

PROCOLO LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE TOCOLOGÍA

GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE.

AUTORAS:

- Llanos García Núñez (1)
- Benedicta Cutanda Carrión (2) (11)
- Ascensión Molina Rubio (2)
- M^a Carmen Gordo Bleda (2)
- María José Garrido Ballesteros (3)
- Belén Quevedo Navarro (3)
- Nieves Martínez López (3)
- Carmen Lorenz González (5)
- Andrés Martínez Gutiérrez (6)
- Antonio N. Amezcua Recover (7)
- Blanca Alfaro Ponce (8)
- María Ramos Gil (9)
- Ainhoa Gómez Merchante (10)

COLABORADORAS:

- M^a José Armero Villar (2)
- Carmen López Guerrero (4)

- (1) Matrona. Supervisora Unidad Tocología-Partos
- (2) Enfermera de la Unidad de Tocología
- (3) Matrona de Paritorio
- (4) Técnico en Cuidados Auxilios de Enfermería de Tocología
- (5) Técnico en Cuidados Auxilios de Enfermería de Paritorio
- (6) Pediatra. Jefe servicio de Pediatría
- (7) Ginecólogo. Jefe servicio Tocología y Ginecología
- (8) Pediatra
- (9) EIR II Enfermería Obstétrico-ginecológica
- (10) MIR IV Ginecología-Tocología
- (11) Consultora Certificada Internacional en Lactancia Materna (IBCLC)

Realizado en Mayo 2019

Próxima revisión en 2022

ÍNDICE

Pág.

1. INTRODUCCIÓN (4)

2. POBLACIÓN DIANA (5)

3. OBJETIVOS (5)

4. PERSONAL (5)

5. MATERIAL (6)

6. PROCEDIMIENTO (7)

ACTUACIONES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA EN LA UNIDAD DE TOCOLOGÍA.

6.1. CONTACTO PIEL CON PIEL Y ALOJAMIENTO CONJUNTO..... (8)

6.2. COLOCACIÓN Y POSTURAS PARA AMAMANTAR.....(9)

6.3. LACTANCIA MATERNA A DEMANDA Y SIN RESTRICCIONES..... (9)

6.4. VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA..... (10)

6.5. HIGIENE DE LA MAMAS.....(12)

6.6. USO DE CHUPETES Y TETINAS.....(12)

6.7. CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE
SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.....(13)

6.8. SUPLEMENTOS..... (13)

6.9. LACTANCIA MATERNA EN CASOS DE SEPARACIÓN MADRE/HIJO... (15)

6.10. RECOMENDACIONES EN CASO DE QUE SEA NECESARIA LA
EXTRACCIÓN DE LECHE.....(17)

6.11. CONSIDERACIONES SOBRE EL APOYO PROFESIONAL A LA
LATANCIA MATERNA..... (17)



6.12. MANEJO DE LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES.....	(18)
6.13. SUPRESIÓN DE LACTANCIA.....	(21)
6.14. CONSIDERACIONES AL ALTA.....	(21)
7. PROBLEMAS POTENCIALES	(22)
8. PUNTOS A REFORZAR	(22)
9. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	(23)
10. INDICADORES DE EVALUACIÓN	(24)
11. SISTEMA DE REGISTRO	(24)
12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	(24)
13. ALGORITMOS.....	(26)
14. ANEXOS(29)	
15. BIBLIOGRAFÍA	(30)
16. APÉNDICES.....	(31)

SIGLAS

- AE: Atención Especializada
- AEP: Asociación Española de Pediatría
- AP: Atención Primaria
- BPSO®): Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados
- CHUA: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- CPP: Contacto piel con piel
- EIR: Enfermero interno residente
- GAI: Gerencia de Atención Integrada
- GR: Grado de recomendación
- IBCLC: Consultora certificada internacional en lactancia materna.
- IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
- LM: Lactancia materna
- MIR: médico interno residente
- NE: Nivel de evidencia
- NGC: National Guideline Clearinghouse
- NICE: National Institute for Clinical Excellence
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- OMS: Organización Mundial de la salud
- PIC: Parte interconsulta
- PICO: Paciente, Intervención; Comparación; Resultados
- PPI: Present Pain Intensity
- PSBC: Perinatal Services British Columbia
- RNAO: Asociación de Enfermeras de Ontario
- RN: Recién nacido
- RP: Razón de Prevalencia
- RS: Revisiones sistemáticas
- SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina
- SARN: Sala de Atención al Recién Nacido
- SCN: Estafilococos coagulasa negativos

- SF-MPQ: The short-form McGill Pain Questionnaire
- SMS: Síndrome de muerte súbita
- SMSL: Síndrome de muerte súbita del lactante
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TRH: Hormona liberadora de tirotropina
- UCIPDT: Unidad de cuidados intensivos pediátricos
- UFC: Unidades Formadoras de Colonias
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. INTRODUCCIÓN

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos (1). Además, la evidencia científica ha demostrado que los niños no amamantados tienen más enfermedades, más graves y más largas, no sólo durante la época de la lactancia, sino muchos años después (2)

La alimentación del lactante con alimentos distintos a la leche humana supone un gasto familiar y social evitable e incrementa el riesgo de morbimortalidad infantil. En contrapartida, están perfectamente demostrados y aceptados los numerosos beneficios que comporta la lactancia materna.

En la planta de Maternidad, se llevan a cabo los cuidados y tratamientos de las madres y recién nacidos sanos durante las primeras 48 horas, en caso de parto vaginal, y los 3-4 primeros días si es por cesárea.

Durante esta fase, dentro del puerperio clínico de la madre y primeros días de vida del Recién Nacido (RN), la mayoría de las madres tienen ya decidido si quieren o no amamantar a sus hijos. Tanto las mujeres como los profesionales que las acompañamos en estos momentos, debemos ser conscientes de la importancia de que esta decisión sea acertada y debemos compartir esa responsabilidad, hacia el éxito de la lactancia materna.

Para ello, es preciso que ante las preguntas y dificultades más frecuentes que se nos plantean con respecto a la lactancia, todos demos respuestas coordinadas y que los mensajes emitidos sean coherentes y no contradictorios. De ahí la necesidad de elaborar este protocolo, como instrumento para facilitar la toma de decisiones, con el objetivo de facilitar el trabajo clínico, indicándonos los pasos a seguir ante problemas específicos relacionados con la lactancia materna durante el ingreso en maternidad.

