavarse las manos antes de cada extracción y limpiar el sacaleches antes y después de cada extracción.

Con los sacaleches eléctricos, ajuste las presiones de succión al nivel que le resulte cómodo. **La extracción no debe ser nunca dolorosa. Vacíe por completo ambos pechos cada vez que utilice el sacaleches. El pecho se considera vacío cuando no nota tensión y sólo se pueden extraer pocas gotas. Más adelante lo notará blando cuando se vacíe.**

3

Extracción con el sacaleches del Servicio de Neonatología

Para que pueda extraerse leche con los sacaleches del hospital, le suministraremos un kit de uso individual que se adapta al extractor. Este kit es para usted exclusivamente. Debe limpiarlo igual que su sacaleches. Usted puede elegir extraerse junto a su hijo o en el cuarto de lactancia de nuestro servicio; pregunte al personal sanitario su localización. Para usar estos aparatos debe seguir los siguientes pasos:

1. Lavarse las manos.
2. Pedir a la auxiliar de enfermería de su sala el émbolo extractor.
3. Limpiar la superficie del émbolo del extractor y el resto del aparato con una gasa empapada en alcohol de 70°.
4. Colocar el émbolo del extractor.
5. Extraerse la leche.
6. Retirar el émbolo del extractor.
7. Volver a limpiar aparato y émbolo del extractor con alcohol de 70°.
8. Devolver el émbolo del extractor limpio a la auxiliar de enfermería.
9. **Si entró leche en el tubo de goma del extractor, adviértalo a la auxiliar de enfermería para que lo cambie.**

Ajuste de velocidad

Ajuste de fuerza de succión



4

¿Cómo se limpia el sacaleches tras utilizarlo?

Con agua y jabón. Todas las piezas que tengan o puedan tener contacto con el pecho o la leche se deben desmontar con cuidado. Lavar primero con agua fría y jabón y después con agua templada para retirar cualquier resto de leche. Aclarar abundantemente con agua y secar muy bien al aire. En el hospital puede secarlo con gasas estériles. En caso de que no este seco y precise utilizarlo, lávelo de nuevo, sacúdalo y listo.

¿Con qué frecuencia se aconseja extraerse la leche?

Al principio es conveniente extraerse leche **al menos 6 - 8 veces al día** durante unos 10 minutos en cada pecho. Por la noche, intente que no pasen más de 5 horas entre extracciones.

En las primeras dos semanas, la frecuencia óptima de extracción es cada 2-3 horas durante el día y cada 3-4 horas en la noche. El vaciado completo y frecuente del pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción de leche

¿Cuánta leche es suficiente?

Durante los primeros 2-3 días, probablemente sólo recogerá unas gotas de leche llamada calostro. Esta leche es muy rica en elementos de inmunidad y aunque sea poca es muy buena.

Pasados los primeros días, la producción de leche aumentará y es necesario que extraiga la leche hasta que vacíe totalmente el pecho.

Independientemente de que su hijo haya nacido antes de tiempo, la cantidad de leche alrededor de la segunda semana de vida será suficiente para alimentar a su hijo/a.

La leche que no utilice su hijo se congelará en el hospital para que pueda disponer de ella cuando se precise. Si sobra, podrá congelarla en casa para que la consuma tras el alta del hospital.

5

¿Hay que extraerse leche por la noche mucho tiempo?

Durante las dos primeras semanas o si la producción de leche baja a lo largo del ingreso, la extracción de leche nocturna es esencial. Por eso, es conveniente que descanse aunque sea intermitentemente a lo largo del día con pequeñas siestas.

¿Cómo se mantiene la cantidad de leche?

Pasadas las dos primeras semanas, si todo va bien, es probable que no haga falta utilizar el sacaleches tan a menudo. Intente dormir de 5 a 6 horas por la noche. Si siente los pechos demasiado llenos debe vaciarlos. Si no es así, puede dormir toda la noche. Si lo hace, fíjese en la cantidad de leche que se extrae y si está disminuyendo, aumente el número de extracciones incluyendo al menos una por la noche.

¿Qué puedo hacer para aumentar la cantidad de leche?

Cuanto más veces se extrae leche, más cantidad se tiene. Las causas más frecuentes de que tenga poca son el cansancio, y la extracción o estímulo infrecuente.

Si observa que para extraer la leche emplea más de 20 minutos en cada pecho, aumente el número de extracciones y disminuya el tiempo que emplea en cada una. Masajea suavemente sus pechos antes de extraer la leche y mientras esté extrayéndola.

Traiga siempre su sacaleches si es transportable porque puede aprender a **realizar la extracción junto a su bebé.**

Lleve algo con usted que pertenezca a su hijo (una fotografía, ropa, un muñeco) para que se pueda **relajar y concentrar** en él durante la extracción.

Tome una **dieta variada y normal.** Tenga algo a mano para beber y comer si siente necesidad.

¿Qué recipientes debo utilizar para recoger la leche?

Utilice sólo los envases de cristal que se le facilitarán en el Servicio de Neonatología para acoplarlos al sacaleches y

6

guardar la leche que se extraiga. Deje siempre 2 cm de la altura del envase sin llenar para que en caso de no ser utilizada la leche, pueda congelarse sin que estalle el frasco.

Cada bote de leche debe identificarse con una etiqueta donde figurará el nombre de su hijo y su número de historia clínica. Usted escribirá en la etiqueta la fecha (día, mes, año), la hora de inicio de la extracción y el volumen que contiene cada envase. Solicite estas etiquetas a la enfermera responsable de su hijo/a.

Para cada extracción debe utilizar botes de cristal diferentes. No debe mezclar leche de distintas extracciones en el mismo envase.

¿Qué debo hacer con la leche extraída en el hospital?

Cuando se extraiga leche en el hospital, la etiquetará y la entregará inmediatamente a la auxiliar de enfermería o a la enfermera de la sala donde está ingresado su hijo/a. Este profesional limpiará el frasco con alcohol y lo introducirá rápidamente en la nevera para que no permanezca a temperatura ambiente. Una auxiliar de enfermería recogerá periódicamente la leche de esas neveras para procesarla para su hijo/a. A veces se administrará en las siguientes 24 horas y otras veces se congelará para administrársela más adelante.

¿Qué debo hacer con la leche extraída en casa?

El recipiente con la leche, bien cerrado y etiquetado, debe guardarse inmediatamente tras la extracción en una nevera a temperatura inferior a 5° C (en la zona más fría de la nevera). Esta leche refrigerada debe llegar al hospital antes de 24 horas. Si no se va a llevar antes de 24 horas debe congelarse lo antes posible.

¿Cómo transporto la leche desde casa al hospital?

La leche fresca o congelada se transportará al hospital en una bolsa o nevera portátil para congelados con varios acumuladores de frío (barra

7

o molde congelado) para mantenerla bien refrigerada (menos de 5°C) hasta su entrega. La leche congelada o refrigerada, puede separarse en capas e incluso cambiar de color. Esto es normal, su leche seguirá siendo igual de buena.

¿Cómo entrego en el hospital la leche que traigo de casa?

Igual que la extraída en el hospital, sin sacarla del recipiente donde viene refrigerada o congelada hasta que la reciba un profesional de la sala donde se encuentra su hijo/a.

¿Cómo congelo leche en mi casa?

En los mismos recipientes en que se extrae, etiquetados, marcando la opción "CONGELADA". Debe almacenarse en un congelador de cuatro estrellas. La leche congelada caduca en 6 meses.

¿La mujer que amamanta puede tomar medicamentos?

Pocos medicamentos contraindican la lactancia. No obstante, si toma algún medicamento coméntelo con el neonatólogo o la enfermera para asegurarse de que no existe ningún problema o consúltelo en la página web www.e-lactancia.org.

¿Cuándo se debe solicitar ayuda?

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

Consulte con el médico o el personal de enfermería cuando tenga una duda, estaremos dispuestos a ayudarla.

También puede consultar con grupos de apoyo a la lactancia. En el documento de plan de actuación que le entregamos junto a este folleto tiene información al respecto.

Servicio de Neonatología

Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Córdoba s/n. 28041 Madrid
Telf.: Servicio de Neonatología 913908043. Secretaría (de 9 a 15 h) 913908272

8

Anexo 2.5.7

Procedimiento de talleres sobre Lactancia Materna para madres y familia.

METODOLOGÍA

- Sesiones de 45 minutos de duración.
- Difusión de la fecha, lugar y hora entre las madres ingresadas en las plantas de Obstetricia mediante cartelería y ofrecimiento personal de los profesionales a las madres.
- Acceso libre y voluntario a madres y familiares.

Tan importante como que la información acerca de la lactancia sea correcta es que las madres que acuden al taller se sientan cómodas y vean reforzada su seguridad y confianza.

El coordinador de la sesión deberá:

- Dinamizar el grupo interaccionando con madres y otros asistentes.
- Ofrecer soluciones, no imponer.
- Propiciar un clima tranquilo y relajado.
- Guiar la sesión y animar a la participación para que las madres compartan situaciones, problemas, experiencias, historias similares y expresen sus ideas, dudas y sentimientos.
- Elogiar la decisión de amantar y reforzar la autoconfianza de las madres.
- Destacar las ventajas de la lactancia natural.
- Ofrecer ayudas prácticas e información útil y concisa.
- Identificar posibles dificultades y plantear posibilidades de mejora.
- Informar sobre enlaces sanitarios y grupos de ayuda de la comunidad.
- Detectar situaciones conflictivas y comunicar al profesional adecuado.

Para ello se utilizarán técnicas de comunicación como:

- Comunicación no verbal útil.
- Preguntas abiertas.
- Asertividad, respuestas y gestos que muestren interés.
- Devolver el comentario.
- Dar muestras de empatía.
- Evitar palabras enjuiciadoras.
- Aceptar los sentimientos y pensamientos de las madres.
- Usar lenguaje sencillo.
- Sugerir, no dar órdenes.

DESARROLLO DE LAS SESIONES:

Se propone el siguiente guión para las sesiones aunque el orden variará en función de las demandas de los asistentes:

- Bienvenida y presentación.

- Preguntar a las madres sus inquietudes o puntos de interés.
- Exposición de contenidos por parte del coordinador.
- Fomentar la participación en todo momento y contestar a las dudas de los asistentes.
- Cuestionario de satisfacción.
- Despedida.

TEMAS

Los temas a desarrollar en el taller serán apropiados para el manejo de la lactancia durante el puerperio inmediato y tendrán un contenido eminentemente práctico:

- Recomendaciones generales.
- Los primeros días:
 - Fundamentos de la producción de leche. Importancia del calostro.
 - Frecuencia y duración de las tomas.
 - Posturas adecuadas para madre e hijo.
 - Cómo saber que está comiendo: señales en el niño y en la madre.
- Cómo prevenir y superar dificultades.
- Cuidados del recién nacido.
- Alimentación de la madre lactante.
- Descanso y sueño de la madre y el lactante.
- Llanto del niño. Chupete y tetinas.
- Extracción, manipulación y conservación de leche materna en caso de separación madre/hijo.
- Recursos relacionados con la lactancia en el ámbito comunitario.

EVALUACIÓN

Objetivos a evaluar:

- Asistencia de madres.
- Participación de personal sanitario.
- Satisfacción individual de las madres.
- Satisfacción al personal sanitario.

Sistemas de registro:

Planillas de asistencia: en cada taller.

Cuestionario de satisfacción para madres: en cada taller.

Cuestionario de satisfacción para profesionales: a los tres meses de iniciar la actividad.

BIBLIOGRAFIA

1. Proyecto de la Unión Europea sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: Plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y control de Riesgos, Luxemburgo, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
2. Instituto Salud Pública de la Comunidad de Madrid: Guía de lactancia materna: "Amamantar una intención, un deseo". Madrid. 2006. Dirección General de Calidad, acreditación, evaluación e inspección. Comunidad de Madrid: Guía de Recomendaciones al paciente. Posparto. Madrid, 2006
4. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna *de la teoría a la práctica*. Ed. Panamericana; 2008 <http://www.aeped.es/lactanciamaterna>
5. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. <http://www.unicef.org> 6. IHAN España. Pagina Web de la IHAN en España. <http://www.ihan.org.es/ihan.htm>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra, 1981
http://www.who.int/documents/code_english.PDF 8. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence. Mosby-Elsevier, 2007.
9. Guía de Cuidados del Recién en la Maternidad. Hospital 12. Madrid 2008
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=qua+neonatos+pdf+indexada.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220432013061&ssbinary=true>
10. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación WHO/CDR/93.4 UNICEF/NUT/93.2

Anexo 2.4.8

Procedimiento de suplementación de la lactancia.



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

comité de Lactancia Materna
del Área 11 de Salud

SUPLEMENTACION DE LAS TOMAS DE PECHO

Definición: La alimentación suplementaria es la que recibe al bebe además del pecho y puede ser: leche de su madre o leche artificial (la leche donada no se usa de momento en la planta)

La alimentación con pequeñas cantidades de calostro en las primeras 48 horas de vida son suficientes para mantener la energía y mantener la glucemia en los niños sanos a término.

La alimentación suplementaria inadecuada en este periodo puede dificultar un adecuado establecimiento del flujo de leche materna y favorece un destete precoz. Además, altera la flora intestinal y sensibiliza al niño a sustancias alérgicas entre otras razones.

Acciones previas:

Antes de administrar cualquier suplemento se evaluará la toma y se informará a los padres de los inconvenientes.

Prevención: Se animará a todas las madres con niños que realicen pocas tomas en los primeros días a realizar *piel con piel* todo el tiempo que puedan y *extracción manual o sacaleches* para mantener el estímulo adecuado y ofrecer el calostro a su hijo.

Requisitos para la suplementación:

- Orden médica.
- Consentimiento verbal de los padres.
- Contenido, volumen y la forma de administración definidos.

¿Qué se administra?

Siempre leche de su madre extraída manualmente o con sacaleches. En caso de que precise más suplemento a parte del calostro se usará fórmula de inicio o en caso de historia clara de alergia a la proteína de leche de vaca o atopia importante hidrolizado de proteínas.

¿Cómo se administra?

En las planta de obstetricia se priorizará la administración de suplemento con jeringa para evitar el uso de biberones y tetinas, de manera que se le proporcionará a la hora de la toma la cantidad pautada de sucedáneo (no se dejarán biberones en las habitaciones).

Se evaluará la utilización de otras técnicas de suplementación si:

- si no se consigue succión directa en un tiempo establecido, (determinar)
- por deseo de los progenitores.

Razones para no suplementar

- *Niño somnoliento con menos de 8 tomas al día en las primeras 24-48 horas, con pérdida de peso menor de 7% y sin síntomas de enfermedad
- Bilirrubina menor de 20 mg/dl con más de 72 horas y una pérdida de peso menor del 8-10% y con micciones y deposiciones adecuadas
- Niño que llora en la noche y que mama mucho tiempo
- ¿Madre cansada o dormida?
- *Niño con peso elevado o bajo peso o prematuro con dextrostix ≥ 45

** Siempre se recomienda practicar piel con piel y extracción manual de leche en estos casos para aumentar el estímulo y proporcionar leche al niño en caso de que se precise.*

Razones para suplementar temporalmente

Hipoglucemia (<45) que no responde a las tomas frecuentes

Deshidratación significativa

Retraso en la evacuación de meconio que continua más de 5 días

Separación madre-hijo por enfermedad materna

Enfermedad del niño que contraindique la LM y requiere fórmulas especiales

Malformaciones del niño que impiden que mamen

Medicación materna

Madre con varicela sólo si lesiones en el pezón en cuyo caso temporalmente no se aconseja la leche de madre

Madre con herpes simple con lesiones en los pezones se recomienda no mamar ni usar la leche extraída hasta que se sequen las lesiones

Padres que habiendo recibido un apoyo adecuado a la lactancia e información sobre el uso de otros alimentos deciden administrar sucedáneos a su hijo

Anexo 2.5.9

Recomendaciones sobre alimentación con fórmulas artificiales.