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 (3).



Se recomienda que todas las maternidades implementen un programa estructurado, con evaluación externa, que promueva y apoye la lactancia materna, utilizando la iniciativa IHAN como mínimo estándar (*GR A, recomendación fuerte*) (4)

La Iniciativa para la Humanización en la Atención al Parto y Nacimiento (IHAN), nos habla de Los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural. Estos pasos han sido elaborados por la OMS y UNICEF para asegurar que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los bebés un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para dar el pecho, si así lo desean (5,6).

La Gerencia de Atención Integrada de Albacete se ha unido a la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®) para la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia que nos ayuden a enriquecer la práctica profesional y mejorar los resultados en salud. Las guías de buenas prácticas son herramientas que proporcionan directrices y recomendaciones para ayudar a los profesionales y a los usuarios en la toma de decisiones en el cuidado de la salud basadas en la evidencia. Este protocolo ha sido realizado siguiendo las recomendaciones de la guía de buenas prácticas “Lactancia materna” de la RNAO (Asociación de Enfermeras de Ontario) (8) y la Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad (4)

2. POBLACIÓN DIANA

Madres y RN ingresados en la planta de Tología del HG Albacete; nacidos sin anomalías severas y dados de alta con la madre.

3. OBJETIVOS

General

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

Específicos

- Unificar el contenido de la educación para la salud y los mensajes a los padres para fomentar la lactancia de forma eficiente.
- Coordinar las estrategias de atención a la familia con el resto de profesionales dentro del área, durante el embarazo, parto y postparto.
- Establecer intervenciones que promuevan la lactancia materna durante el ingreso en la unidad de tología, 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.
- Proporcionar una ayuda práctica e individualizada a las necesidades de las madres durante el ingreso, garantizando que al alta la madre dispone de información práctica y oportuna sobre lactancia y extracción y conservación de la leche en caso necesario.



- Evitar y paliar las posibles complicaciones asociadas al amamantamiento.
- Identificar las contraindicaciones maternas para la lactancia materna y asegurarse de que la madre conoce la manera más segura y adecuada de alimentar a su hijo.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la LM.
- Disponer de una base estratégica que facilite la integración del nuevo personal en la Unidad.

4. PERSONAL/RESPONSABLES

Dirección de Enfermería: responsable de la divulgación, despliegue e implementación.

Supervisora de Enfermería de la Unidad de Tocología será la responsable de que el protocolo sea conocido y velar por su cumplimiento.

La LM debe tener un enfoque multidisciplinar. Todo personal en contacto directo con la madre y el RN, debe ser partícipe en la promoción de la LM (**matronas, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), tocólogos y pediatras, profesionales en formación**) siendo responsables de aplicar y cumplir este protocolo.

Servicio de calidad, Comité de Lactancia, o en su defecto, quien la Dirección de Enfermería designe: evaluación periódica de la implementación y/o el resultado de la aplicación del protocolo.

5. MATERIAL

- **Sacaleches eléctrico y material fungible de extracción de leche** (copas de varios tamaños, conectores...)
- **Recipientes con cierre hermético** para recogida y almacenamiento de leche materna (de cristal, de plástico aptos para uso alimentario, **no se puede usar contenedores de orina**).
- **Jeringas de conexión a SNG de 1- 5 ml** para extracción de calostro de forma manual (para las primeras extracciones cuando el volumen de calostro aún es reducido) en madres con RN ingresados en Neonatos y UCIPDT.
- **Un frigorífico** disponible para almacenar leche materna en la planta si fuera necesario (madres que se extraen leche por succión ineficaz del RN...separación madre-hijo). Existe uno disponible en el SARN).
- Para alimentación con dedo jeringa o dedo-sonda:
 - **Jeringas de 1,5,10ml de conexión con SNG**
 - **FinguerFeeder:** dispositivo de silicona que se conecta a una jeringa.
 - **Sondas** (nasogástrica o sonda de relactador)
 - **Cucharita** de plástico



- Para alimentación con **taza o vaso**: se puede usar un recipiente casero (vaso o recipiente pequeño) o adquirir vasos especiales comercializados.
- **Almohadas** para facilitar la colocación al pecho
- **Material audiovisual**. Pantalla de televisión en la sala de monitores para emitir videos e información sobre lactancia y cuidados del RN.
- **Cartelería y folletos informativos** con información sobre el fomento de la LM, CPP, cuidados del RN, signos de alarma, etc
- **Ordenadores** para el registro de información e intervenciones realizadas (2 de ellos en la en la Sala de Atención al Recién Nacido).
- **2 Kits** para realización de frenotomía en los casos de anquiloglosia que lo precisen. **Material estéril**: una sonda acanalada, unas tijeras punta roma, un mosquito, gasas, guantes estériles y seda trenzada con portaguas.

6. PROCEDIMIENTO

Conjunto de recomendaciones sobre lactancia que los usuarios deben conocer y las actividades que se deben realizar a todas las madres y padres de recién nacidos que opten por la lactancia materna como método de alimentación de sus hijos.

A la llegada de la madre y RN a la planta desde postparto inmediato:

Preguntar a la madre/ padre (en caso de cesárea) el **tipo de alimentación que desea dar a su hijo y respetar su decisión**. La decisión tomada por la madre es respetable e indiscutible. Sólo en caso de duda o indecisión se aconsejará la lactancia, informando sobre los beneficios de la LM.

Si la decisión es la lactancia artificial:

- Informar sobre la administración de las tomas con biberón durante el ingreso.
- **Al alta**, se dará **hoja informativa** sobre alimentación con fórmula con recomendaciones para la preparación y administración en el hogar. La información se dará de forma individualizada, también a las madres que necesiten administrar suplementos con fórmula artificial en el momento del alta. Anexo 1 Recomendaciones alimentación con fórmula

Si la decisión es la lactancia materna:



- **Revisar la historia clínica** de la madre y del RN por si existen contraindicaciones para la lactancia (8) Anexo 2: Situaciones que contraindican la LM. Enfermedades maternas y del lactante que requieren una valoración individualizada.
- **Identificar factores de riesgo** materno/fetales que pueden afectar a la LM para **ofrecer ayuda directa y sistemática** durante su ingreso y al alta (7) Anexo 3 **Factores de riesgo** materno/fetales que pueden afectar a la LM.
- **Identificar la medicación** utilizada durante el ingreso (antes, durante y después del parto) que pueda influir en la lactancia (7). Consultar www.e-lactancia.org. Anexo 4: lactancia y medicamento
- **Registrar** en la historia digital y planificar los cuidados necesarios. (Anexo 24: Registros Mambrino XXI).