¿HAY DISTINTOS TIPOS DE FÓRMULA?

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

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

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

¿QUÉ BIBERÓN Y TETINAS ELEGIR?

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ AGUA A ELEGIR?

En agua en la Comunidad de Madrid es útil para el consumo humano, lo que permite usarla directamente del grifo al biberón. El agua hervida puede tomar mal sabor y concentrarse sales minerales disueltas. En caso de hervir, con un minuto de ebullición es suficiente.

En zonas donde el agua no sea adecuada, consulte con su pediatra sobre el uso de agua embotellada o utilice fórmulas líquidas ya preparadas. En general, no es preciso hervir el agua envasada. Consulte en la etiqueta de la botella si es apta para preparar biberones es decir, de baja mineralización. Puede consultarlo en www.aguainfant.com, lista de marcas de agua envasada en España y si son aptas para el consumo infantil.

Higiene del biberón y la tetina.

Limpiar biberones y tetinas con agua caliente, detergente y un cepillo adecuado o en el lavavajillas. Si el agua corriente es buena para el consumo humano (depurada y clorada), como en la Comunidad de Madrid y la preparación se realiza con la higiene indicada, no es necesario hervir las tetinas ni los biberones cada vez que se usan.

Si quiere esterilizarlos de vez en cuando hay dos formas de hacerlo:

- **En caliente:** hervir en agua durante 10-15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina.
- **En frío:** sumergir el biberón y la tetina en un recipiente con cierta cantidad de agua y una sustancia química para esterilizar biberones que puede comprarse en farmacias, manteniéndolos sumergidos durante una hora y media. La dilución sirve para 24 horas.

¿CÓMO PREPARAR EL BIBERÓN?

1º Lave sus manos antes de preparar el biberón antes de preparar el biberón.

Evitará infecciones.

2º Caliente el agua entre 36-37°C o a temperatura ambiente esto no altera la calidad de la

leche. No se recomienda el microondas ya que calienta unas zonas más que otras. En caso de usarlo, agitar bien el biberón y compruebe la temperatura antes de dárselo al niño. Es preferible calentar el agua en una cazuela al fuego o sumergir el biberón (con el agua) en un recipiente con agua caliente.

3º Añada el polvo de la fórmula en el agua. Respete las indicaciones del fabricante. Casi todas las leches en polvo a la venta están fabricadas para añadir 1 cacito raso por cada 30 cc (centímetros cúbicos) que es lo mismo que 30 ml (mililitros) que equivalen a 1 onza. Nunca presione el polvo en el cacito para que quepa más. Enrase el sobrante con un cuchillo limpio.

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

5º Mezclar bien. Agite suavemente la mezcla hasta deshacer todos los grumos. Notará que aumenta el volumen, por ejemplo: 120 cc de agua, ocupan ahora, tras añadir los polvos, unos 130 cc o más.

6º Probar la temperatura del biberón. Una vez preparado el biberón, coloque unas gotas de leche, en el dorso de su mano o en la cara interior de la muñeca o brazo. Si apenas lo siente, la temperatura será la adecuada. No debe notarlo caliente ni frío pero ante la duda, es mejor que esté templada que caliente.

8º Desechar el sobrante. Desechar lo que sobre de cada toma, en ningún caso guardar para la siguiente toma. Es posible preparar varios biberones (con agua a temperatura ambiente) y guardarlos en el frigorífico para calentar en el momento de ser usado. La leche así preparada deberá usarse en un plazo máximo de 24 horas.

¿QUÉ CANTIDAD DE LECHE PREPARAR EN CADA TOMA?

No hay una cantidad específica; depende de cada bebé según peso, edad del niño, etc.

En cuanto rechace la tetina con la lengua, deberemos dejar de insistir. La sobrealimentación puede resultar tan negativa como una alimentación insuficiente y puede ocasionarle malestar abdominal y regurgitación. En general para un niño sano y a término, en los primeros días de vida ofrecer según el cuadro, sin forzar. A partir de entonces, si el niño acaba el biberón, puede aumentar las tomas de 30 en 30 ml y desechar lo que sobre.

El número de tomas al día puede variar. Al principio puede que tome pequeñas cantidades muy frecuentemente. En la primera semana de vida, no es conveniente que pasen más de 3 horas sin realizar ninguna toma.

No es necesario esperar a que el niño lllore para darle la toma.

¿CÓMO DAR EL BIBERÓN?

Despacio con cariño y paciencia. La alimentación del bebé es un momento especial de relación con los padres, importante para el desarrollo del niño. Las miradas y el contacto estrecho con el niño son vitales.

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

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

Consulte cualquier duda con su médico o pediatra.

FUENTES

1. Criado Vega E, Merino Moína M. Lactancia artificial y biberón. www.aepap.org. Última visita 9 enero de 2010.
2. Vitoria Miñana I. Agua de bebida en el niño. Recomendaciones prácticas. Acta Pediatr Esp. 2009; 67(6): 255-256.
- 3.- Recomendaciones sobre Lactancia Artificial. Atención Primaria Área 11. Comunidad de Madrid. SaludMadrid.
3. www.aguainfant.org

Cuadro de Proporciones

30 ml1 cacito,
60 ml..... 2 cacitos,
90 ml..... 3 cacitos,
120 ml..... 4 cacitos,
150ml..... 5 cacitos, y así sucesivamente.

Cuadro de cantidades recomendadas por toma

Primer día: de 5 a 10 cc
Segundo día: 20 cc
Tercer día: 30 cc
Cuarto día:40 cc
Quinto día:50 cc
Sexto día:60 cc

Capítulo 3

Atención Postnatal 1ª Visita a consulta Atención Primaria y Seguimiento en Atención Primaria

AUTORES

De la Fuente García, M^a Amparo *; Fernández López, M^a Carmen*; García Rebollar, Carmen*; Muñoz Delgado, Félix**; Padilla Esteban, M^a Luisa*; Rosado López, Asunción***; Sánchez Pablo, M^a Rosario**. Gerbeau, Bettina****, Aguilar Ortega, Juana M^a *****.

* Pediatra. ** Enfermería de Pediatría. *** Médico de Familia. ****Consultora Certificada en Lactancia Materna (IBCLC), Monitora Grupo de Apoyo (LLL). ***** Enfermera, Consultora Certificada en Lactancia Materna (IBCLC).



AMBITO DE ACTUACIÓN: Padres y familiares de menores de 2 años.

PROFESIONALES IMPLICADOS: Enfermera de pediatría, enfermera/o de familia, pediatra, médico de familia, matrona, trabajador social, auxiliar administrativo.

3.1 Introducción

El círculo de la atención coordinada y continuada, se completa con el apoyo y ayuda a la madre lactante durante el periodo postnatal. Los Centros de Salud muy próximos a la población ejercen una acción fundamental en la promoción protección y apoyo a la lactancia materna, tanto de forma individual como grupal, en colaboración con los hospitales de referencia. Desde la proximidad a la población se puede contribuir a aumentar la sensibilidad cultural que lleve a hacer de la lactancia materna la norma.

Tras la declaración de Innocenti²⁰ en los 90, fue la acción hospitalaria con la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN)⁴⁷ la que guió las acciones para la Promoción, Protección y Apoyo a la LM. Esta estrategia IHAN supone una acción de mayor eficacia para el incremento de la lactancia materna y mejora de la salud infantil.

A esta iniciativa de ámbito hospitalario, le ha seguido una de idéntico objetivo en el marco de la Atención Primaria.

En el Reino Unido (UK) una vez lanzada la IHAN, apareció la iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños. En otros países se ha replicado la estrategia del UNICEF UK adaptándola a sus características propias. Canadá e Irlanda están trabajando en esa misma línea.

Esta iniciativa, pretende continuar los estándares de calidad con las mejores prácticas asistenciales en relación con la lactancia materna, también en los centros de salud. Se han utilizado los mismos criterios que en los 10 pasos. Los pasos que se proponen son 7⁴⁸ y surgen de los 10 pasos para una lactancia exitosa que es la base de la IHAN.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Conseguir que el amamantamiento sea la norma en la alimentación de los niños de nuestra Área de referencia, siendo de elección la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de la vida y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más.

3.2.2 Objetivos Específicos

- 3.2.2.1** Diseñar estrategias para facilitar la captación precoz en la consulta de Atención Primaria del recién nacido y sus padres, con el fin de detectar y resolver de manera temprana cualquier problema o complicación que pudiera surgir en torno a la LM.
- 3.2.2.2** Diseñar estrategias para apoyar el establecimiento y consolidación de la lactancia natural, desde la consulta de Atención Primaria (medicina de familia, enfermería, matrona y pediatría).
- 3.2.2.3** Aumentar y mejorar las intervenciones de los profesionales de Atención Primaria relacionadas con la lactancia natural, con la finalidad de conseguir que la información y la enseñanza en el proceso de cuidados, que se ofrece a padres y familiares de menores de 2 años sea homogénea, uniforme, oportuna, realista y ajustada a la evidencia disponible.



3.3 Plan asistencial

OBJETIVO 3.2.2.1 Diseñar estrategias para facilitar la captación precoz en la consulta de A.P. del R.N. y sus padres, con el fin de detectar y resolver de manera temprana cualquier problema o complicación que pudiera surgir en torno a la LM.			
Estrategias	Intervenciones	Responsables Recomendados	Evidencia o Fuerza Recomendación y Referencia ¹
1. Coordinar el apoyo a la LM de los profesionales de Atención Primaria	1. Facilitar la 1ª visita del recién nacido y sus progenitores al CS por el personal administrativo, a ser posible antes del 5º día , independientemente de que posea o no Tarjeta Sanitaria Individual.	Enfermeras pediátricas, médicos familia, personal administrativo	III (7) B (74) A (74)
	2. Recomendar y promover protocolos específicos en la Historia Clínica Electrónica para la valoración y seguimiento de la LM, accesible a todos los profesionales de la salud en contacto con el lactante y la puérpera.	Coordinadores, responsables, profesionales sanitarios	III (23, 38)
	3. Habilitar un registro de la actividad de promoción de la lactancia en la historia clínica informatizada. - Los profesionales registrarán cualquier intervención relacionada con la LM en un protocolo específico en la historia clínica Electrónica.	Médicos de familia, pediatras, enfermeras de familia y de pediatría, matronas, trabajadores sociales.	III (35, 36)
	4. Facilitar las citas necesarias para asegurar el mantenimiento de LM.	Unidad Administrativa Equipo de Salud	III (7, 44)
	5. Informar a todos los trabajadores que trabajan en Atención Primaria, de la política institucional relativa a la lactancia .	Coordinadores, responsables, dirección	III (23, 38)
	6. Ofrecer información uniforme desde todos los niveles de atención para evitar confusión y riesgo de abandono de LM.	Médicos, enfermería, matronas	I (5, 6, 45)
	7. Recomendar que en cada Centro de Salud, exista al menos un profesional con formación teórico práctica adecuada que actúe como referente asistencial y docente en relación con la lactancia, con capacidad para resolver problemas en este campo.	Médicos, enfermería, matronas	III (35, 36)
	8. El personal sanitario conocerá	Matrona, enfermería,	II-3 (52) II-2 (53)

¹ Evidencia científica otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

	que muchos <i>problemas</i> que aparecen al inicio de la lactancia se pueden solucionar y precisan abandono del amamantamiento. 9. Facilitar que, siempre que sea posible, al realizar la toma de muestra para pruebas metabólicas o cualquier otro procedimiento doloroso como las vacunaciones se utilice la lactancia natural para aliviar el dolor y estrés producidos.	médicos Enfermería de pediatría	II (49)
2. Apoyar a las madres en el establecimiento y logro de lactancia materna	1. Los profesionales conocerán las pocas contraindicaciones maternas y del niño para la LM. (Ver Anexo 5.1 Beneficios. Dificultades) 2. Identificar junto con los progenitores, la existencia de factores de riesgo que puedan interferir en una lactancia eficaz: - En la madre: parto distócico, múltiple o con menos de 38 semanas de gestación, enfermedad o cirugías. - En el lactante: labio leporino, frenillo corto, enfermedad aguda, irritabilidad, prematuridad o BPEG. 3. Ofrecer a la madre conocimientos que le ayuden a superar los riesgos para la lactancia eficaz. 4. Identificar dificultades en un amamantamiento previo. 5. Examinar, si la madre expresa dificultades de enganche, dolor o grietas, alteraciones en las mamas o pezones y evaluar una toma. (Ver ANEXO 5.2. Observación de una Toma) 6 Identificar y corregir posturas incorrectas en el amamantamiento, con la observación de una toma. (Ver ANEXO 5.2. Observación de una Toma) 7. Registrar ausencia de cambios mamarios 8. Prevenir y tratar la congestión mamaria. 9. Recomendar un cuidado racional de pecho, basado en la evidencia: - Higiene habitual, la ducha diaria es suficiente con un buen secado posterior. - Evitar jabones o productos	Enfermeras, médicos especialistas Enfermera de pediatría y de familia Médicos, enfermería, Matronas Médicos, enfermería, matronas Médicos, enfermería, matronas Médicos, enfermería, matronas Médicos, enfermería, matronas Enfermería de pediatría y familia Médicos, enfermería, matronas	II-2 (6) III (68, 69) II-3 (37, 38, 39, 62) III (54) III (44) II-3 (41, 42, 43, 70) II-2 II-3 III (6, 44, III (44) I, III (6) II (41, 42, 43) II (41, 42, 43)

	que puedan dañar la areola y las mamas. - Evitar el uso de aceites y pomadas 10. Valorar tratamientos medicamentosos de la madre e informar sobre la posibilidad de mantener la LM con la mayoría de fármacos. 11. Detectar precozmente los signos de amamantamiento ineficaz: Enseñar a los padres a reconocer los signos de amamantamiento ineficaz. El profesional se asegurará que los padres reconozcan estos signos: - Pérdida de peso mayor al 7% respecto al nacimiento, con pérdida continuada después del tercer día y que no haya empezado a ganar peso al 5º día, - Menos de tres deposiciones al día puede indicar ingesta inadecuada. La ausencia de deglución audible durante las tomas puede ser un signo de insuficiente transferencia de leche. 12. Recomendar lactancia materna sin restricciones en el número o duración de las tomas. 13. Recomendar estimulación del pecho y extracción de leche en caso necesario: leche insuficiente, exceso de producción, succión ineficaz del lactante. 14. Recomendar, si se suplementa, ofrecer primero el pecho materno, indicando el beneficio de éste por poco que sea. 15. Reforzar a la madre si decide ofrecer el pecho en distintos emplazamientos.	Médicos, enfermería, matronas Médicos /Enfermería / Matronas Enfermería de pediatría y familia Enfermería, matronas Enfermería, médicos, matronas Médicos, enfermería, matronas	III (46) II-3 (38, 44) II-2 (56, 61) I (60) II-2 (38) I (38) III (40) III (40)
--	---	---	--

OBJETIVO 3.2.2.2 Diseñar estrategias para apoyar el **establecimiento y consolidación** de la lactancia natural, desde la consulta de Atención Primaria (medicina de familia, enfermería, matrona y pediatría).