ACTUACIONES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA EN LA UNIDAD DE TOCOLOGÍA.

Si a la llegada de la madre y RN a la planta, **el bebé está mamando**, se esperará a que finalice la toma para realizar los procedimientos rutinarios a la madre y al bebé. Entregar hoja informativa sobre el inicio de la lactancia materna y ofrecer información verbal concisa sobre: comportamiento del bebé en las primeras horas, cómo son las tomas, cómo despertar al bebé si es preciso, cómo identificar las señales de hambre del recién nacido.

6.1. CONTACTO PIEL CON PIEL Y ALOJAMIENTO CONJUNTO

Se recomienda realizar el **contacto piel con piel (CPP)** inmediato e ininterrumpido tras el parto, independientemente del tipo de alimentación y parto. *Recomendación fuerte* (4), *Nivel de evidencia (NE) Ia* (8).

Ver Apéndice 1: **Actividades que favorecen la lactancia en el bloque de paritorio.**

Instar a la madre a estar el mayor tiempo posible junto a su bebe piel con piel para favorecer que haga tomas frecuentes. *Recomendación moderada* (4). Se darán las recomendaciones oportunas para realizar el CPP seguro. La posición del RN será adecuada, que permita que la boca y nariz sean visibles y sin obstrucciones. Anexo (5) vigilancia del RN en CPP.

Se les informará a los padres de que, sobre todo en las primeras horas, es necesario que el acompañante vigile atentamente el bienestar de la madre y del hijo, prestando especial atención a que la adaptación del recién nacido se realiza sin dificultades. El acompañante controlará que:

1-**Los labios están sonrosados**: avisará a los profesionales sanitarios si se notan los labios azulados o pálidos (en las primeras horas no tiene importancia que las manos o los pies estén azulados)

2-**Respira sin dificultad**. Avisará si le cuesta respirar o hace algún ruidito (como un quejido).

3- **Tiene fuerza**. Avisará si nota al RN blandito (como un muñeco de trapo) o tembloroso.

Se asegurará el alojamiento conjunto madre-hijo durante su estancia en la

maternidad, junto con el acompañante si lo desea. El recién nacido no se separará de su madre, salvo por indicación médica.

Se sugiere el colecho en la maternidad como una práctica que favorece el buen inicio de la lactancia materna y el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como una opción que ayuda a la madre a mantener la lactancia materna siempre y cuando se mantengan las condiciones que favorecen el colecho seguro (4) *Recomendación débil*. Anexo 6: Colecho seguro.

Cualquier tipo de actuación rutinaria de asistencia al recién nacido sano se realizará en **presencia de los padres**. La valoración pediátrica del RN a las 24 horas de vida y al alta, se realizarán en presencia de los padres o familiar designado por estos.

Respetar el momento de las tomas y posponer procedimientos como aseo, pase de visita de la madre o el RN hasta que la toma haya finalizado.

Las **manipulaciones molestas** o dolorosas que precise el RN como, inyección intramuscular de la vitamina K para profilaxis antihemorrágica, glucemias, pruebas metabólicas, nivel de bilirrubina, extracciones del talón, etc se intentarán realizar cuando **el niño esté contenido por la madre y succione bien del pecho** o, en casos de seguir alimentación artificial, del chupete, para aprovechar el efecto analgésico demostrado (9,10). Se informará antes a los padres y se respetará su decisión. Anexo 7. Medidas analgésicas no farmacológicas en extracciones de talón.

6.2. COLOCACIÓN Y POSTURAS PARA AMAMANTAR

(Anexo 8. Posturas para amamantar)

Los profesionales deben ayudar a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento (4). Se debe apoyar a la diada lactante para lograr que la colocación, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos (*NE Ia*) (8)

Cuando la diada lactante no logra que la posición, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos, pueden surgir problemas o dificultades en la lactancia, como dolor o traumatismo en el pezón, que puede desembocar en el cese precoz de la lactancia. Para evitar el dolor y/o traumatismo en el pezón se dará a las madres información y ayuda para que la posición y agarre sean efectivos. La primera estrategia de apoyo en este sentido es la valoración y ayudar a lograr un agarre adecuado. (8) Anexo 8.1. TÉCNICAS PARA REALIZAR EL AGARRE DIRIGIDO Y FAVORECER EL VACIADO/DRENAJE ADECUADO DEL PECHO

Independientemente de la postura elegida, madre y recién nacido deberían estar en estrecho contacto, con la cabeza y el cuerpo del recién nacido bien alineados, con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma (4).

Ofrecer ayuda con la colocación a las madres que tras un parto por cesárea puedan tener más dificultades para encontrar una postura cómoda (4).

Se sugiere utilizar la postura de afianzamiento espontáneo, también denominada “**postura de crianza biológica**” (madre con torso descubierto, estará semi-reclinada, recién nacido colocado en prono sobre su cuerpo, solo con el pañal) que facilita que se pongan en marcha conductas instintivas en la madre y el recién nacido y favorece el agarre espontáneo al pecho materno, especialmente durante los primeros días y si se presentan dificultades con la lactancia (4) *Recomendación débil*.

6.3. LACTANCIA MATERNA A DEMANDA Y SIN RESTRICCIONES

La lactancia materna basada en las señales del bebé (conocida también como “lactancia materna dirigida por el bebé” es un tipo de patrón de lactancia en el que la frecuencia y la duración de la lactancia materna no están restringidas y se basan en las señales del bebé y la duración del sueño. Apoya la fisiología de la lactancia como mecanismo de respuesta de oferta/demanda, al permitir que el suministro de leche materna se adapte a las necesidades individualizadas y cambiantes del lactante a lo largo del tiempo (8). Este patrón favorece la lactancia materna exclusiva en neonatos sanos y está reconocida como la mejor práctica actual basada en la evidencia según los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” (NE Ia, Ib) (5,8).