Estrategias	Intervenciones	Responsables Recomendados	Tipo de Evidencia y Referencia ¹
1. Aprovechar todos los contactos con Atención Primaria para apoyar y reforzar la LM	1. Apoyar el amamantamiento en consultas a demanda y controles de salud. - Consejos anticipatorios en los controles de salud incrementan la confianza de la madre lactante y disminuye su ansiedad.	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas, trabajadores sociales y administrativos.	II-1 / A (1)
	2. Ofrecer información a la madre en cualquier consulta al Médico de Familia sobre los beneficios de la lactancia (<i>Ver Anexo 5.1 Beneficios. Dificultades</i>)	Médicos de familia.	III (4, 21)
	3. Asegurarse de que los padres conocen los beneficios de la lactancia materna y que tienen una información adecuada y correcta sobre sus ventajas	Médicos, enfermería, matronas.	III (2, 4)
	4. Apoyar y resolver dudas sobre la continuidad de la lactancia materna, más allá de las primeras semanas. Interesarse por las ideas sobre la duración de la lactancia materna y los planes de reincorporación al trabajo .	Médicos de familia, pediatras, enfermería.	III (4, 21)
	5. Reforzar las recomendaciones orales con material escrito científicamente exacto, congruente y adecuado a los niveles de comprensión y sensibilidad cultural.	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría.	B (5, 6) II-3 (71) III (72)
2. Proporcionar una atmósfera receptiva a las familias que amamantan	1. Adecuar y cuidar el entorno de la consulta de pediatría para hacerlo amigable para la lactancia natural evitando elementos de publicidad de sucedáneos de leche materna.	Gerencias, direcciones, coordinadores, responsables, personal sanitario y no sanitario	B (3,4)
	2. Respetar el Código de comercialización de sucedáneos en los Centros de Salud.	Gerencias, direcciones, coordinadores, responsables, personal sanitario y no sanitario	II-1 / A (1) III (3, 63)
3. Promover la colaboración entre el personal sanitario, grupos de apoyo a la lactancia y la comunidad.	1. Favorecer el contacto de las madres y familiares con algún grupo de apoyo local , sobre todo con dificultades en el amamantamiento.	Médicos de familia, pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas, trabajadores sociales y administrativos.	I y II-1 A (1, 5, 7)
	2. Tener en sitio visible el lugar y	Médicos de familia,	

¹ Evidencia científica otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

	fechas de reuniones con el grupo de apoyo local. Facilitar en la información escrita la dirección de Internet, teléfono y dirección del grupo local.	pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas, trabajadores sociales y administrativos.	III (6, 8)
4. Promocionar la educación grupal en Atención Primaria (talleres de lactancia).	1. Organizar actividades de educación formal para madres y sus familias proporcionando conocimientos que refuerzan la confianza y den apoyo emocional. 2. Incluir a familiares o allegados en las actividades de educación y apoyo. 3. Dar a conocer a los profesionales que la suma de varias iniciativas de apoyo, tanto profesionales como informales, ayudan a aumentar la duración de LM exclusiva.	Equipo de salud: médicos, enfermeras, matronas, auxiliares, trabajadores sociales. Equipo de salud Enfermería, médicos, matronas.	B (1) I (9) II-2 (66) II-3 (67) II-1, II-3, III , B (5, 6) II-2 (64) I (65) II-2, (6, 18)
5. Informar adecuadamente sobre la introducción de la alimentación complementaria	1 Recomendar iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses para complementar la LM, no para sustituirla. 2. Recomendar la forma de ofrecer el pecho hasta el año de vida del lactante: - A demanda y/o antes de las tomas de otros alimentos. Mientras el lactante reciba 4 ó 5 tomas de leche materna son innecesarios otros aportes lácteos. 3. Recomendar introducir en primer lugar los alimentos ricos en hierro de alta bio-disponibilidad. 4. Aconsejar la introducción gradual de los nuevos alimentos, en pequeñas cantidades aumentándolas a medida que el niño se acostumbre al sabor. 5. Informar que la introducción gradual y en pequeñas cantidades de gluten mientras se continúa con lactancia materna, puede reducir el riesgo de enfermedad celiaca. 6. Informar sobre la forma de preparar papillas de cereales con leche materna, agua, caldo, zumo. (ANEXO 5.3. Hojas de Recomendaciones de LM y Cuidados del Niño.)	Pediatras, enfermería de familia y de pediatría. Pediatras, enfermería de familia y de pediatría. Pediatras, enfermería de familia y de pediatría. Pediatras, enfermería de familia y de pediatría. Pediatras, enfermería de familia y de pediatría.	A, (4, 6, 10, 13, 21, 23) A, (4, 6, 10, 13, 21, 23) II-1, II-2 (10, 13) III (10, 13) A, (4, 6, 10, 13, 21, 23) A, (4, 6, 10, 13, 21, 23)

6. Respetar a las madres que optan por lactancias prolongada y/o en tándem.	1. Mantener una actitud respetuosa por parte de los profesionales, frente a la decisión materna sobre momento del destete, este dependerá de cada madre y cada hijo. No recomendar el destete: - Por razones de edad del lactante. - Falsas contraindicaciones de la lactancia materna. 2. Aconsejar a las madres que desean destetar, hacerlo de forma progresiva eliminando una toma cada 3 ó 4 días. Si es necesario, aplicar compresas frías y exprimir manualmente solo la cantidad suficiente para evitar la ingurgitación mamaria. 3. Informar de los beneficios de la lactancia en tándem, (alimentación al pecho durante el embarazo o simultáneamente a hijos de distintas edades): - Disminuye la pérdida del peso del recién nacido y no le priva de los beneficios del calostro. - Permite que el hermano mayor siga disfrutando de los beneficios del amamantamiento - Ayuda a una mejor adaptación entre los hermanos	Médicos de familia, pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Médicos de familia, pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	III (6) III (39) III (39)
7. Ayudar al mantenimiento de la lactancia materna cuando la madre se incorpora al trabajo.	1. Intentar conocer las circunstancias personales y socioeconómicas de la madre y su intención de continuar la lactancia en el momento de la incorporación al trabajo. 2. Proporcionar a las madres que amamantan, información, ayudas prácticas y apoyo para continuar la lactancia, si lo desean, tras la incorporación al trabajo. 3. Ofrecer información a la madre, sobre técnicas de extracción, conservación y almacenamiento de la leche. (ANEXO.3 Hojas de Recomendación: Extracción y Conservación de Leche materna) 4. El personal sanitario debe estar informado y asegurarse que la madre conoce la legislación sobre protección maternal, salud y seguridad en el trabajo relacionada con las mujeres lactantes. (Ver APENDICE III trabajo y lactancia y Anexo 5.4. Cap.1)	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Médicos de familia, pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	III (14) II-2 , B (6) III (15) II-1 C (38) III (23)

OBJETIVO 3.2.2.3 Aumentar y mejorar las intervenciones de los profesionales de A.P. relacionadas con la lactancia natural, con la finalidad de conseguir que la información y la enseñanza en el proceso de cuidados, que se ofrece a padres y familiares de menores de 2 años sea homogénea, uniforme, oportuna, realista y ajustada a la evidencia disponible.

Estrategias	Intervenciones	Responsables Recomendados	Evidencia o Fuerza Recomendación y Referencia ¹
1. Los profesionales sanitarios darán información adecuada, actualizada, acorde a la evidencia y coherente sobre la importancia de mantener la LM exclusiva durante los 6 primeros meses.	1. Informar a los padres que la alimentación con leche materna de forma exclusiva, hasta los 6 meses es la ideal para satisfacer las necesidades y el crecimiento óptimo del lactante y que puede continuarse hasta los 2 años de vida o más allá de dicha edad si tanto la madre como el niño lo desean, complementando con otros alimentos	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	A (19, 23)
	2. Informar que, entre otros beneficios, la leche materna: - A corto plazo : disminuye infecciones de vías respiratorias bajas, óticas y gastrointestinales en el niño. - A largo plazo : disminuye el riesgo de padecer asma, diabetes tipo 2, obesidad y previene el maltrato y en la madre el amamantamiento se asocia a disminución del riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de mama y de ovario y osteoporosis	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	II-2 (25, 28)
	3. Recomendar amamantar sin restricciones.	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	I, A (24)
	4. Advertir a los padres de los brotes de crecimiento (aumento del nº de tomas que necesita el lactante) y ofrecer soluciones: amamantamiento frecuente y a demanda, incluyendo la noche (ocurren cada 4-6 semanas en los 1 ^{os} 6 meses, menos frecuente el 2º semestre).	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	I, A (29) III (29, 73)
	5. Ofrecer opciones para facilitar las tomas nocturnas , principalmente durante el primer mes: dormir cerca o con el bebé de forma segura.	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	III (4, 21)

¹ Evidencia científica otorgada en otras guías, grupos de expertos o autores.

2. Los profesionales sanitarios conocerán el patrón de crecimiento de los niños alimentados a pecho	1. Explicar a los padres el ritmo de crecimiento de los niños amamantados. - Generalmente, aumento ponderal mayor durante los primeros meses y a partir del 4º-6º mes menor ganancia que aquellos alimentados con sucedáneos de LM 2. Valorar más el incremento de peso que el percentil en sí mismo. - Esperar una ganancia ponderal de 120 a 240 grs. por semana hasta que el lactante haya doblado el peso al nacimiento. 3. Los profesionales conocerán el patrón de crecimiento de los niños alimentados a pecho. Conocerán y utilizarán las tablas de la OMS que establecen la norma con la que todos los niños, de cualquier grupo étnico, deben ser comparados.	Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas. Pediatras Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas.	III (31) II-1 , II-2 , A (6) III (6, 28, 32, 33)
3. Ayudar a los progenitores a establecer expectativas realistas, deshaciendo mitos y malentendidos	1. Asegurar que un lactante alimentado con LM durante los primeros 6 meses no precisa ningún otro suplemento, ni agua ni zumos, incluso en climas cálidos. 2. Prevenir del falso estreñimiento que el lactante alimentado exclusivamente al pecho, puede presentar a partir del 1º mes, con disminución del número de deposiciones o incluso su ausencia hasta 7 ó 10 días, sin molestias asociadas, sin entrañar ningún problema y sin necesidad de ninguna medida de tratamiento. 3. Informar de que, en ocasiones, la frecuencia de las tomas no disminuye con la edad del niño. 4. Explicar que las madres son capaces de producir leche para más de un bebé La LM en gemelos o múltiples es posible y siempre es la mejor opción para los RN. 5. Conocer y respetar los hábitos y tradiciones culturales de los padres y asesorar correctamente en caso de ideas erróneas. 6. Advertir a los padres de que la introducción de suplementos sucedáneos, contribuye a	Médico de familia, pediatra, enfermera de familia y de pediatría, matrona Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas Médicos de familia, pediatras, enfermería de familia y de pediatría, matronas Médicos de familia, pediatras, enfermeras de familia y de pediatría, matronas Médicos de familia, pediatra, enfermería de familia y de pediatría, matronas Médicos de familia, pediatras, enfermería	A (4, 6, 24, 30) III (39) III (21) III (21) III (19, 23, 39) A (4, 6, 24, 30) II-2 (56, 57, 58)

	disminuir la producción y al abandono de la lactancia materna. Explicar que aumentar el número de tomas en caso de insuficiente cantidad de leche de madre es la mejor manera de resolver el problema e indicar a la madre estimulación y extracción manual o con sacaleches para incrementar la producción, sobre todo en casos de falta de succión o succión ineficaz.	de familia y de pediatría, matronas	
4. Formar al los profesionales sanitarios en conocimientos y herramientas necesarios para poder llevar a cabo la política de lactancia.	1. Solicitar a las instituciones sanitarias que favorezcan que todo el personal reciba formación reglada mediante cursos de actualización y protocolos consensuados como parte de su actividad laboral. 2. Procurar que la formación continuada se oferte dentro del horario laboral para todos los profesionales del centro de salud que trabajen con lactantes y sus familias. 3. Mejorar la formación específica en conocimientos y habilidades sobre LM para que el consejo que se ofrezca sea acorde con las evidencias científicas y uniforme, evitando contradicciones y ambigüedades que pueden terminar con una lactancia materna.	Autoridades sanitarias. Médico de familia, pediatra, enfermera de familia y de pediatría, matrona, trabajador social y administrativos. Autoridades sanitarias. Médico de familia, pediatra, enfermera de familia y de pediatría, matrona, trabajador social y administrativos. Direcciones, coordinadores, responsables, equipo de salud.	B (23, 34, 35) III (35) II-1, II-2, II-3, III A (6) III (35) II- 3 (56)



4.4 Referencias bibliográficas

1. Clinical Guidelines U.S. Preventive Services Task Force **Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement** Annals 2008 149(8): 560-564 Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/content/full/149/8/560>
2. Olivares Grohnert M, Buñuel Álvarez JC. **La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías bajas en países desarrollados.** Evid. Pediatr. 2007; 3:68.
3. Código Internacional de **Comercialización de Sucedáneos** de la Leche Materna. Resolución WHA 31.47. Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol. II, 4º ed. Ginebra; 1981 [Consultado 13-6-2009]. Disponible en <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html#4>
4. Pallás Alonso, CR. **Promoción de la lactancia materna. Recomendación.** En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado 17 diciembre de 2006. [consultado 13-06-2009]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm
5. Palda V A, Guise J-M, and. Wathen C N **Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice** Can. Med. Assoc. J. 2004; 170(6): 976 - 978. Disponible en <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/6/976>
6. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. **Guía de práctica clínica basada en la evidencia.** Documento realizado en colaboración entre Pediatría de Atención Primaria Área 09 y el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Peset y coordinado por la Dra. M^a Teresa Hernández Aguilar, pediatra E.A.P de la Comunidad Valenciana. Publicada Mayo 2004 [Consultado 13-6-2009]. Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/lm_gpc_peset_2004.pdf
7. García Vera C, Esparza Olcina MJ. **Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario.** Evid Pediatr. 2009; 5:16.
8. Blázquez García MJ, Aguayo Maldonado J y Ramos Sainz ML. **Grupos de apoyo a la lactancia materna** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p.133-9
9. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. **Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva.** Evid Pediatr. 2007;3:93. [Consultado 14-06-2009] Disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.6.htm
10. Hernández Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ. **Alimentación complementaria en el lactante amamantado.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p. 259-66
11. ESPGHAN Committee on Nutrition: Carlo Agostoni, Tamas Decsi, Mary Fewtrell, Olivier Goulet, Sanja Kolacek, Berthold Koletzko, Kim Fleischer Michaelsen, Luis Moreno, John Puntis, Jacques Rigo, Raanan Shamir, Hania Szajewska, Dominique Turck, and Johannes van Goudoever. **Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition.** J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 99-110. Disponible en: <http://www.espghan.med.up.pt/>
12. **Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union,** de EUNUTNET 2006 (European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training). El documento puede ser descargado en: http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm En español puede descargarse en <http://www.ihan.es/index62.asp>
13. Organización Panamericana de la Salud. **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.** Washington DC: OPS; 2003. [Consultado 15-06-2009] Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85622/en/index.html
14. Taveras E M, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego V H, Miroshnik I, Lieu TA. **Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits.** Pediatrics 2004 May 1;113(5): e405 - e411
15. Biagoli F. **Returning to work while breastfeeding.** American Family Physician. 2003; 68:2201-ss.(Proquest Medical Library)
16. Pallás Alonso CR, Gómez Papí A. **Extracción y conservación de la leche.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 317-23.

17. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. **The CDC Guide to Breastfeeding Interventions.** Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. [Consultado 14-06-2009] Disponible en <http://www.cdc.gov/breastfeeding>
18. Kramer MS, Kakuma R. **Duración óptima de la lactancia materna exclusiva** (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, Nº: CD003517 Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Organización Mundial de la Salud. **Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.** Informe de la Secretaría. 55^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 16 de abril de 2002. A55/15.
20. Organización Mundial de la Salud-UNICEF. **Declaración de Innocenti.** Florencia: WHO; 1990. Resolución WHA 45.34. [Consultado 13-6-2009]. Disponible en <http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm>
21. Hernández MT, Aguayo J y Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. **La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP.** An Pediatr. 2005; 63: 340-356.
22. Boland M. **Exclusive breastfeeding should continue to six months.** Paediatrics & Child Health 2005;10(3):148. Reaffirmed February 2009 Parent handout: Breastfeeding. Index of position statements from the Nutrition and Gastroenterology Committee. [Consultado 13-6-2009]. Disponible en [http://www.cps.ca/english/search/SearchRslt.asp?query=breastfeeding&Scope=cpsweb&order=R](http://www.cps.ca/english/search/SearchRslt.asp?query=breastfeeding&Scope=cpsweb&order=Rank&l1.x=53&l1.y=8)
23. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. **Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.** European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. [Consultado 11-10-2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
24. Section on Breastfeeding Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI **Breastfeeding and the Use of Human Milk** *Pediatrics* 2005;115 (2):496-506. [Consultado 11-10-2010] Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>
25. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. **Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force** Ann Intern Med. 2008;149:565-582. [Consultado 15-06-2009] Disponible en <http://www.annals.org/cgi/content/full/149/8/565>
26. Paricio Talayero JM. **Papel protector de la lactancia materna en las infecciones de la infancia:** análisis crítico de la metodología de estudio. Evid. Pediatr. 2007; 3:61.
27. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan, MJ. **Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study** *Pediatrics* 2009 123(2): 483-493 [Consultado 15-06-2009] Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/123/2/483>
28. Hoddinott P, Tappin D, Wright Ch. **Breastfeeding** *BMJ* 2008;336:881-887 [Consultado 15-06-2009] Disponible en <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/336/7649/881>
29. Landa Rivera L. **Baches y huelgas de lactancia.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 247-9
30. Goldberg NM, Adams E. **Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate—not really a necessity.** *Arch Dis Child.* 1983;58 :73 –74 [Consultado 15-06-2009] Disponible en http://adc.bmj.com/content/58/1/73.abstract?ijkey=dfdb2478d8a19fff33e9c85bff67603de1132fb7&keytype2=tf_ipsecsha/1/73
31. Lasarte Velillas JJ, Temboury Molina MC. **Evaluación del lactante amamantado.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p.217-222
32. Lozano de la Torre M^o J. **Crecimiento y desarrollo del lactante amamantado. Nuevas gráficas de la OMS.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p.121-125
33. Organización Mundial de la Salud. **The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS)** (sitio en Internet) Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/> Acceso el 11 de octubre de 2010

34. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. **Programa de salud infantil.** 2009. Madrid: Exlibris Ediciones SL; 2009.
35. Landa Rivera L Paricio Talayero JM. **Promoción postnatal de la lactancia materna y otras formas de promoción.** En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p.116-120
36. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral A-S, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vittoz J-P, Francois P, Pons J-C. **Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs.** Pediatrics 2005; 115(2): e139-46
37. Ministry of Health. **Management of breastfeeding for healthy full-term infants.** Singapore: Singapore Ministry of Health; 2002. Dec 1. 89 p. 76 ref. [Consultado 15-06-2009] Disponible en: http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/MungoBlobs/615/279/BF_fullterm_internet_version.pdf
38. **Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days.** International Lactation Consultant Association, USA, 1999. [Consultado 15-06-2009] Disponible en: http://www.acp.it/allattamento/EBM_ILCA_14giorni.pdf
39. Asociación Española de Pediatría. **Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica.** Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008
40. Mohrbacher N, Stock BA. **Lactancia Materna. Libro de respuestas.** Edición en español 2002.
41. Buchko BL, Pugh LC, Bishap BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. **Comfort measures in breastfeeding, primiparous woman.** JOGNN: Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing 1994; 23 (1): 46-52. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2003_7_3_LactanciaMaterna.pdf
42. Pugh LC, Buchko BL, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Llew DJ. **A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding.** Birth 1996; 23 (2): 88-93. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2003_7_3_LactanciaMaterna.pdf
43. Akkuzu, G. and L. Taskin. **Impacts of Breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems.** Professional Care-of-Mother-and-Child 2000; 10 (2): 38-39. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2003_7_3_LactanciaMaterna.pdf
44. WHO/UNICEF. **Leche insuficiente.** División de Salud y Desarrollo del Niño N° 21, Marzo 1996 <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm> Disponible en español: http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/Leche_insuficiente.pdf
45. Blázquez M.J., **Lenguaje sano para acompañar a las madres durante la lactancia Materna.** Medicina Naturista, 2006; N° 10: 664-667.
46. Paricio J.M., Lasarte J.J., **Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales.** Comité de Lactancia Materna de la AEP. 2008. Disponible en http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/lm_medicamentos.pdf ; www.aeped.es/lactanciamaterna/ y www.e-lactancia.org
47. WHO/UNICEF. **European Action Plan for the Baby Friendly Hospital Initiative. The Breastfeeding Committee for Canada: Baby-Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide.** <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>.
48. Grupo de Trabajo CS-IHAN, Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Argüelles-Cañedo C, Martínez-Herrera Merino B y cols. **Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad.** Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:513-29.
49. Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. **Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos.** (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
50. OMS. **Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural.** División de Salud y Desarrollo del niño. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Pruebas_10_pasos.pdf
51. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. **Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory.** Birth 2002; 29(4):278-84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12484390>
52. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. **A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth.** J Hum Lact 2003;19(2):145-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12744531>

53. Lawrence RA. **Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A reviewl of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States.** Washington, DC: US Government Printing Office; 1997.
54. **La lactancia materna. Una guía para la profesión médica.** Lawrence RA, Lawrence RM; Mosby-Elsevier. 2007.
55. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. **National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience.** *JAMA* 1995;273(6):472-6.
56. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. **Does early supplementation affect long-term breastfeeding?** *Clin Pediatr* (Phila) 1997;36(6):345-50.
57. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, et al. **Randomized clinical trial of acifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding.** *Pediatrics* 2003; 111(3):511-8.
58. Kurinij N, Shiono PH. **Early formula supplementation of breast-feeding.** *Pediatrics* 1991;88(4):745-50.
59. Giugliani ER. **Common problems during lactation and their management.** *J Pediatr* (Rio J) 2004;80 (5 Suppl):S147-54. Disponible en:
60. Johnston BD, Huebner CE, Tyll LT, Barlow WE, Thompson RS. **Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care; Effects on parental well-being, practice, and satisfaction.** *Am J Prev Med* 2004;26(4):356-66.
61. Porteous R, Kaufman K, Rush J. **The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: A randomized controlled trial.** *J Hum Lact* 2000; 16(4):303 - 309.
62. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. **Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors.** *J Hum Lact* 2004;20(1):30-8.
63. Walker M. **Selling Out Mothers and Babies, Marketing of Breast Milk Substitutes in the USA.** Weston, MA: NABA REAL; 2001.
64. Ingram J, Johnson D. **A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol. UK.** *Midwifery* 2004;20(4):367-79.
65. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. **Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention.** *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):708-12.
66. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. **The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force.** *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
67. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. **Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
68. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. **Transmission of infectious agents via human milk.** In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
69. Lawrence RA. **Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A reviewl of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States.** Washington, DC: US Government Printing Office; 1997.
70. Moon JL, Humenick SS. **Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention.** *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18(4):309-15.
71. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. **Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
72. Vnuk AK. **An analysis of breastfeeding print educational material.** *Breastfeed Rev* 1997;5(2):29-35.
73. Neifert MR. **The optimization of breast-feeding in the perinatal period.** *Clin Perinatol* 1998;25(2): 303-26.
74. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. SANIDAD 2010. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

3.5 Anexos

- 3.5.1** Información desde la consulta de Medicina de Familia, beneficios de la Lactancia Materna, dificultades, dudas.
- 3.5.2** Hoja de observación de una toma OMS/UNICEF 2006
- 3.5.3** Recomendaciones a padres en Atención Primaria.



Anexo 3.5.1

Información desde la consulta de medicina de familia. Beneficios de la lactancia materna, dificultades, dudas.

1. Momento de la información.

Se llevará a cabo en:

- En el momento del diagnóstico de embarazo
- A lo largo de la gestación
- Tras el parto

De forma más concreta:

- ☐ Proporcionar información a lo largo del embarazo, en las consultas de continuación de tratamientos y ante cualquier problema de salud.
- ☐ Se hará una aproximación al padre o familiares, tras el parto y coincidiendo con la solicitud del permiso por maternidad.
- ☐ En el puerperio, coincidiendo con la primera consulta de la madre con el MF o con la enfermera (al, retirar puntos de sutura...)

2. Apoyo clínico a la lactancia.

Se realizará en los siguientes períodos y con estos contenidos:

Período prenatal: desde la primera consulta prenatal el médico de familia y/o la enfermera

1. Preguntarán sobre la intención de amamantar y promocionarán la Lactancia Materna como fuente óptima de alimentación durante la primera infancia.
2. Valorar el grado de conocimiento sobre el amamantamiento la crianza y ofrecerán información y ayuda al respecto.
3. Informarán sobre los cuidados del pecho durante la gestación y el puerperio, aconsejando evitar el uso de jabones, cremas y lociones en areola y pezón ya que dificultan la lubricación natural de las glándulas de Montgomery.
4. Desaconsejar el tratamiento antenatal de pezones invertidos o no protáctiles, con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman. (Ver también Capítulo Atención Prenatal).

Periodo gestacional: se aprovechará cualquier consulta de la gestante para reforzar los mensajes anteriores.

1. "La información y educación durante el embarazo es esencial para conseguir el éxito de la lactancia en embarazos múltiples".
2. La información de los profesionales sobre la LM durante el embarazo, así como una actitud positiva y respetuosa mejoraría la comunicación y el nivel de satisfacción.
3. Si la madre estuviera lactando y quedase embarazada, hacerle saber que la lactancia durante el embarazo no afecta negativamente al desarrollo fetal ni aumenta el riesgo de aborto o parto prematuro ni perjudica la salud del niño mayor ni la de la madre.

Período postnatal:

Pediatra, enfermero/a de pediatría, médico de familia y enfermero/a de familia, insistirán en todas las consultas de la gestante sobre la evolución de la lactancia, dificultades, dudas etc.

3. Problemas de salud de la madre.

⇒ Las contraindicaciones absolutas para la lactancia materna por parte de la madre son pocas y de escasa prevalencia:

- Cardiopatía descompensada.
- Desnutrición materna severa.
- Enfermedad psiquiátrica (depresión severa).
- TBC activa hasta la negativización de los cultivos.
- Cáncer de mama en tratamiento.
- Absceso periareolar drenado.
- SIDA.
- Quimioterapia oncológica.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Tratamiento con metronidazol continuo (se puede instaurar tto. monodosis suspendiendo la lactancia 24 h y descartando la leche extraída)
- Razones circunstanciales que impidan temporalmente la lactancia.

⇒ No requieren suspensión de la lactancia afecciones como:

- Citomegalovirus
- Diabetes(ajuste de dieta e insulinoterapia)
- Hepatitis A o B siempre que el R.N. reciba la IgHB y se proceda a su vacunación
- Lepra
- Herpes simple (salvo en las lesiones mamarias) y
- TBC siempre que la madre esté en tratamiento desde 2 semanas antes del parto.

* La presencia de mastitis no solo NO contraindica la lactancia sino que ésta, favorece la resolución de la primera. Se debe insistir en la NO suspensión de las tomas.

4. Consejos de Salud.

⇒ Higiene:

1. Ducha diaria.
2. Después de cada toma se deben secar los pechos, no es necesario lavarlos con jabón.
3. Pueden ser útiles los discos absorbentes.

⇒ Alimentación de la madre:

1. La madre no necesita introducir cambios en su dieta habitual; solo en caso de alergia podría ser necesaria la supresión de algún alimento.
2. Variada, verduras, frutas, proteínas y cereales.
3. No preciso aumento del aporte calórico.
4. Mitos: determinados alimentos solo dan sabor significativamente si se toman en grandes cantidades.

⇒ Hábitos:

1. El abuso de cafeína puede producir excitación en el lactante
2. La nicotina pasa a la leche materna y disminuye su producción por lo que se aconseja no fumar, pero si se hace que sea después de las tomas y nunca en presencia del niño.

⇒ Alcohol:

1. En pequeñas cantidades no pasa a la leche.
2. En grandes cantidades puede disminuir la producción de leche y provocar cuadros tóxicos al lactante.
3. Se recomienda no ingerir alcohol.

⇒ Medicación:

1. Los medicamentos de uso habitual no suponen gran problema (analgésicos, antibióticos).
2. Consultar Lactancia y Medicamentos (Hospital Marina Alta)
<http://www.e-lactancia.org>

⇒ Anticoncepción:

1. Método lactancia-amenorrea (MELA): deben cumplirse los siguientes requisitos:
 - a) Lactancia materna exclusiva.
 - b) Que no haya habido ninguna menstruación tras el parto.
 - c) Que hayan transcurrido menos de 6 meses desde el parto.
 - d) Este método tiene un índice de Pearl de 2 con su uso común y de 0,5 con uso correcto
2. Se recomienda la utilización de preservativo los primeros días tras el parto
3. Anticoncepción hormonal solo de progestágeno (esperar a la 6ª semana tras el parto).
4. No se recomienda el diafragma por la involución en la vagina y cambios de tamaño de la misma.

El trabajo duro o estresante podría interferir con la lactancia materna, por lo que cualquier ayuda y apoyo siempre resultará beneficioso.

Anexo 3.5.2

Hoja de Observación de una toma OMS/UNICEF 2006

OBSERVACIÓN DE LA TOMA. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento.

Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del hijo	
€ Madre relajada y cómoda € Niño sostenido en estrecho contacto con la madre € Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho € Barbilla del niño tocando el pecho € Cuerpo del niño completamente sostenido € Niño acercado al pecho nariz - pezón € Contacto visual entre la madre y el niño	€ Hombros tensos, inclinados sobre el niño € Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre € La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar € La barbilla del niño no toca el pecho € Sostenido solamente por cabeza y cuello € Niño acercado bajo, labio/barbilla - pezón € No hay contacto visual madre - hijo
Lactante	
€ Boca del niño bien abierta € Labios superior e inferior evertidos € Lengua alrededor del pezón y la areola(*) € Mejillas llenas y redondas mientras mama € Más areola por encima del labio superior € Mamadas lentas y profundas, con pausas € Puede verse u oírse tragar	€ Boca no bien abierta € Labios apretados o invertidos € No se observa la lengua(*) € Mejillas hundidas mientras mama € Más areola por debajo del labio inferior € Mamadas superficiales y rápidas € Ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
€ Humedad alrededor de la boca del niño € El niño relaja progresivamente brazos y piernas € A medida que el niño mama el pecho se va ablandando € Sale leche del otro pecho € La madre nota signos del reflejo de eyección(**) € El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba	€ Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho € La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón € El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido € La madre no refiere signos del reflejo de eyección(**) € La madre ha de quitar al niño del pecho

(*) Este signo puede no observarse durante la succión y solo ser visto durante la búsqueda y el agarre.

(**) La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento. **Comisión Europea de Salud Pública / OMS (2006)**

Anexo 3.5.3

Recomendaciones a padres en Atención Primaria



Atención Primaria Área 11

Servicio Madrileño de Salud

Recomendaciones sobre LACTANCIA MATERNA

LA ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ



- La Lactancia Materna es la forma ideal de alimentar a nuestros hijos: nutritiva, barata, no produce alergias, siempre a la temperatura adecuada, aporta defensas, favorece la relación afectiva entre madre e hijo y un mejor desarrollo neurológico del niño.
- El uso de biberones puede dificultar la lactancia. No se aconseja el uso de chupete, ni tetinas hasta que esté instaurada la lactancia más o menos en los primeros 20 días de vida, puede modificar el mecanismo de succión del niño, ocasionando problemas a la madre en el pezón y haciendo perder el interés por el pecho al bebé. Los niños alimentados con leche materna de manera exclusiva, no necesitan ningún otro alimento, ni agua.

HORARIO Y FRECUENCIA



- La lactancia no debe tener horario. Cuando el bebé muestra signos de tener hambre (sin necesidad de que lllore) puede ponerse a mamar y así estará el tiempo que necesite.
- Durante las primeras semanas de vida, el número de tomas es variable, siendo lo habitual que esté entre 6 y 12.
- En ocasiones, entre el 2º y 4º mes, puede notar que el niño pide de mamar más a menudo. Suele deberse a los llamados brotes de crecimiento que se solucionan poniéndole a mamar con más frecuencia durante uno o dos días.