Se animará a la madre a que dé **el pecho a demanda, sin horarios, de día y de noche, las veces que quiera y el tiempo que necesite**, dejando que el bebé se suelte por sí mismo del pecho, así sacará la leche del final que es más grasa y es la que le sacia y le hará engordar. A continuación, ofrecerá el otro pecho, unas veces lo querrá y otras no. Se debe asegurar de que vacíe bien un pecho antes de ofrecer el otro. En la siguiente toma comenzará por el último pecho que ofreció en la toma anterior, así se vaciará bien y producirá más leche.

La madre necesita **reafirmación en su capacidad de amamantar** satisfactoriamente, sobre todo los primeros días postparto cuando algunas madres puedan sentir que las exigencias del cuidado del bebé son apabullantes. Las madres deben comprender que los neonatos y lactantes que maman a demanda:

- Necesitan alimentarse con más frecuencia que los que se alimentan con biberón o con biberón y pecho.
- Es normal que las tomas varíen en frecuencia y duración y esto no es indicativo de que la cantidad de leche sea insuficiente.
- El apoyo de los profesionales y familiares es fundamental para lograr una alimentación basada en las señales del bebé, siendo de ayuda aspectos como comprender las señales, adoptar posturas y agarre efectivos, favorecer la lactancia con un ambiente tranquilo (8). Se involucrará al padre o acompañante para que apoye y favorezca la lactancia a demanda.

Los RN 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 8-12 veces al día** hasta que se produzca la subida de la leche (4).

El recién nacido debe de hacer tomas frecuentes, y que si es preciso hay que despertarle. Se recomienda estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma (4,11).

Algunos fármacos 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 de su hijo con su pecho todo el tiempo que pueda y darle el calostro extraído manualmente si está muy adormecido y no consigue agarrarse (4,7).

6.4. VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas. (*Nivel de evidencia IV*) (8).

Observación de la toma (buena postura, buen agarre y signos de transferencia de leche):

Para promover el inicio del amamantamiento se realizarán valoraciones de la toma durante el ingreso en la maternidad, así dispondremos de una buena oportunidad para tratar cualquier preocupación relacionada con la lactancia, detectar posibles problemas y determinar las intervenciones más adecuadas de forma precoz.

- La matrona valorará la primera toma en paritorio.
- Posteriormente, en el turno de mañana, la valoración será llevada a cabo por la enfermera y/o auxiliar de la maternidad.
- Por la tarde, la toma la valorará también la matrona de planta, coordinándose con la enfermera-auxiliar, especialmente, a las madres que presentan un amamantamiento ineficaz y a las que se irán de alta al día siguiente.

Se recomienda evaluar la toma una vez por turno y **siempre antes del alta**, (4, 7, 8) apoyándonos en la **Escala LATCH y la FICHA DE LA OBSERVACIÓN DE LA TOMA DE LA UNIÓN EUROPEA**, que ayuda a identificar si la causa de las dificultades es la postura, el agarre o la escasa transferencia de leche. (Anexos 9.1.Ficha para la observación de la toma de la Unión Europea y 9.2. Escala LATCH). La evaluación de la toma y **las intervenciones que se realicen se registrarán en la historia electrónica** (ver tutorial de registros Anexo 24).

En caso de dificultades se realizará extracción manual precoz de leche materna para favorecer la producción láctea y prevenir la hipogalactia (ver algoritmo de prevención de hipogalactia).

Es importante observar las primeras tomas para valorar y corregir la técnica, informar que las situaciones de estrés inhiben la eyección transitoria. Las madres lactantes, especialmente las primíparas, pueden sufrir mayores niveles de estrés y de trastornos del estado de ánimo por la transición de su rol a la maternidad, sus expectativas personales o familiares y la falta de experiencia con la lactancia materna. Se ayudará a recuperar la estabilidad emocional.

Valoración de la madre (4)

- NO hay dolor o molestias durante o entre las tomas
- No hay signos de ingurgitación mamaria.
- Signos de lactogénesis a partir de las 48/72 horas.
- Aumento notable del volumen de leche antes del quinto día.
- La madre reconoce las señales de hambre (Anexo 10. Cómo identificar las señales de hambre)
- La madre sabe despertar al recién nacido si fuera necesario.
- Se siente segura y confía en su capacidad para amamantar.
- Tiene apoyo de su pareja, familia, grupos de apoyo, etc.

Valoración del RN (4)

- Realiza al menos ocho tomas en 24 horas sin ayuno de más de cuatro-seis horas
- Da señales de disposición para mamar al menos 8 veces al día: bostezos, movimientos oculares, chupeteo o búsqueda, chuparse el puño
- Está alerta al principio de la toma y cuando está saciado suelta el pecho espontáneamente y se muestra satisfecho y relajado
- Muestra un buen agarre realizando succiones efectivas y se le oye tragar
- Muestra signos de buena hidratación (mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente)
- Muestra coloración normal de piel y mucosas y no está excesivamente icterico.
- Un patrón adecuado de deposiciones y micciones indica una ingesta adecuada según el día de vida (Anexo 11. Excretas normales en el lactante amamantado).
- Se debe examinar la cavidad oral para observar la integridad del paladar, su simetría y cualquier signo de limitación de la movilidad de la lengua (anquiloglosia o “frenillo”), en función de los resultados, se indicará la valoración por el pediatra o cirujano pediátrico (4,8).

Dar ayuda práctica concreta y concisa en los primeros momentos, con lenguaje verbal y no verbal. **Si la madre lo requiere, o se observan signos de un amamantamiento ineficaz, se reforzará la técnica y posición.** Ver algoritmo toma de decisiones.

A las madres cuyos hijos succionen de forma ineficaz, se les recomendará la **estimulación y extracción de leche** (4,5,8,12). La madre debe ser informada de que la capacidad gástrica del RN es pequeña y de que no necesita preocuparse por el volumen extraído, ya que es adecuado para sus necesidades y que por eso es importante que las tomas sean frecuentes. (Anexo 12. Extracción Y CONSERVACIÓN de leche) y algoritmo prevención de hipogalactia

6.5. HIGIENE DE LA MAMAS

Se recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria es suficiente, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón, y dejando secar al aire tras la toma (7)

6.6. USO DE CHUPETES O TETINAS

Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso del chupete (NE Ia) (8).