POSTURA CÓMODA E HIGIENE PERSONAL



- Postura:** Es conveniente que cuide su postura al dar el pecho. Evite posturas incómodas. Para mayor comodidad y apoyo, puede colocar almohadas debajo de sus brazos, codos, cuello o espalda, o abajo del bebé. Estar incómodas o sentir dolor puede dificultar la salida de leche. Existen varias posturas para dar de mamar. Puede escoger las que sean más cómodas para usted y su bebé. Asegúrese de que la boca de su bebé esté cerca de su pezón y que él o ella no tenga que volver su cabeza para mamar. Para la mayoría de las posiciones, el bebé debe estar de lado con su cuerpo entero hacia usted. Sostenga al niño estrechamente mientras lo amamanta, nariz y barbilla próximos a su pecho, con la boca bien abierta, esto le ayuda a agarrar bien no solo el pezón sino la mayor la mayor parte de la areola o zona oscura alrededor del pezón.
- Antes de empezar a dar de mamar, lávese cuidadosamente las manos.
 - No es necesario lavar el pecho antes y después de la toma, la ducha diaria será suficiente.

ORDEN DEL PECHO EN CADA TOMA



- Permita a su bebé que vacíe al menos un pecho en cada toma. Así tomará la leche que se produce al final, rica en grasa y calorías que le hará sentir satisfecho. Comience en cada toma por el pecho que le ofreció el último.



Atención Primaria Área 14

Comunidad de Madrid

CONSEJOS PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DE 0 A 6 MESES

CUIDADOS GENERALES 	- Lávese bien las manos antes de coger al bebé. - La habitación del niño debe estar bien ventilada, a temperatura agradable y sin corrientes de aire. - NO FUMEN NUNCA DELANTE DEL NIÑO, ni siquiera en otra habitación de la casa (<i>es un buen momento de dejar de fumar si no lo han hecho antes</i>). - Evite el contacto del niño con personas que tengan enfermedades contagiosas (catarros, gripe, gastroenteritis...). - Recuerde que el llanto no es siempre por hambre (también por frío, calor, sueño...). - Para dormir, colóquelo en su cuna BOCA ARRIBA (es la postura más segura), nunca con almohada. - Procure cambiar la zona de la cabeza que apoye; es bueno que esté boca abajo cuando esté despierto y bajo vigilancia. - Evite la exposición directa al sol. Se aconseja cubrir al niño con la ropa necesaria en cada ocasión (playa, montaña, ciudad). No está indicado el uso de cremas protectoras en menores de 6 meses.
HIGIENE 	- El baño debe ser diario, con agua templada (35-37°C) y con jabón neutro (<i>se puede bañar al bebé aunque aún no se haya desprendido el cordón</i>). Séquelo con cuidado (mejor presionando suavemente que frotando con la toalla). Puede utilizar un aceite corporal o crema hidratante para después del baño. EVITE LOS POLVOS DE TALCO, el bebé podría aspirarlos. - Las uñas pueden cortarse, si lo precisa, con tijeras de punta roma a partir del mes. Aproveche cuando el bebé esté dormido para que no se mueva. No apure el corte. - El chupete no es necesario: si lo usa, lávelo con frecuencia y cámbielo por uno nuevo de vez en cuando. - Se recomienda el paseo diario a horas templadas del día: es un buen estímulo para el desarrollo del bebé. - El ombligo se limpiará con agua y jabón durante el baño, secándolo bien con una gasa (no es necesario curar con alcohol: <i>si lo notas maloliente o tiene supuración, consulta con tu pediatra</i>). - Cámbiele con frecuencia el pañal (recuerde que los genitales de las niñas han de limpiarse de delante hacia atrás) - Lávele la nariz con suero fisiológico siempre que lo precise. Tras el baño, séquele las orejas con una toalla. No introduzca bastoncillos (le podría hacer daño)
ESTIMULACIÓN 	- Manifiéstele afecto: tómelo en brazos, acarícielo... que se sienta querido. - Háblele, cántele... con tonos suaves, con delicadeza, llámele por su nombre. - Aproveche, cuando le cambie, para darle masajes suaves en espalda, vientre, hombros, piernas y brazos. - Si puede, cambie de vez en cuando el lugar de la cuna en la habitación. - Puede colgar de la cuna algún juguete de vivos colores o musical. - A partir de los 5-6 meses, estimúlele para que se vaya sentando. Cuando le sienta en la silla de paseo debe siempre utilizar todas las tiras de sujeción, nunca debe llevarle suelto en el carro. Se recomienda el paseo diario a horas templadas del día.



Atención Primaria Área 11

Comunidad de Madrid

CONSEJOS PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES

ALIMENTACIÓN



LA LECHE MATERNA ES EL ALIMENTO FUNDAMENTAL Y EXCLUSIVO HASTA LOS 6 MESES DE EDAD. Es beneficioso continuar con tomas frecuentes y a demanda de lactancia materna mientras se introducen los nuevos alimentos, así como prolongarla todo el tiempo que el niño y la madre deseen, hasta los 2 años ó más.

Los nuevos alimentos se darán después de la toma de pecho, durante el primer año, atendiendo al apetito del niño. Es el momento de utilizar la cuchara.

- Alrededor de los 6 meses se empieza a introducir los cereales, la fruta y la verdura.

La introducción de cada nuevo alimento debe realizarse por separado, dejando varios días entre uno y otro.

Se ofrecerán pequeñas cantidades, aumentándolas a medida que el niño se acostumbre al sabor. Todos los alimentos deben estar triturados finamente al principio y luego la textura será más gruesa.



- Verduras y Carnes.

El puré se prepara con verduras y hortalizas (patata, zanahoria, acelgas, judías verdes, calabacín, puerro...). Al puré de varias verduras, cocidas, sin exceso de agua, se le añade siempre pollo o bien ternera u otras carnes no grasas (empezando por 20-30 gr., hasta llegar a 50 gr.)

Evitar cerdo, vísceras y jamón serrano por el momento. No añadir SAL. Puede añadir una cucharadita de aceite de oliva en crudo.

Los purés pueden congelarse en raciones y sacarlos cuando los vaya a tomar.



- Frutas.

Es preferible ofrecer una papilla recién hecha. El zumo debe ser natural, nunca en biberón (produce caries) y no en excesiva cantidad.

- Cereales.

Se preparan disueltos en leche materna, agua, fruta, caldo o leche de fórmula. Empezar con los que no contienen gluten, y pasados unos días añadir pequeñas cantidades con gluten preferiblemente mientras continúa con lactancia materna y siempre antes de los 7 meses.



- Lácteos

Los niños lactados a pecho, unas 3 ó 4 tomas, tienen garantizado un adecuado aporte de leche. Los que utilizan biberón deben tomar aproximadamente medio litro al día. A partir de los 6 meses se puede pasar a fórmula de continuación (2).



Más adelante se puede dar otros aportes lácteos como son el yogur natural y el queso fresco.

NO DEBE DARSE LECHE ENTERA HASTA CUMPLIR LOS 12 MESES

- Pescado

Sustituir algunos días la carne por pescado blanco cocido o a la plancha (fresco o congelado), empezando por 20-30 gr. hasta llegar a 50-70 gr.



- Huevos

No dar nunca huevo crudo.

Se puede añadir al puré un cuarto de yema de huevo cocida 2 veces por semana e ir aumentando progresivamente. Posteriormente, además de la yema se puede agregar un poco de clara de huevo cocida, aumentando hasta que tome 2 huevos por semana.

RECUERDE:

NO OBLIGUE NUNCA AL NIÑO A COMER: QUE NO ASOCIE LA COMIDA CON MALAS CARAS, GRITOS, NERVIOS...



Atención Primaria Área 11



Recomendaciones sobre TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE Y ALMACENAMIENTO

PARA EXTRAER LA LECHE (TANTO DE MANERA MANUAL COMO CON SACALECHES)



- Lavarse las manos.
- Buscar un lugar donde la madre se sienta cómoda para la extracción.
- La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de leche. El calor NO es aconsejable para aliviar la congestión mamaria.
- Estimular la bajada de la leche, realizando las siguientes maniobras:
 1. Oprimir firmemente el pecho hacia las 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.
 2. 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.

Imágenes tomadas de UNICEF Principado de Asturias

EXTRACCIÓN MANUAL



Es más aconsejable cuando solamente necesite sacar leche de vez en cuando o para aliviar la congestión mamaria.

Puede ser más laboriosa, pero a muchas madres les resulta más agradable y natural.

La técnica Marmet es la más utilizada y consiste en:

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm. por detrás del pezón. Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos.
- 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. Puede 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 estimular el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces más.
- Evite estiramientos y maniobras de presión excesiva en el pecho o pezón.

SACALECHES – BOMBAS DE EXTRACCIÓN



Bomba manual. Es útil cuando la necesidad de extraer leche es ocasional. Las primeras veces, es normal, que sólo salgan unas cuantas gotas de leche.

¿Cómo usar la bomba manual?

- Estimular la salida de la leche con masaje.
- Colocar el embudo sobre el pecho siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Hacer tracciones cortas y rápidas.
- Una vez que se obtenga algo de leche, las aspiraciones serán largas y uniformes.
- Mantener la tracción hasta que el flujo se detenga o sea lento, entonces, volver a exprimir.
- Algunas bombas cuentan con un regulador de presión. Comenzar con el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente sin molestias.
- Usar la bomba, en cada pecho, unos 5 a 7 minutos o hasta que el chorro de leche o las gotas sean más lentas.
- Volver a cada pecho unas cuantas veces más, hasta que el flujo de leche sea lento.

Bombas eléctricas. Útiles al volver al trabajo, en los casos de separación prolongada.

Las bombas eléctricas grandes se pueden alquilar en las farmacias, a través de organizaciones de madres lactantes o por teléfono a empresas distribuidoras.

¿Cómo usar la bomba eléctrica?

- Preparar los pechos usando calor, masajes, agitando y girando el pezón.
- Poner el control para aspirar en el nivel de presión más bajo o mínimo.
- Conectar las distintas partes de la bomba según las instrucciones del fabricante.
- Colocar el embudo o la campana de la bomba en el pecho, consiguiendo un buen sellado.
- Situar el pezón en el centro y encender la bomba. El pezón se moverá hacia adelante y atrás dentro del embudo.
- Una vez que se obtenga algo de leche, aumentar poco a poco el nivel de aspiración.
- Usar la bomba de 5 a 7 minutos en cada pecho. Repetir otros 5 a 7 minutos más en cada pecho.





Atención Primaria Área 11

Servicio Madrileño de Salud

CONSEJOS para la INTRODUCCIÓN de la ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA alrededor del 6º mes

Visita del 4º-6º mes

A L I M E N T A C I Ó N	LACTANCIA MATERNA 	- La Lactancia materna sigue siendo el alimento ideal y el único que necesita su bebé hasta los 6 meses. Su apetito regulará la cantidad que necesita y el número de tomas.
	LACTANCIA ARTIFICIAL 	- Si la leche materna no es suficiente se le dará leche artificial: de inicio o tipo 1 hasta el 6º mes, y de continuación o tipo 2 desde entonces.
	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 	- Introducir primero los alimentos ricos en hierro (la carne en purés...) y el resto de forma gradual, sin obsesionarse con un orden rígido. - Alrededor del 6º mes, el lactante necesita otros alimentos, como complemento de la leche, NO en sustitución de la leche. Dependiendo de la evolución y circunstancias del bebé (tipo de lactancia, trabajo de la madre, curva de peso...) se pueden adelantar ligeramente o cambiar el orden y momento de introducción de alimentos. Nunca antes de los 4 meses. - VERDURAS. Al mediodía se le ofrecerá puré de varias verduras (patata, zanahoria, acelgas, judías verdes, calabacín, puerro...). A los 2-3 días se puede incorporar a las verduras carne de pollo sin piel (20-30 gr). Agregar una cucharadita de aceite de oliva crudo, pero NO AÑADIR SAL. Los purés pueden congelarse en raciones y sacarlos cuando los vaya a tomar. En nevera no conservar más de 24 horas. - FRUTAS. En la toma de la tarde, fruta, cualquiera: pera, manzana, plátano, así como zumo de naranja o mandarina, etc... Ir aumentando la cantidad progresivamente. No añadir AZÚCAR O MIEL. - CEREALES SIN GLUTEN disueltos en agua, caldo, frutas o leche en una o dos tomas (mañana y noche), en forma de papilla clarita para dar con cuchara o en biberón. Los cereales con gluten se añadirán, pasados unos días, en pequeñas cantidades, preferiblemente mientras continúa con Lactancia Materna. - Es el momento adecuado para empezar a usar la CUCHARA - Al final del 6º mes el bebé seguirá haciendo de 5 a 6 TOMAS y tomando LECHE en todas o casi todas. INTRODUCIR los nuevos alimentos de forma GRADUAL, esperando unos días entre uno y otro, en PEQUEÑAS CANTIDADES, aumentando a medida que se acostumbre al sabor y siempre como complemento a la toma de leche materna.

NO DUDE EN CONSULTAR CON SU PEDIATRA / ENFERMERA / MATRONA
si lo necesita.



Atención Primaria Área 11

Organización de Madrid

Recomendaciones para la LACTANCIA MATERNA en la VUELTA AL TRABAJO

VUELTA AL TRABAJO



- Si se incorpora al trabajo, es posible continuar amamantando durante muchos meses a su hijo. La producción láctea de cualquier madre suele estar bien establecida hacia la semana 4ª por lo que es recomendable retrasar la reincorporación al trabajo, al menos hasta esa fecha.

- En un horario laboral continuo de 8 horas, si le ofrece el pecho a su bebé inmediatamente antes de salir de casa e inmediatamente tras su vuelta, el bebé necesitará una o 2 tomas de leche durante su ausencia.



- Los lactantes normalmente piden a menudo cuando la madre está disponible siendo alimentados a demanda pero, cuando la madre no está, son capaces de aguantar varias horas sin comer.

- Algunos duermen prolongadamente en ausencia de la madre para pedir mucho más a menudo cuando está a su lado.



- Es importante que la madre aproveche las horas en que puede descansar. Puede quedarse dormida mientras amamanta en la noche o dormir la siesta mientras amamanta, y dormir y descansar más en sus días libres.



- Es recomendable, unos 15 días antes de incorporarse al trabajo, familiarizarse con la extracción de leche y crear una reserva de la misma para ofrecer a su hijo en aquellas tomas que no esté a su lado.



- 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



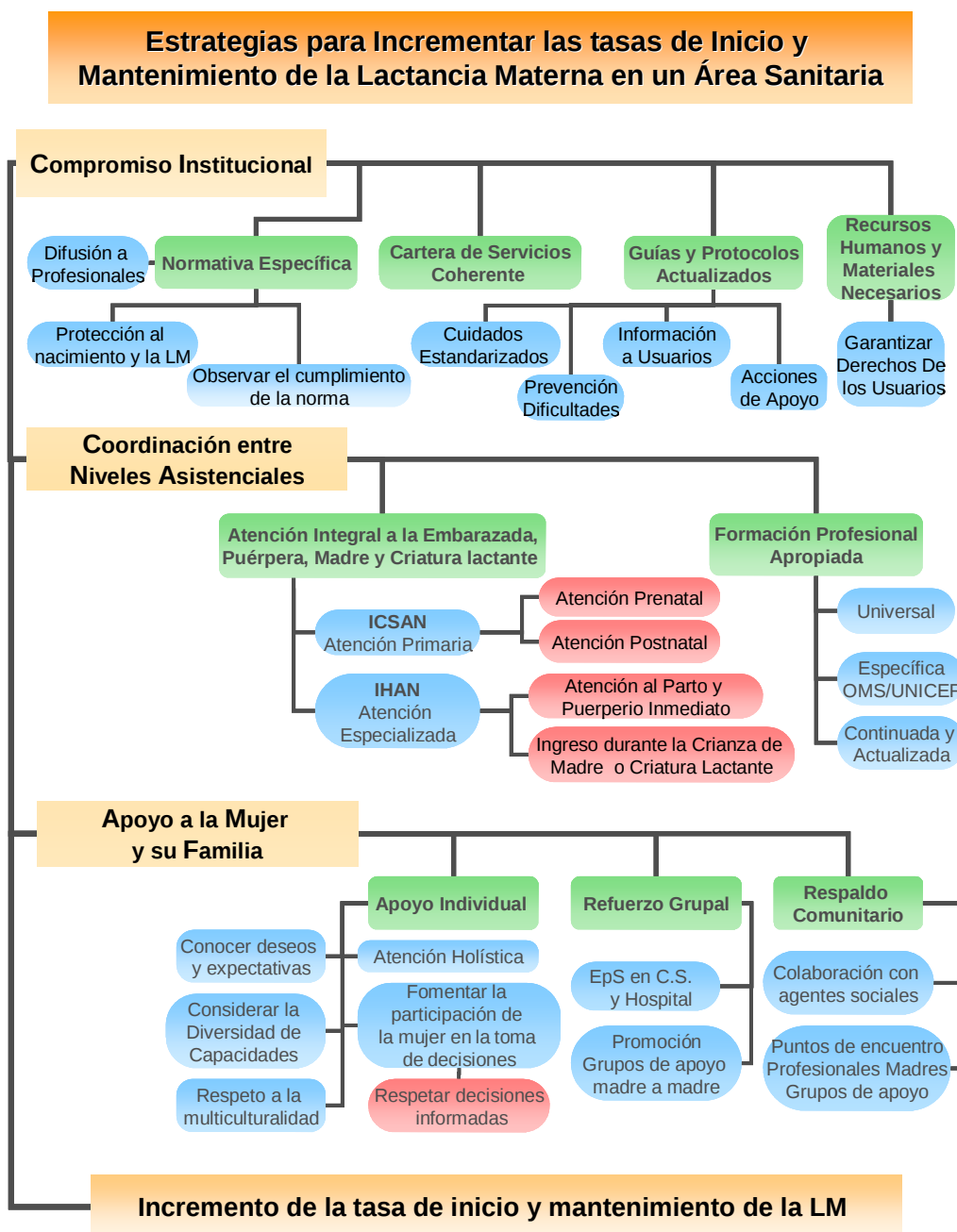
- Si la ausencia de la madre es prolongada convendrá que utilice un extractor de leche en el lugar de trabajo, para evitar la congestión mamaria. La leche extraída puede almacenarse a temperatura ambiente (máximo 25 ° C de 4 a 8 horas) hasta llegar a casa o en una pequeña nevera portátil

- Si la incorporación al trabajo se produce antes de los 6 meses de vida del bebé, la mejor manera de mantener la lactancia consiste en extraerse la leche y almacenarla para que se le ofrezca cuando no esté su madre.

- Si la madre se incorpora al trabajo y su hijo está próximo a los 6 meses de vida se pueden ofrecer otros alimentos en forma de puré (arroz, patata cocida, puré de verduras, puré de verduras con carne, puré de frutas) durante sus ausencias, de manera que cuando la madre vuelve a casa le ofrece el pecho a demanda.

NO DUDE EN CONSULTAR CON SU PEDIATRA / ENFERMERA / MATRONA si lo necesita.

Algoritmo de Actuación



Criterios para la evaluación

- Se utilizarán de manera rigurosa las definiciones de Lactancia Materna descritas en ésta Guía.
- Sobre el tipo de alimentación recibida por el niño, siempre se le preguntará a la madre: "Que alimento recibió ayer el niño".
- Se recogerán muestras a intervalos regulares (al menos 1 vez al año) y que sean representativas de la población a estudio.
- El tamaño de la muestra debe ser calculado para permitir comparaciones entre subgrupos de población
- En el cuestionario para la recogida de datos, además de la referente a la lactancia, se registrará información sociodemográfica y clínica, relacionada con la madre y el hijo.
- Se realizará validación de cuestionarios por expertos.
- Se realizarán encuestas de satisfacción a profesionales y madres con cuestionarios validados.

FECHA PREVISTA PARA LA EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación al año de la implementación de la Guía

Indicadores de calidad

1. $(\text{N}^\circ \text{ de mujeres que a la comunicación del diagnóstico de embarazo manifiestan su deseo de lactar} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres a las que se le comunica el diagnóstico de embarazo}) \times 100$
2. $(\text{N}^\circ \text{ de embarazadas que acuden al Programa de control prenatal que manifiestan su deseo de lactar al final del embarazo} / \text{N}^\circ \text{ de embarazadas que acuden al Programa de control prenatal}) \times 100.$
3. $(\text{N}^\circ \text{ de madres que inician la lactancia en la primera hora tras el parto} / \text{N}^\circ \text{ de partos realizados}) \times 100$
4. $(\text{N}^\circ \text{ niños alojados con su madre, a los que se realizó la observación de una toma en las primeras seis horas de vida en la planta de maternidad} / \text{n}^\circ \text{ niños alojados con su madre en la planta de la maternidad}) \times 100$
5. $(\text{N}^\circ \text{ niños a los que se le ha dado al menos una toma de sucedáneo de leche materna antes del alta hospitalaria} / \text{N}^\circ \text{ de altas de niños Recién Nacidos}) \times 100$
6. $(\text{N}^\circ \text{ de niños que al alta hospitalaria, han recibido exclusivamente lactancia materna} / \text{N}^\circ \text{ de altas de niños Recién Nacidos}) \times 100.$
7. Índice de satisfacción:
 $(\text{N}^\circ \text{ de puérperas que al alta hospitalaria declaran estar satisfechas con la atención recibida} / \text{N}^\circ \text{ de puérperas atendidas en el mismo período}) \times 100.$

8. $(\text{N}^\circ \text{ niños que acuden a la 1}^\text{a} \text{ visita del programa del niño sano con LMC} / \text{N}^\circ \text{ niños que acuden a la 1}^\text{a} \text{ visita del programa del niño sano}) \times 100$
9. $(\text{N}^\circ \text{ niños que acuden a los 3 meses al programa del niño sano con LMC} / \text{N}^\circ \text{ niños que acuden a la 1}^\text{a} \text{ visita del programa del niño sano}) \times 100$
10. $(\text{N}^\circ \text{ niños que acuden a los 6 meses al programa del niño sano con LMC} / \text{N}^\circ \text{ niños que acuden a los 6 meses al programa del niño sano}) \times 100$
11. $(\text{N}^\circ \text{ niños que acuden al año al programa del niño sano que solo han recibido leche de su madre complementada con otros alimentos} / \text{N}^\circ \text{ niños que acuden al año al programa del niño sano}) \times 100$
12. $\text{N}^\circ \text{ Madres con trabajo ajeno remunerado que continúan con LMC a los 6 meses} / \text{N}^\circ \text{ madres que continúan con LMC a los 6 meses}$
13. $(\text{N}^\circ \text{ profesionales que trabajan con puérperas y lactantes, tanto de AP como del Hospital, que tienen formación básica acreditada en LM} / \text{N}^\circ \text{ profesionales que trabajan con puérperas y lactantes, tanto de AP como del Hospital}) \times 100$
14. $(\text{N}^\circ \text{ de RN vistos por primera vez en centro de salud, antes del 5}^\circ \text{ día de vida} / \text{N}^\circ \text{ de RN vistos por primera vez en centro de salud}) \times 100$

Definición de conceptos

Lactancia Materna

Niños que se alimentan con leche materna, ya sea directamente de la madre o con ayuda de biberón, cuchara, vaso, etc.

- **Lactancia Materna Exclusiva (LME)**

Niños que reciben exclusivamente leche materna, sin ningún otro tipo de alimento líquido o sólido, con la excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos

- **Lactancia Materna Predominante (LMP)**

La fuente principal de nutrición del niño es la leche materna. Sin embargo puede recibir también agua y bebidas basadas en agua; sales de rehidratación oral; gotas y jarabes de vitaminas; suplementos minerales o medicamentos; y otros fluidos (en cantidades limitadas) Con la excepción de zumos de frutas y agua azucarada, ningún fluido basado en comida se permite bajo ésta definición

- **Lactancia Materna Completa (LMC)** Suma de los niños alimentados con LM, ya sea de forma exclusiva o predominante **Alimentación Complementaria (AC)**

El niño recibe leche materna y otro tipo de alimentos líquidos, sólidos ó semisólidos, incluyendo cualquier otro tipo de leche que no sea la materna

- **No Lactancia Materna**

El niño o niña no recibe leche materna



Lista de abreviaturas

AAP	Asociación Americana de Pediatría
AE	Atención Especializada
AEP	Asociación Española de Pediatría
AMS (WHA)	Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly)
AP	Atención Primaria
ECHI	Indicadores Europeos de Salud (European Community Health Indicators)
EMALNP	Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño
FEDELMA	Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna
GALM	Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna
IHAN (FBI)	Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (Baby Friendly hospital Initiative)
LLL	La Leche League
LM	Lactancia Materna
LMC	Lactancia Materna Completa
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LMP	Lactancia Materna Predominante
MMC	Método Madre Canguro
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
WABA	Alianza Mundial Pro Lactancia Materna (world Alliance For Breastfeeding Actino)

Análisis de costes

No se realizó un estudio formal de costes.

Beneficios potenciales

Los autores esperan que de la aplicación coordinada desde los distintos niveles de atención a la mujer embarazada, puérpera o lactante y su familia de estas prácticas sanitarias, aumenten la incidencia y la duración media de la lactancia materna en nuestra área y alcanzar los objetivos que se fijan en los apartados de objetivos, lo que será medido con los criterios de evaluación predeterminados.

Subgrupos con mayor probabilidad de beneficio

Recién Nacidos, lactantes, mujeres embarazadas, puérperas, y madres que amamantan.

Daños potenciales

No se esperan daños dada la trayectoria del Área 11 de Salud de Madrid en la promoción 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 guía

Existirá copia electrónica de la guía disponible para todos los profesionales sanitarios en los sitios oficiales.

Documentos acompañantes

Se adjuntan anexos relacionados con los protocolos existentes en el área y documentación que se entrega a los usuarios sobre atención al parto y lactancia.

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.

APENDICES

Apéndice I

Normativa y Política Institucional sobre Lactancia



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

NORMATIVA QUE ESTABLECE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA

Normas

PROPUESTA DIVISIÓN: Enfermería

UNIDAD: Dirección de Enfermería

APROBADA EN LA COMISIÓN DE DIRECCIÓN DEL DÍA: 09/10/2007

ESTA NORMATIVA ENTRARÁ EN VIGOR EL DÍA: siguiente a su publicación

Introducción

En condiciones normales, la leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo. La leche humana es el alimento de elección durante los seis primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo raras excepciones.

La lactancia materna se debería prolongar al menos durante el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño.

La importancia de su protección, la promoción y apoyo está dentro del ámbito de los derechos humanos (Art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño).

La promoción y el apoyo a la lactancia están alineados con la estrategia mundial para la alimentación del lactante, aceptada por todos los miembros de la OMS en la 55ª asamblea mundial de mayo de 2002.

Importantes documentos de la Unión Europea establecen la importancia de proteger y promocionar la lactancia por sus beneficios para el niño, la madre y la sociedad.

Por esta razón, la Dirección del Hospital Doce de Octubre se plantea adoptar las recomendaciones del Comité OMS-UNICEF sobre la lactancia materna, y donde la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños –en adelante IHAN– establece “Diez pasos hacia una lactancia feliz” como acciones necesarias para el apoyo a la lactancia en las Maternidades.

Principios

La lactancia materna proporciona beneficios incuestionables a la madre, al niño y a la sociedad. Por tanto, este Hospital se compromete a promover la lactancia y a apoyar y proteger a todas las madres que deciden amamantar y a todos los niños que están recibiendo lactancia materna.

Nº 32
Pág. 1



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

Normas

Objetivos

- Impulsar la promoción de la lactancia materna aplicando los "Diez pasos para una lactancia feliz" de acuerdo con OMS-UNICEF.
- Asegurar que todas las madres reciban información de los beneficios de la lactancia materna antes de elegir cómo quieren alimentar a sus hijos.
- Ofrecer ayuda de los profesionales tras recibir una formación adecuada. Este Hospital no discriminará a las mujeres por la forma de alimentación que decidan y las ayudará una vez realizada la elección.

Justificación de esta política

Es importante que todos los profesionales sigan esta política sobre la lactancia materna con el fin de que la madre no reciba información contradictoria. Cualquier situación diferente debería ser registrada en la historia clínica del niño y la madre. A los padres que tras el parto elijan alimentar a sus hijos con sucedáneos se les debe mostrar de manera individual cómo prepararla.

No se permitirán en esta maternidad carteles o anuncios de cualquier sucedáneo de la leche materna, biberones, tetinas o chupetes. También se desaconsejará el uso de cualquier objeto con logotipos de estos sucedáneos (bolígrafos, calendarios etc.).

Contenido

1. Información de lactancia materna

- Esta política tiene que ser comunicada a todo el personal de la maternidad, en especial a quienes trabajan con gestantes, puerperas o niños. Todo el personal recibirá una copia de esta norma.
- El contenido de esta norma será expuesto en todas las áreas de trabajo y de visita del Hospital Materno Infantil (cartelería de la IHAN).

2. Formación del personal

- Todos los profesionales que trabajen con las madres o con los niños adquirirán un nivel de conocimientos adecuado a su grupo profesional.
- Se establecerá una estrategia de formación continuada y de formación de todo el personal de nueva incorporación.

Nº 32
Pág. 2



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

Normas

Nº 32
Pág. 3

3. Información a las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia

- Todas las mujeres embarazadas recibirán información de los beneficios de la lactancia materna, así como de los conocimientos necesarios para llevarla a cabo con éxito (*folletos divulgativos editados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*).

4. Iniciación de la lactancia

- Se establecerán el entorno y la ayuda necesarios para ofrecer a todas las madres que lo deseen la oportunidad de sostener a sus hijos piel con piel tras el nacimiento tan pronto como sea posible, independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir.
- Se animará a las madres a que realicen la primera toma de pecho tan pronto como puedan (primera hora). La enfermera o matrona observará este momento por si la madre precisa algún tipo de ayuda.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia aun si la madre y el niño están separados

- La madre recibirá la ayuda que precise para iniciar correctamente su lactancia y conseguir la posición y el enganche adecuados para el niño.
- Antes de abandonar el hospital, todas las madres deben saber cómo extraerse manualmente su leche.
- Cuando un niño recién nacido o un lactante que esté siendo amamantado ingrese en este Hospital, independientemente del servicio en el que ingrese, los profesionales responsables de su atención enseñarán a la madre cómo extraer y almacenar su leche correctamente.
- Cuando una madre esté separada de su hijo se le debe animar para que se extraiga la leche (*Guía de extracción de leche y conservación*).

6. Indicaciones para suplementar la lactancia

- No se administrará ningún otro tipo de alimento o líquido a los niños con lactancia materna a no ser que esté médicamente indicado y tras haber informado a los padres de los inconvenientes. Únicamente el médico puede hacer esta indicación y debe quedar reflejada en la historia clínica del niño.
- A los padres que soliciten suplementos de sucedáneos se les debe advertir de las implicaciones negativas que pueden tener la administración de suplementos al inicio de la lactancia, para que tomen una decisión tras la información adecuada. Se anotará en la historia clínica la petición de los padres, la información dada y su actitud posterior.
- No se permitirá en el Hospital ningún tipo de promoción de alimentos o bebidas para lactantes que no sea la lactancia materna.