El uso del chupete, especialmente en caso de uso frecuente o prologado, puede potenciar ciertos problemas de la lactancia como la “confusión de tetina-pezón”, dificultado la succión adecuada del pecho. El uso del chupete / tetina varia en cuanto a técnica de succión respecto a la lactancia; el chupete requiere succiones cortas y rápidas con mínimo esfuerzo, mientras que succionar del pecho requiere abrir bien la boca, colocar la lengua bajo la areola y succionar lenta y profundamente, lo que puede conllevar una reducción del suministro de leche por insuficiente estimulación del pecho.

Los padres pueden pasar por alto las señales de hambre del bebé, prolongando los intervalos entre tomas, sumado a la menor estimulación no nutritiva derivada del uso del chupete, interfiere en el suministro adecuado de leche, favoreciendo la insuficiencia de leche materna.

Por otro lado, varias autoridades indican que el chupete proporciona un efecto protector para el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y que es favorable ofrecerlo al bebé para dormir, sin embargo su introducción debe posponerse hasta que la lactancia esté bien instaurada (8).

Se sugiere **evitar siempre que sea posible el uso del chupete** durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna (4) *Recomendación débil*

Recomendar evitar el uso de biberones y chupetes al menos durante el primer mes, hasta que la lactancia esté bien establecida, ya que 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 o hubiese que dar suplementos, se administrará la alimentación con un método respetuoso con la LM (dedo-jeringa, jeringa, cucharita o vasito).

6.7. CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

En las unidades de Partos, Tocología, Neonatología, Pediatría, consultas y urgencias pediátricas del CHUA se velará por el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna y por ello:

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, pasillos, secretarías...).

6.8. SUPLEMENTOS

Evitar la administración de suplementos, si no existe indicación médica que lo justifique (4,13) **Recomendación fuerte** (Anexo 13. Requisitos para suplementar) / Anexo 13.1. **Motivos inapropiados para el uso de suplementos. Información para profesionales**

La alimentación suplementaria es la que recibe el bebé además del pecho y puede ser: leche de su madre, leche donada pasteurizada o leche artificial. El médico valorará los riesgos y beneficios de utilizar suplementos de fórmula estándar o hidrolizada, en función de los recursos disponibles, factores de riesgo como historia familiar de atopia, cantidad requerida e impacto potencial en el establecimiento de la lactancia. Actualmente, no se dispone de banco de leche en este hospital.

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 puede impedir un adecuado establecimiento del flujo de leche materna, producir un retraso en la lactogénesis II o subida de la leche o aumentar la ingurgitación mamaria y favorecer un destete precoz (4). Además, altera la flora intestinal y sensibiliza al niño a sustancias alérgicas e interfiere en el vínculo madre-hijo (7).

Para prevenir la necesidad de suplementación:

- Se brindará la información y apoyo necesarios para resolver las dificultades que pueden presentarse con la lactancia.
- 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 para favorecer y aumentar el número de tomas, ofrecer los dos pechos por toma, y *extracción manual o con sacaleches* para mantener el estímulo y ofrecer el calostro extraído a su hijo.

Suplementos más adecuados en los recién nacidos sanos

En el caso de existir una recomendación médica para la suplementación, se recomienda el uso de leche materna como primera opción. *Recomendación fuerte* (4).

Se recomienda que se proporcione ayuda práctica a las madres para que aprendan a extraerse el calostro o la leche para que en caso de ser necesario se lo administren a sus hijos. Se facilitará la extracción para mantener y aumentar la producción de leche.(4)

Se sugieren las fórmulas de inicio como suplemento de elección cuando **no** se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin historia familiar de atopia.

Recomendación débil (4)

Requisitos para suplementar:

- Evaluación de la toma y apoyo en caso de detección de dificultades.



- Información a los padres de los inconvenientes para el niño y la lactancia
- Indicación médica que lo justifique.
- **Consentimiento verbal de los padres.** Si un bebé precisa suplementar, se le comunicará a los padres el motivo y se solicitará el consentimiento verbal de los mismos.

Utilizar métodos de suplementación que mejor se adecue a las necesidades del bebé y de la madre, evitando el uso de tetinas siempre que sea posible y utilizar otros métodos alternativos que no comprometan la transición al pecho (13). (Anexo 14. Métodos para administrar suplementos a los lactantes que amamantan)

Si es necesario suplementar ya sea con leche materna como con leche artificial:

- Se hará siempre después de la toma de pecho o durante la misma con un suplementador.

Enseñar la manera de preservar la LM: (13)

- Mantener el contacto directo (CPP) mientras esté despierta, seguir poniendo al lactante al pecho con cada señal de hambre.
- Aplicar compresión mamaria durante las tomas.
- Expresión manual después de cada toma y extracción (manual/sacaleches) durante 10-15 minutos cada vez que el lactante reciba suplementos para estimular la producción de leche.
- Utilizar siempre la leche materna exprimida de la propia madre y, a continuación, cantidades limitadas de leche de inicio.

Registrar en la historia del RN si ha recibido suplementos de leche artificial por cualquier tipo de dificultad con la lactancia y/o indicación médica los primeros días, a petición paterna, independientemente de que al alta esté con lactancia exclusiva (ver Anexo 25: Tutorial de registros).

Cuando los padres solicitan un suplemento, ofrecer la información y apoyo adecuados, no ser autoritarios, calmar al RN y dar suplemento habiendo informado. Es responsabilidad del profesional sanitario informar plenamente a los padres de los beneficios y riesgos de los suplementos, dejar constancia de las decisiones de los padres y apoyarles una vez que hayan tomado una decisión (13).

Registrar en la pestaña de alimentación del formulario del RN indicando que se administra suplemento a petición de los padres y que la decisión ha sido informada.

CONSIDERACIONES GENERALES

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

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



La administración de suplementos debe realizarse teniendo en cuenta las indicaciones médicas para su administración (consultar Anexos 13 y 13.1), por lo tanto ante la sospecha de ingesta insuficiente de leche:

Informar a la madre de la necesidad de poner más a menudo a su hijo al pecho y/o enseñar técnica de extracción para poder suplementar con leche materna.

En caso de duda, comentar con el pediatra para que valore la necesidad de administrar suplementos y los prescriba.