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

Normas

7. Cohabitación

- Se promoverá que madre e hijo permanezcan juntos las 24 horas del día y se prestará la ayuda necesaria para continuar la lactancia materna con éxito en caso de separación inevitable. Las madres con cesárea recibirán el apoyo necesario para que su hijo permanezca a su lado.
- La madre asumirá la responsabilidad del cuidado de su hijo en la maternidad.
- La separación madre hijo se hará exclusivamente cuando alguno de los dos requieran asistencia en otro lugar del Hospital.
- No existirá ningún espacio destinado como nido.

8. No restricción de las tomas de pecho

- El mensaje que se debe transmitir a las madres es que la lactancia se realizará a demanda, sin restricción de frecuencia o duración de la toma.

9. Uso de tetinas, chupetes o pezoneras

- No se recomienda el uso de tetinas, salvo para succión no nutritiva como método de analgesia. No se recomendará el uso de chupete durante el primer mes de vida o hasta que la lactancia esté bien instaurada.
- Se desaconsejan las pezoneras. Si una madre considera su necesidad debe ser informada de los efectos negativos sobre la lactancia antes de iniciar su uso y de la necesidad de retirarlas lo antes posible.

10. Grupos de apoyo a la lactancia

- Al alta de la maternidad se facilitará a las madres información para poder contactar con los grupos de apoyo a la lactancia materna de la Comunidad de Madrid.

El Presidente de la Comisión de Dirección

Fdo: Joaquín Martínez Hernández

Nº 22
Pág. 4

Apéndice II

Legislación y Lactancia

Autoras: Gerbeau Bettina, Sánchez Pablo M^a Rosario

Introducción

Una vez superados los obstáculos iniciales la lactancia se vuelve más cómoda, pero desgraciadamente este periodo coincide con el fin del permiso de maternidad que obliga a las madres a separarse de sus hijos y regresar al trabajo. Según la legislación actual, esta situación se da a las 16 semanas postparto. Seguir adelante con la lactancia dependerá de la motivación, el apoyo y la información recibida. Para no abandonar la lactancia e incorporarse a la vida laboral, la madre trabajadora necesita explorar varias opciones a su alcance y conocer las leyes que la amparan.

Conciliación laboral y familiar

En nuestros días, se habla cada vez más de conciliar la vida laboral y familiar lo que no deja de ser un reto sobre todo en las ciudades donde las familias son del tipo núcleo reducido. Muchas mujeres han de enfrentarse a una triple labor: trabajar fuera y dentro del hogar y la crianza de los hijos. El papel del cónyuge es fundamental para el reparto de las tareas domésticas y la atención a los hijos. Las instituciones han de reforzar su apoyo proporcionando ayudas e incentivando la flexibilidad del mercado. Para avanzar en la protección de la lactancia, deben producirse cambios culturales, sociales y políticos.

Los principales derechos relacionados con la maternidad, la paternidad y el cuidado de familiares están recogidos en **El Estatuto de los Trabajadores, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los Reales Decretos-Ley sobre la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y las prestaciones económicas del sistema de la seguridad social por maternidad y riesgos durante el embarazo.**

Normativas

- 1- Real Decreto Legislativo 1/1995 de 4 de marzo por el que se aprueba el Estatuto de los Trabajadores (artículos 46, 48 y 8 bis).
- 2- El artículo 138 de **las modificaciones aportadas a la Ley de Procedimiento Laboral aprobadas por el Real Decreto legislativo 2/1995-7 de abril.**
- 3- Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba la Ley General de la Seguridad Social (del artículo 133 bis al 135 ter)
- 4- **Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo para igualdad efectiva de mujeres y hombres.**
- 5- Real Decreto 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.
- 6- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 26 sobre protección de la maternidad y disposición final tercera de la Ley Orgánica del de marzo de 2007.
- 7- Real Decreto 504/2007 del 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 (anexo 2: escala de valoración para personas menores de 3 años).
- 8- Real Decreto 295/2009, del 6 de marzo, por el que se regula las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

Derechos fundamentales

Los derechos mínimos a los que se puede acoger cualquier madre trabajadora se resumen en unos cuantos puntos:

- Para exámenes prenatales y clases de preparación al parto la futura madre podrá ausentarse del trabajo, previo aviso, sin reducción del salario y justificando la necesidad de hacerlo en horario de trabajo.
- La mujer puede disfrutar de 16 semanas sin trabajar, pagadas por la Seguridad Social el 100% de su base reguladora. Se disfrutan de forma ininterrumpida y son ampliables en caso de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo. En caso de adopción de un menor de 6 años también se tiene derecho a las 16 semanas.
- El descanso obligatorio es de 6 semanas después del parto. Las otras 10 semanas se pueden compartir con el padre de manera alternativa y simultánea. También se pueden disfrutar a tiempo parcial, incorporándose al trabajo en las horas que decida la mujer.
- En caso de hijos discapacitados y menores acogidos se tiene derecho a dos semanas adicionales, presentando la valoración de dependencia en el INSS.
- En casos de partos prematuros y en aquellos otros en los que el neonato requiera hospitalización tras el parto por un tiempo superior a siete días (**prematuridad u otras causas**), el periodo de baja se ampliará en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, con un máximo de 13 semanas adicionales.
- La madre tiene derecho de ausencia de una hora durante la jornada laboral (2 horas para gemelos) o de media hora al inicio o término de la misma, durante 9 meses (12 meses para los funcionarios.) En caso de parto prematuro, los 9 meses se cuentan a partir de las 40 semanas de gestación (intrauterina + extrauterina).
- Si se solicita la reducción de jornada, se tiene derecho a la hora de lactancia íntegra, no en proporción a la jornada trabajada y si se trabaja por turnos -guardias de 24 horas, por ejemplo- se tiene derecho a una hora por cada periodo de ocho horas, es decir a tres horas por guardia.
- La concreción del horario dentro de la jornada le corresponde a la trabajadora.
- Tiene derecho a acumular estas horas a fin de prolongar el permiso de maternidad en vez de disfrutarlas cada día.
- Se mantiene la retribución normal, la conservación del empleo y la categoría asociada durante el permiso.
- Existe el derecho a disfrutar de una excedencia de hasta 3 años, con la única exigencia de un preaviso al empresario de 15 días para la reincorporación al trabajo. El periodo de excedencia se considera cotizado para la Seguridad Social y se puede disfrutar de forma fraccionada.
- Se permite acumular el mes de vacaciones al permiso por maternidad, aunque correspondan al año natural anterior.
- La trabajadora expuesta en el trabajo a riesgos para la lactancia (contacto con productos tóxicos, condiciones difíciles –estrés, horarios- tiene el derecho a solicitar un cambio en las condiciones de trabajo, a un cambio de puesto de trabajo o a una suspensión de contrato por riesgo. Este permiso es remunerado en las mismas condiciones de la baja por maternidad, dura 9 meses y requiere un informe de un médico del SNS y la certificación del INSS.

Estas condiciones pueden mejorar a través de las leyes propias de cada autonomía, los convenios colectivos o un acuerdo particular con el empresario que la trabajadora puede plantear a conveniencia de ambos.

Se considera nulo todo despido durante el embarazo, el permiso de maternidad o de lactancia salvo que un órgano judicial declare la procedencia del despido por motivos no relacionados con estas causas.

Opciones de trabajo

- Volver al trabajo a las 16 semanas acogiendo a la hora de lactancia.
- Sumar las horas de lactancia (y si se quiere, unir el mes de vacaciones) e incorporarse al trabajo más tarde.
- Pedir una excedencia de varias semanas, meses o años.
- Solicitar reducción de jornada.
- Trabajar a tiempo parcial.
- Llevar al bebé al trabajo o a guardería propia de la empresa.
- Trabajar desde casa (teletrabajo).
- Optar por el autoempleo (autónomos).

Información on line

- www.ilo.org (OIT)
- www.porticolegal.com
- www.demadres.es
- www.laligadelaleche.es/lactancia.../legal.htm
- www.infotox.com

Organismos de consulta

- Ministerio de Trabajo e Inmigración (www.mtas.es)
- SS. SS. y Empleo (www.seg-social.es) Para información individualizada, acudir a los Centros de Atención e Información (CAI) del INSS
- Ministerio de Igualdad / Instituto de la Mujer (www.migualdad.es/mujer)
- Agentes sociales (sindicatos)- Consejería de Familia y Asuntos Sociales (www.madrid.org)
- Ayuntamientos (www.munimadrid.es)

El futuro

Las leyes no paran de modificarse al ritmo que evoluciona la demanda de la sociedad. Algunas ya están aprobadas para una futura implantación. Podemos citar que:

La Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados ha dado el visto bueno a la ampliación del permiso de paternidad de 15 días a cuatro semanas a partir del 1 de enero de 2011. La proposición de ley aprobada acorta los plazos previstos por el Gobierno en la Ley de Igualdad para ampliar este permiso. Dicha norma contemplaba alargarlo a cuatro semanas de forma progresiva hasta 2013. El permiso será ampliable en dos días más por cada hijo a partir del segundo, en los casos de parto múltiple.

Por su parte, la Unión europea estudiará ampliar hasta los cuatro meses los permisos para la conciliación de la vida familiar y profesional de los padres y madres que tienen hijos de hasta ocho años, en virtud de un acuerdo recientemente firmado por la Comisión Europea y los interlocutores sociales. El nuevo convenio sustituirá la legislación laboral comunitaria de 1995. El objetivo es conseguir permisos de cuatro meses para cada progenitor; éstos serían complementarios a las bajas por nacimiento. Todos los trabajadores podrían beneficiarse de esta medida, incluido los que trabajan a tiempo parcial o con contrato temporal.

Conclusión

Actualmente, existe un desajuste entre la recomendación sanitaria de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del bebé y la duración del permiso de maternidad vigente de sólo 16 semanas. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) recomienda una ampliación de este

plazo mínimo y el “European Blueprint ” de 2004 * (Protección, promoción y ayuda a la lactancia en Europa: Planes para la acción) declara: “Hay que asegurar que haya suficientes ayudas legales para permitir a las madres trabajadoras que amamenten exclusivamente a sus hijos durante seis meses y continúen con ello si lo desean...”.

Nuestro lema debería ser: “apoyar a la madre para beneficiar al hijo”.

^(*) Declaración europea de interés sanitario de la Comisión Europea para la Salud, la OMS y el Instituto Italiano para la Salud materno-infantil

Asesoramiento

- Estíbaliz Pérez, Inspectora de Trabajo y Seguridad Social
- Mónica Tornadijo Abogadas laboristas y monitoras de LLL

Apéndice III

Trabajo y Lactancia

Autora: Bettina Gerbeau

Introducción

La actividad laboral supone un reto para las madres que amamantan y de hecho suele ser la causa principal de abandono de la lactancia tras el periodo inicial. No obstante las mujeres se preocupan cada vez más de buscar la información que les permita tomar la decisión de seguir amamantando y planificar la organización necesaria. Los grupos de apoyo sirven de red social. La implicación del personal sanitario es indispensable al tener la misión de ayudar a la madre trabajadora para que la lactancia prosiga. Este tema se puede abordar en las clases de preparación al parto y durante las revisiones rutinarias: incidir sobre las ventajas que la prolongación de la lactancia supone para la madre y su hijo, enseñar técnicas útiles, enumerar opciones de trabajo y comentar las condiciones laborales, ofrecer alguna hoja con datos prácticos relacionados con la legislación, orientar hacia algún grupo de apoyo y recomendar alguna página web o libro de interés.

Cómo planificarse

Las mujeres trabajadoras deberán reflexionar sobre su actividad laboral y sus circunstancias:

- ¿Cómo es mi bebé, ha sido prematuro, está enfermo, tiene necesidades especiales?
- ¿Quién va a cuidar de mi hijo (un familiar, una cuidadora), lo llevaré a una guardería?
- Cuándo nos separemos ¿sólo tomará leche, ya tendrá edad para probar otros alimentos?
- ¿Cuándo reincorporarme al trabajo, prolongar la baja maternal, solicitar reducción de jornada, combinar la baja con la del padre, acumular las horas de lactancia?
- ¿Cuántas horas paso fuera de casa, tengo jornada partida o completa, trabajo los fines de semana, tengo turno de noche, mi horario es variable?
- ¿Puedo extraer leche en mi lugar de trabajo, cuánto la puedo conservar en una nevera?
- ¿Cómo estoy de salud, duermo suficiente, tengo ayuda en casa?

Información necesaria para las madres

Las madres necesitan recibir la información siguiente:

- Cuales son las necesidades de un bebé de la edad del suyo, qué supone una separación y cómo compensarla,
- Como extraer la leche a mano y con sacaleches.
- Como conservar la leche y transportarla.
- Como administrársela al bebé (biberón, vaso).
- Como combinar lactancia y alimentación complementaria (a partir de 6 meses).
- Como mantener el interés del bebé por el pecho y asegurar la producción.
- Saber que la pérdida de tomas implica un mayor riesgo de nuevo embarazo.
- Cuales son las opciones de trabajo y las leyes que protegen la lactancia (ver anexo nº 3).
- Donde hay un grupo de apoyo cercano.

Estrategias para la vuelta al trabajo

La madre que sabe que va a ir a trabajar fuera de casa, puede planificar su situación con antelación.

- Durante el embarazo:
 - . Saber cómo se produce la leche y cómo mantener una buena producción.
 - . Apuntar al bebé a la guardería * (si las plazas son escasas).

(*) Algunas guarderías rechazan administrar leche materna a los bebés; es interesante que la madre discuta este punto cuanto antes puesto que esta objeción es ilegal.

- Desde el nacimiento:
 - . Detectar si el bebé estimula eficazmente el pecho.
 - . Aprender y practicar la extracción manual y con sacaleches.
- A partir del primer mes:
 - . Congelar la leche de las diversas extracciones en buenas condiciones de higiene y frío
 - . Saber cómo descongelar y entibiar la leche (probarla para ver si no se altera su sabor).
 - . Planificar quién se va a ocupar del bebé (buscar la guardería -si posible cerca del trabajo- o a la persona que asumirá esta responsabilidad).
 - . Acudir a algún grupo de apoyo para encontrarse con otras madres trabajadoras.
- Unas semanas antes del fin del permiso de maternidad:
 - . Decidir la estrategia de trabajo (cambio de horario o puesto de trabajo, reducción de jornada, excedencia, acumulación de las horas de lactancia...) y comunicársela al empleador.
 - . Solicitar volver al trabajo a partir del miércoles (por ejemplo) para que falten pocos días para el fin de semana.
 - . Invitar a la persona que se ocupará del bebé que venga a cuidarle algún rato para que se puedan familiarizar el uno con el otro.
- Unos días antes de ir a trabajar:
 - . Ensayar con el bebé la toma de biberón, beber en vaso o aceptar alimentos con trocitos o cuchara.
 - . Comprobar que el bebé tolera la leche artificial, si se prevé esta opción.
 - . Presenciar cómo la persona que va a cuidar del bebé se apaña con la práctica de descongelación, calentamiento y administración de la leche.
 - . Volver a hablar con el personal de la guardería acerca de la lactancia (no dar leche o alimentos en abundancia poco antes de que la madre recoja al bebé, por ejemplo).
- Cuando la madre ya trabaja:
 - . Observar si el horario laboral altera su producción de leche.
 - . Enterarse de cómo la separación afecta al comportamiento del bebé.
 - . Dejar instrucciones por escrito a la persona que cuida del bebé (manipulación de la leche, teléfonos de urgencia, incidencias...).
 - . Comprobar que el bebé recibe buenos cuidados y suficiente alimento.
 - . Compensar la separación con una mayor convivencia fuera del trabajo y la falta de alguna toma con tomas adicionales, nocturnas o durante el fin de semana.
 - . Ser flexible con cualquier alteración en los planes iniciales (ajustarse a la realidad) y tener paciencia.

Orientaciones generales para la madre que trabaja

- Dar de mamar justo antes de separarse del bebé, independientemente de la hora de la toma anterior.
- Ofrecer el pecho al bebé nada más reencontrarse con él, pidiendo a la persona que le cuida que evite darle demasiada leche o comida poco antes.
- Extraer leche cuando los pechos se vuelven incómodos incluso si falta poco para reencontrarse con el bebé.
- Guardar la leche extraída incluso si no se pensaba utilizar; **NO TIRAR LA LECHE JAMÁS.**

Situaciones frecuentes en los bebés

- En ausencia de su madre los bebés necesitan chupar algo: el chupete o sus dedos.
- Hay bebés que se pueden pasar el tiempo de separación durmiendo (suelen, en cambio, estar más despiertos de noche).
- Muchos bebés aceptan el biberón, otros no lo querrán nunca (se les puede alimentar con vaso).
- La mayoría de los bebés combinan perfectamente biberón y pecho, otros presentan alteraciones en la succión (en este caso, eliminar las tetinas).
- Hay bebés que comen más que con la madre, otros menos, otros nada (no obligarles a comer si luego logran compensar en otro horario).

Conclusión

Sobra recordar los numerosos beneficios que la lactancia aporta a las madres, a sus hijos y a la sociedad en diferentes aspectos. A fin de proteger la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y permitir prolongarla hasta los 2 años o más, como recomienda la OMS y las autoridades sanitarias, debería constituir una prioridad social y sanitaria que las madres trabajadoras puedan conciliar lactancia y jornada laboral con la motivación y ayudas necesarias desde todos los ámbitos implicados. Porque a pesar del aumento de la incorporación de la mujer al mundo laboral, la incidencia de la lactancia y su duración también han ido en aumento, lo que nos indica que las mujeres modernas valoran la lactancia y desean ponerla en práctica y que sólo les falta recibir la información y el apoyo necesarios.

Bibliografía:

1. Breastfeeding and Human Lactation Jan Riordan, Karen Wambach Jones and Bartlett Publishers, 2009.
2. Manual de la Lactancia Materna, de la teoría a la práctica Asociación Española de Pediatría Editorial Médica Panamericana, 2008.
3. Lactancia Materna, una guía para la profesión médica. Ruth A Lawrence, Robert M. Lawrence Editorial Elsevier-Mosby, 2007.
4. Lactancia Materna: guía para profesionales Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la AEPED nº 5, 2004.

Apéndice IV

Grupos de Apoyo a la Lactancia y Consultoras en Lactancia

1. Los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)

En las sociedades industrializadas, se ha comprobado la importancia que adquieren los “grupos de apoyo a la lactancia”, también llamados “grupos de ayuda mutua” o “de apoyo madre a madre” para impulsar la lactancia materna. Su papel, viene a ser, el de aportar amparo e información a madres con falta de soporte familiar o porque en su propia familia se ha perdido la tradición de amamantar.

La asociación de mayor trayectoria en el tiempo (1956) y de ámbito mundial es La Liga de la Leche International (LLLI) que también está presente en nuestro país, repartida por las distintas autonomías.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna suelen constituirse en asociaciones y muchos de ellos se han reagrupado en una federación, FEDALMA.

Cada asociación es autónoma en cuanto a la forma de trabajar y cada una realiza actividades variadas pero, en general, tienen un comportamiento similar. Los grupos se suelen reunir una o varias veces al mes. Están a disposición principalmente de las madres embarazadas y de las madres con bebés pequeños o niños más crecidos, pero también son bienvenidos padres, abuelas o cuidadoras y profesionales sanitarios. Una o varias monitoras se ocupan del grupo acogiendo a las madres, dirigiendo el diálogo entre ellas, puntualizando los comentarios con información oportuna y atendiendo a las personas con dificultades específicas. Las monitoras son madres con experiencia propia en la lactancia, y formación tanto en temas relacionados con ella como en comunicación. Cuando las monitoras detectan problemas de índole médica, su función consiste en reorientar a las familias hacia los profesionales sanitarios.

El apoyo a las familias suele ser presencial (reuniones, visitas a domicilio), por teléfono, por correo electrónico y a través de chats y páginas web. El trabajo realizado es voluntario.

Algunas asociaciones interactúan con el ámbito sanitario a través de su presencia en comités de lactancia, congresos, publicaciones médicas, etc. Otras se relacionan con los medios de comunicación o desarrollan actividades en el ámbito educacional. Algunas veces organizan iniciativas de concienciación social para llamar la atención de las administraciones o despertar el interés de la opinión pública sobre la importancia del amamantamiento no solo para la madre y el niño, sino también para la sociedad.

Conscientes del papel de los GALM y de la eficacia de su influencia sobre la población interesada, la OMS y el UNICEF, les dedicaron el punto 10 de su iniciativa (IHAN). Estudios realizados en diversos países, evidenciaron que la tasa de lactancia y su duración en el tiempo aumentaban cuando los grupos estaban presentes. Por lo tanto, es obligación de los profesionales sanitarios, ofrecer información a las madres sobre estos grupos a la salida del hospital y explicarles cómo ponerse en contacto con ellos, también en otros momentos a lo largo de la crianza. Este apoyo complementario y en equipo redunda en beneficio de los lactantes y sus familias.

2. Consultores Certificados en lactancia materna (IBCLC)

Para recibir apoyo durante la lactancia materna, las madres pueden acudir a los grupos de apoyo y a los profesionales sanitarios. Para completar este apoyo, en EE.UU. en los años 80, se creó la figura del Consultor de Lactancia (Lactation Consultant), una persona especializada en lactancia materna en todos sus aspectos. Los IBCLC pueden provenir del ámbito sanitario o ser ajeno al mismo, pero tienen que tener años de experiencia en contacto con madres lactantes y una sólida formación teórica. Estos profesionales pueden complementar la falta de competencias y formación específica, en algunos casos y aumentar el tiempo de atención que muchas madres necesitan. El consultor no prescribe, ni realiza actos terapéuticos sino que remite a las madres a los profesionales correspondientes.

Durante la consulta de lactancia y a través de la entrevista, se evalúan las necesidades, capacidades y deseos de madre e hijo teniendo también en cuenta los aspectos prácticos y psicológicos. Un IBCLC aporta información actualizada y enseña técnicas para ponerla en práctica. Así mismo facilita a la familia una serie de recursos: libros, páginas web de interés, material de lactancia.

Muchos consultores están presentes en hospitales, centros de salud, guarderías o atienden en consultas privadas.

Los IBCLC son una pieza más del equipo multidisciplinario que participa del éxito de la lactancia en la sociedad.

Bibliografía:

- 1- Lactancia Materna: guía para profesionales, monografías de la A.E.P. Nº 5 -2004
- 2- Manual de lactancia Materna, de la teoría a la práctica. A.E.P -2008
Editorial Médica Panamericana
- 3- Lactancia Materna, una guía para la profesión médica. Ruth y Robert Lawrence -2007
Editorial Elsevier-Mosby
- 4- Breastfeeding and Human Lactation. J.Riordan and K.Wambach. -2010-03-30
Jones and Bartlett Publishers
- 5- Counseling the Nursing Mother. J. Lauwers and A. Swisher. -2005
Jones and Bartlett Publishers

Recursos de interés en Internet:

- 1- www.ihan.es
- 2- www.fedalma.org
- 3- www.laligadelaleche.es
- 4- www.aeped.es
- 5- www.ilca.org

Apéndice V

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

http://www.ibfan-alc.org/nuestro_trabajo/archivo/codigo/codigo_internacional_1981.pdf

OMS/UNICEF, 1981

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud:

Afirmando el derecho de todo niño y de toda mujer embarazada y lactante a una alimentación adecuada como medio de lograr y de conservar la salud;

Reconociendo que la malnutrición del lactante es tan sólo un aspecto de problemas más amplios planteados por la falta de educación, la pobreza y la injusticia social;

Reconociendo que la salud del lactante y del niño pequeño no puede aislarse de la salud y de la nutrición de la mujer, de sus condiciones socioeconómicas y de su función como madre;

Conscientes de que la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades anti-infecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos;

Reconociendo que el fomento y la protección de la lactancia natural son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social necesarias para favorecer el sano crecimiento y desarrollo del lactante y el niño pequeño, y que la lactancia natural es un aspecto importante de la atención primaria de salud; Considerando que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo de preparaciones para lactantes y de ingredientes adecuados que entran en su composición; que, en consecuencia, todos estos productos deben ponerse al alcance de cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución; y que no deben comercializarse ni distribuirse por métodos que puedan obstaculizar la protección y la promoción de la lactancia natural.

Reconociendo además que las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública;

Persuadidos de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general a partir de los 4 a los 6 meses, y de que ha de hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente; y convencidos, no obstante, de que esos alimentos complementarios no deben utilizarse como sucedáneos de la leche materna;

Reconociendo que existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural;

Afirmando que los sistemas de atención de salud, y los profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior del amamantamiento o, cuando así proceda, acerca del uso correcto de preparaciones para lactantes, tanto fabricadas industrialmente como hechas en casa;

Afirmando, además, que los sistemas de educación y otros servicios sociales deben participar en la protección y la promoción de la lactancia natural y en el uso apropiado de alimentos complementarios;

Conscientes de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres de lactantes y niños de corta edad, estén o no amamantando a sus hijos;

Afirmando la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, los expertos en varias disciplinas afines, los

grupos de consumidores y la industria colaboren en actividades destinadas a mejorar la salud y la nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño;

Reconociendo que los gobiernos han de adoptar una serie de medidas de salud y de nutrición, así como medidas sociales de otra índole, con el fin de favorecer el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño, y que el presente Código se refiere solamente a un aspecto de dichas medidas;

Considerando que los fabricantes y los distribuidores de sucedáneos de la leche materna desempeñan un papel importante y constructivo en relación con la alimentación del lactante, así como en la promoción del objetivo del presente Código y en su correcta aplicación;

Afirmando que los gobiernos están llamados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos de desarrollo general, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular mediante la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o la adopción de otras medidas apropiadas;

Estimando que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad de los lactantes en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las prácticas habituales de comercialización;

EN CONSECUENCIA:

Los Estados Miembros convienen por el presente documento en los artículos siguientes, que se recomiendan en tanto que base para la acción.

Artículo 1. Objetivo del Código

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

Artículo 2. Alcance del Código

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

Artículo 3. Definiciones

A efectos del presente Código, se entiende por: «Agente de salud»: toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

« Alimento complementario »: todo alimento, manufacturado o preparado localmente que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquélla o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Ese tipo de alimento se suele llamar también «alimento de destete» o «suplemento de la leche materna». « Comercialización »: las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto. « Distribuidor »: una persona, una sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un «distribuidor primario» es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante. «Envase»: toda forma de embalaje de los productos para su venta al detalle por unidades normales, incluido el envoltorio. « Etiqueta »: todo marbete, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco o fijada sobre un envase de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código. « Fabricante »: toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directamente o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar alguno de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. « Muestras »: las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente. « Personal de comercialización »: toda persona cuyas

funciones incluyen la comercialización de uno o varios productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. «Preparación para lactantes»: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del *Códex Alimentarius*, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas; esos alimentos también pueden ser preparados en el hogar, en cuyo caso se designan como tales. «Sistema de atención de salud»: el conjunto de instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que ejerce privadamente. En cambio, no se incluyen, a los efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta. «Sucedáneo de la leche materna»: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. « Suministros »: las cantidades de un producto facilitadas para su utilización durante un periodo prolongado, gratuitamente o a bajo precio, incluidas las que se proporcionan, por ejemplo, a familias menesterosas.

Artículo 4. Información y Educación

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.

4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes extremos:

ventajas y superioridad de la lactancia natural; nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño y uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa.

Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

Artículo 5. El público en general y las madres

5.1 No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2 Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.3 De conformidad con los párrafos 5.1 y 5.2 no debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se vendan al consumidor directamente y al por menor, como serían las presentaciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la oferta de artículos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no debe restringir el establecimiento de políticas y prácticas de precios destinadas a facilitar productos a bajo coste y a largo plazo.

5.4 Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5 El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6. Sistemas de atención de salud

6.1 Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.

6.2 Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe utilizarse para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la difusión de informaciones a los profesionales de la salud, según lo previsto en el párrafo 7.2.

6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar placartes o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.

6.4 No debe permitirse en el sistema de atención de salud el empleo de «representantes de servicios profesionales», de «enfermeras de maternidad» o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.

6.5 Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

6.6 Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7 Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyan fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros podrán continuar durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.

6.8 El equipo y los materiales donados a un sistema de atención de salud, además de los que se mencionan en el párrafo 4.3, pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto comercial comprendido en las disposiciones del presente Código.

Artículo 7. Agentes de Salud

7.1 Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.

7.2 La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos especificados en el párrafo 4.2.

7.3 Los fabricantes o los distribuidores no deben ofrecer, con el fin de promover los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, incentivos financieros o materiales a los agentes de la salud o a los miembros de sus familias ni dichos incentivos deben ser aceptados por los agentes de salud o los miembros de sus familias.

7.4 No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, ni materiales o

utensilios que sirvan para su preparación o empleo, salvo cuando sea necesario con fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional. Los agentes de salud no deben dar muestras de preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

7.5 Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud beneficiario toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para la investigación, gastos de asistencia a conferencias profesionales y demás actividades de esa índole. El beneficiario debe hacer una declaración análoga.

Artículo 8. Empleados de los fabricantes y de los distribuidores

8.1 En los sistemas que aplican incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. Ello no debe interpretarse como un impedimento para el pago de gratificaciones basadas en el conjunto de las ventas efectuadas por una empresa de otros productos que ésta comercialice.

8.2 El personal empleado en la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado.

Artículo 9. Etiquetado

9.1 Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.

9.2 Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar por que se imprima en cada envase o en una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes: a) las palabras «Aviso importante» o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No deben utilizarse términos como «humanizado», «maternalizado» o términos análogos. Pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad vendidos al por menor. Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes. 9.3 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes, que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes, pero que puedan ser modificados a ese efecto, deben llevar en el envase un aviso en el que conste que el producto no modificado no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, las etiquetas correspondientes no deben contener indicaciones que puedan interpretarse como instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin.

9.4 La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos y cada uno de los extremos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) las condiciones requeridas para su almacenamiento y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto, habida cuenta de las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate.

Artículo 10. Calidad

10.1 La calidad de los productos es un elemento esencial de la protección de la salud de los lactantes y, por consiguiente, debe ser de un nivel manifiestamente elevado.

10.2 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y destinados a la venta o a cualquier otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión del Codex Alimentarius y las disposiciones del Código recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Aumentos de los Lactantes y los Niños.

Artículo 11. Aplicación y vigilancia

11.1 Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben procurar obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y los reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, deben hacerse públicas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

11.2 La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos actuando tanto individualmente como colectivamente por conducto de la Organización Mundial de la Salud, a tenor de lo previsto en los párrafos 11.6 y 11.7. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales, los grupos de profesionales y las asociaciones de consumidores apropiados deben colaborar con los gobiernos con ese fin.

11.3 Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de productos comprendidos en las disposiciones del mismo deben considerarse obligados a vigilar sus prácticas de comercialización de conformidad con los principios y el objetivo del presente Código y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y objetivo.

11.4 Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y el objetivo del presente Código, con el fin de que puedan adaptarse las medidas oportunas. Debe informarse igualmente a la autoridad gubernamental competente.

11.5 Los fabricantes y distribuidores primarios de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben informar a todos los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las responsabilidades que les incumben en consecuencia.

11.6 De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros informarán anualmente al Director General acerca de las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código.

11.7 El Director General informará todos los años pares a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código; y prestará asistencia técnica, a los Estados Miembros que la soliciten, para la preparación de leyes o reglamentos nacionales o para la adopción de otras medidas apropiadas para la aplicación y la promoción de los principios y el objetivo del presente Código.



Comité de Lactancia Materna
H^º 12 de Octubre y C.S. de Atención Primaria