6.9. LACTANCIA MATERNA EN CASOS DE SEPARACIÓN MADRE/HIJO.

CESÁREAS

En el caso de quienes se han sometido a una cesárea, programada o no, el inicio de la lactancia materna suele demorarse hasta después de su traslado de la sala de recuperación de anestesia hasta la planta de tocología. En estas circunstancias, la demora en el inicio puede dar lugar a posteriores dificultades con la lactancia y a mayor probabilidad del uso de leche de fórmula (8).

La separación madre-hijo se evitará siempre que sea posible, implantando estrategias como el CPP para mantener unida a la diada lactante y fomentar el inicio de la LM (5,8).

En caso de separación madre-hijo, y que el RN esté siendo vigilado en la SARN, informar al padre/acompañante de que la madre puede tardar en llegar a la planta 2-3 horas mientras está en proceso de recuperación en la sala de despertar y que en caso de desear lactancia materna podemos esperar para iniciarla, vigilando signos de hipoglucemia.

En caso de que el padre o familiar nos informe de que la madre no desea dar lactancia materna, administrar lactancia artificial según protocolo.

Cuando llegue la madre a planta, seguir los mismos pasos que para los partos vaginales.

Se animará y ayudará a la madre a realizar el CPP independientemente del tipo de alimentación que haya decidido.

Facilitaremos la primera puesta al pecho si la madre desea lactar y aún no se ha producido la primera toma. Se proporcionarán a la madre almohadas, toallas, para soportar el peso del bebé, así como medidas de apoyo para facilitar una correcta colocación al pecho. La guía NICE recomienda ofrecer apoyo adicional a las madres que han tenido parto por cesárea, ya que pueden necesitar ayuda con la colocación del RN para proteger la cicatriz. Sugerir posturas para evitar la presión sobre el abdomen como la del “balón de rugby”, acostada de lado. Manejar el nivel de dolor tras la cesárea para fomentar el inicio de la LM (4, 5,8,12).

SEPARACIÓN POR INGRESO EN NEONATOLOGÍA

Cuando la madre llegue a la planta preguntar cómo había pensado alimentar a su hijo y dejarlo reflejado en la historia clínica. No presionar a los padres si han tomado la decisión informada de no dar el pecho.

Si se desea LM, La madre deberá comenzar a extraerse la leche lo antes posible, idealmente dentro de las primeras horas posparto si la madre se encuentra bien. La matrona le enseñará la extracción manual en la unidad de paritorio (ver Algoritmo prevención hipogalactia).

Enseñar a la madre la técnica y frecuencia de la extracción de leche tanto manual como con sacaleches, así como la correcta manipulación y conservación de la leche durante el tiempo que el niño esté a dieta o no pueda alimentarse directamente del pecho.

Se les entregará a los padres el folleto de información sobre Extracción, conservación y transporte de la leche materna, así como todo lo necesario para la extracción manual como con bomba.

En madres de recién nacidos con muy bajo peso al nacer, cuando el calostro se extrae **durante la primera hora tras el parto** la lactogénesis II comienza antes que si la extracción se realiza entre la primera y sexta hora tras el parto (14).

SEPARACIÓN POR MOTIVO MATERNO

En caso de legrado puerperal u otras intervenciones: la madre dará de mamar justo antes de ir a quirófano para la intervención. Si no es posible el amamantamiento directo, la madre se extraerá leche para ofrecérsela al RN cuando demande mamar y ella todavía no haya regresado a la planta. Revisar compatibilidad de la medicación usada con la lactancia. Se deben usar fármacos compatibles y con vida media corta, así cuando la madre vuelva a la planta podrá reanudar la lactancia de forma inmediata.

Si la madre tiene que ingresar en la unidad de reanimación, **la matrona** enseñará a la madre las técnicas de extracción manual o con bomba y le proporcionará los artículos necesarios para ello.

6.10. RECOMENDACIONES EN CASO DE QUE SEA NECESARIA LA EXTRACCIÓN DE LECHE

Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna, cuando proceda (NE Ia, V) (8).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PECHO	ENFERMEDADES	PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE LECHE	COMPLICACIONES PERINATALES	OTRAS SITUACIONES	ENFERMEDADES	TRASTORNOS CONGÉNITOS	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PARTO	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor en el pezón ■ Pechos llenos ■ Mastitis ■ Obstrucción de conductos ■ Pezones planos o invertidos ■ Antecedentes de cirugía de mama 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de ovario poliquístico ■ Consumo de medicamentos incompatibles con la lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bajo suministro de leche o insuficiencia de leche (IMS) ■ Lactancia inducida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parto complicado o prolongado (p.ej., parto por cesárea no planificada o parto vaginal instrumentado) ■ Dolor o extenuación tras el parto ■ Trastornos del estado de ánimo ■ Hemorragia posparto ■ Síndrome de Sheehan (hipopituitarismos y secreción deficiente de prolactina) ■ Retención de tejido de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestación surrogada ■ Consumo frecuente de alcohol o tabaco ■ Separación por causas como custodia, reincorporación al trabajo o los estudios, encarcelamiento ■ Decisión informada ■ Preferencia personal ■ Lactancia inducida (p.ej., padres no biológicos) ■ Relactación o lactancia inducida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedad o cirugía que precisen hospitalización ■ Hiperbilirrubinemia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome clínico (p.ej., síndrome de Down) en el que la lactancia materna directa puede implicar dificultades adicionales ■ Anquiloglosia anterior y posterior ■ Hendidura orofacial 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complicaciones transitorias, como hipoglucemia, estrés respiratorio o cardíaco, síndrome de abstinencia neonatal ■ Prematuridad ■ Parto vaginal instrumentado con fórceps o con ventosa ■ Parto múltiple 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preocupaciones sobre aumento insuficiente de peso y/o retraso en el desarrollo del neonato

Ejemplos de situaciones en madres que requieran estrategias temporales o permanentes para mantener o mejorar el volumen de leche materna

Se sugiere que las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente, preferentemente con extracción manual, y el calostro obtenido se le ofrezca al RN con vasito, cuchara o jeringa (4) *Recomendación débil*.

Se sugiere la realización de masajes en el pecho antes o durante la extracción, la utilización de técnicas de relajación, así como la aplicación de calor en el pecho, independientemente del método de extracción considerado, para conseguir aumentar el volumen de leche extraída (4) *Recomendación débil*.

6.11. CONSIDERACIONES SOBRE EL APOYO PROFESIONAL A LA LACTANCIA

MATERNA (Anexo 15 Información mínima sobre lactancia en los primeros días. Falsos mitos para profesionales)

Es conveniente permitir la presencia de algún familiar o persona de confianza para transmitir la información, que puedan posteriormente apoyar y ayudar a la madre (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. A la llegada de la madre a la planta desde paritorio, se resolverán las dudas que planteen y se ofrecerá información oral breve y concisa sobre el inicio de la lactancia. También se le entregará el folleto de “*Consejos para iniciar la lactancia*” (Anexo 23), para que lo puedan consultar durante el ingreso.



Durante todo el ingreso: Afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre. Dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar (6,7,8). Evitar todo tipo de comentarios o frases que hagan aumentar la inseguridad de las madres, como que “el niño se queda con hambre” o “no tiene leche” y dar refuerzos positivos.

Crear un **ambiente de tranquilidad** alrededor de la familia que facilite la intimidad. Colocar carteles en las habitaciones y pasillos de silencio, respeto a la lactancia y reposo de la madre y RN durante su estancia en la planta de maternidad. **Conviene recordar a la familia que limite las visitas en el hospital para permitir que la madre-padre permanezcan más pendientes de su hijo, descansen y la lactancia sea más fácil.**(7)

Colocar carteles informativos en las habitaciones de la planta de maternidad. Emitir **Videos informativos** en circuito cerrado de televisión. (Anexo 16 Carteles informativos)

6.12. MANEJO DE LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA MADRE Y EL LACTANTE

Las dificultades que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. Casi siempre se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente a una postura o agarre incorrectos. La mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos o aliviados si se reconocen y se manejan adecuadamente. En ocasiones, patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente (7, 11,15).

<u>Complicaciones tempranas de las mamas</u>	<u>Complicaciones tardías de las mamas</u>
<p>Dolor en los pezones, grietas Ingurgitación mamaria Pezón plano, invertido o pseudoinvertido</p>	<p>Son aquellas dificultades que pueden aparecer trascurridas las 48 horas del parto. Entre las primeras patologías podemos encontrar</p> <p>Obstrucción de un conducto lácteo Mastitis secundaria a la ingurgitación mamaria</p>

Problemas maternos tempranos

- **Ingurgitación mamaria**

Se recomienda **aumentar la frecuencia de las tomas**. (4) *Recomendación fuerte*

Se recomienda, si no hay alergia o contraindicaciones, tomar **ibuprofeno** para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol (4) *Recomendación fuerte*

Se sugiere que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se dé una **ducha caliente** o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho (4) *Recomendación débil*

Se recomienda **descansar** y realizar **contacto piel con piel** para favorecer la liberación de oxitocina (4)

La **presión inversa suavizante** puede ayudar a favorecer el agarre cuando se da una ingurgitación mamaria (4,16). ANEXO 17: Presión inversa suavizante

- **Pezones planos/invertidos/pseudoinvertidos**

Tanto en el caso de pezones invertidos como planos, se recomienda prestar apoyo para **favorecer el agarre** al pecho, el **contacto piel con piel** y la utilización de la **postura de afianzamiento espontáneo**. Asimismo, también se puede **estimular el pezón** rotándolo un poco, mojándolo con agua fría justo antes de mamar o aspirando con un extractor de leche o con una jeringa (4) *Recomendación débil* ANEXO 18 TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN DE PEZÓN CON JERINGA

Si tras estas medidas no se consigue un buen agarre, se recomienda probar con la utilización de **pezoneras** (4). Es importante saber que se recomienda el uso de pezoneras, se debe asesorar en cuanto a la talla adecuada y se vigilarán las tomas de forma más estrecha, asegurándonos de que las tomas son efectivas. Cuando se usan pezoneras, se recomienda vaciar el pecho mediante extracción manual o con sacaleches después de las tomas, si el bebe no es capaz de vaciarlo adecuadamente. ANEXO 18 Uso adecuado de pezoneras.

- **Grietas**

Aunque hay muchas intervenciones que se utilizan en caso de dolor o grietas en los pezones, no hay estudios de calidad que demuestren su eficacia. La evidencia existente es de baja calidad, y en general no hay diferencias significativas entre las intervenciones (4).

Añadir lanolina no reduce el dolor, ni las lesiones ni aumenta la duración de la lactancia materna, aunque la satisfacción materna es ligeramente superior con lanolina frente a no hacer nada (17)

Aplicar leche materna no difiere de forma significativa con no hacer nada (17)

Aplicar leche materna extraída reduce el dolor y mejora la curación de las lesiones del



pezón entre el 4º y 5º día frente al uso de lanolina (17)

Se debe identificar la causa y prestar el apoyo necesario hasta conseguir una **posición y agarre adecuados**. Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad para ella y para el lactante, respetar su uso, siempre y cuando no se trate de una crema que haya que retirar (4). ANEXO 19. Abordaje del dolor en el pezón y las mamas.

Problemas maternos tardíos

Conducto obstruido y Mastitis (Anexo 19.1: [Algoritmo para el abordaje de las mastitis agudas](#). Anexo 19.2. [Cultivo de la leche materna para el diagnóstico microbiológico de las mastitis](#)).

Una madre lactante que acuda a urgencias con un problema de lactancia, siempre será valorada en urgencias de ginecología por una/o ginecóloga/o y por la matrona de planta que valorará la toma (si la madre viene acompañada del bebé) y siempre asesorará en técnicas de lactancia. Se entregará a las madres información escrita sobre recomendaciones de medidas conservadoras en estos problemas y se le alentará a que acuda a su centro de salud para seguimiento en la consulta de su matrona de atención primaria. Si se considera necesario, se volverá a citar en la consulta de urgencias para ver evolución.

La matrona registrará la valoración e intervenciones que realice en la historia de la paciente, en el apartado de notas.

Problemas en el RN

- **Pérdida excesiva de peso en el lactante amamantado**

Ante un lactante amamantado que presenta una pérdida excesiva de peso del **7 % o más** en los tres primeros días se debe investigar cuál es la causa de esa pérdida de peso excesiva. Ver ANEXO 20 Algoritmo para la pérdida excesiva de peso

Recién nacido adormilado, que no demanda o no realiza tomas efectivas:

Estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma, mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa etc y ayudarles a engancharse al pecho si es preciso (4)

Los intervalos largos entre tomas normalmente no comportan riesgo y por lo tanto, no es necesario administrar suplementos de modo rutinario (4) *Recomendación fuerte*, sino evaluar al RN y estimularle para que se agarre al pecho.

Hasta conseguir una toma eficaz se recomienda que la madre se extraiga calostro para estimular y mantener la producción de la leche y se la ofrezca al recién nacido con vasito, cucharita o jeringa. (4) *Recomendación fuerte*



Se recomienda realizar presión en el pecho durante la succión, y también se pueden instilar gotas de leche materna en la boca del RN para estimular la succión (4)

-
-
- **Anquiloglosia**

Antes de practicar una frenotomía en los lactantes con anquiloglosia, se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna (4,17).

En la estrategia IHAN se señala que, si hay problemas de dolor o grietas, el personal debe examinar la boca del recién nacido en busca de frenillo sublingual o muguet (19).

Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería realizar una frenotomía por profesionales expertos para mejorar la efectividad de la lactancia (4).

Cuando se detecte un lactante con posible anquiloglosia, se comentará con el pediatra que valorará si es necesaria la derivación, en tal caso, se hará una interconsulta a cirugía pediátrica para que sean valorados antes del alta.

Consultar Anexo21 ESQUEMA DEL MANEJO DE PROBLEMAS MÁS COMUNES DE LA MADRE Y EL NIÑO (7).

6.13. Supresión de la lactancia

Existen dos situaciones ante la decisión de inhibir la lactancia:

1-Cuando la inhibición se decide antes de comenzar la lactancia

2-Cuando ya se ha establecido la lactancia y se decide inhibirla

Actualmente se utiliza para la inhibición farmacológica la cabergolina

Para más información sobre la inhibición de la lactancia ver Anexo 22.

6.14. CONSIDERACIONES AL ALTA

Actuaciones que tenemos que realizar con todas las madres antes del alta:

- Se hará la **valoración de una toma (NE IV)** (8).
- Se enseñará la **extracción manual (NE Ia, V)** (8).
- Se enseñará la técnica de la **presión inversa suavizante**.
- Se entregará, si no lo tiene, el folleto informativo para reforzar la información verbal dada. Anexo 23 Folleto informativo “consejos para iniciar la lactancia
- Confirmar que los padres saben identificar los signos de alarma que les pueden

indicar problemas con la lactancia.

- Favorecer la primera visita al pediatra, matrona o enfermera **en los primeros días, idealmente** en las primeras 48 horas tras el alta. Se instará a los padres a que contacten con su centro de salud para solicitar la primera revisión del RN por el pediatra y enfermera de pediatría.
- Informar a los padres que ante cualquier duda o dificultad pueden acudir a su centro de salud para asesorarse.
- Informar acerca de los grupos de apoyo y los talleres de lactancia.
- Dar informe de alta en el que se deje constancia del tipo de lactancia, estado de las mamas y cualquier complicación potencial como el riesgo de lactancia materna ineficaz.

7. PROBLEMAS POTENCIALES

Riesgo de disminución de las tasas de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria por:

-Falta de formación y habilidades de los profesionales para resolver los problemas más frecuentes que surgen en la lactancia en los primeros días que contribuyan al uso innecesario de fórmula artificial, disminuyendo así los índices de lactancia materna exclusiva al alta.

-Carga asistencial elevada del personal que **impida** una correcta educación maternal sobre la lactancia materna y evaluación de las tomas para detectar la correcta instauración de la lactancia o situaciones de lactancia ineficaz.

- Régimen de visita a las madres abierto: la gran afluencia de personas que visitan a las madres durante su estancia hospitalaria, rompe el ambiente de tranquilidad e intimidad que las madres necesitan para poder descansar y atender las necesidades de sus bebés que necesitan ser amamantados con frecuencia e interfieren con las actuaciones y asistencia de los profesionales.

8. PUNTOS A REFORZAR

-Formar a todos los profesionales que trabajen en la Unidad de Tología en apoyo a la lactancia materna especialmente en la evaluación de la toma que requiere observación de la diada madre-hijo y en la detección y resolución de problemas más frecuentes en el inicio de la lactancia.

- Los profesionales deben conocer y poder explicar a la madre las técnicas de extracción de leche manual y con bomba para poder apoyar a las madres que se tiene que separar de sus hijos para establecer y mantener la lactancia materna, así como en los casos de lactancia ineficaz.



-Incorporar a la rutina de trabajo en la planta **el apoyo a la lactancia materna** que requiere tiempo y dedicación individualizada a las puérperas lactantes, dándole la importancia que merece dentro de los planes de cuidados prestados en la planta, tanto por los profesionales como por los organismos de gestión de la institución.

-Concienciar a los profesionales y gestores de la institución de que **el tiempo** dedicado a **actividades de interacción pasiva**, escuchando y hablando con las madres y personas de apoyo, es de **vital importancia** y puede beneficiar más que otras intervenciones más activas, que a veces interpretamos como “TRABAJO REAL”.

- Necesidad de contar con una **Unidad de Lactancia o personal experto** donde poder derivar a la diada madre/lactante con problemas, con el objetivo de poder instaurar una lactancia exitosa y reducir el abandono precoz de la misma por problemas solucionables y que necesitan una mayor atención y seguimiento:

- Madres que tienen dificultades en instaurar la lactancia durante su estancia en Tología
- Madres con problemas con la lactancia con bebés ingresados en neonatos/UCIPDT / PDT
- Problemas en lactancia que no se han podido resolver en Atención Primaria
- Atención a madres que acuden a urgencias por problemas en la lactancia (mastitis, abscesos, ingurgitaciones, grietas), problemas en el bebé (disfunciones orales).

- **En caso de cesárea:** implantar las medidas necesarias para que la diada madre-hijo no sea separada en todo el proceso (ni dentro de quirófano, ni tampoco en recuperación/ despertar) y poder mantener de forma continua el CPP si el estado de la madre y el bebé lo permiten, favoreciendo así el inicio de la lactancia materna.

9. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Se dispondrá de un protocolo por escrito relativo a la lactancia materna que sistemáticamente se pondrá en conocimiento de todo el personal de salud.

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

De forma periódica se realizarán cursos básicos de formación en lactancia materna que serán obligatorios para el personal que trabaje 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 al hospital. La formación será para todo el personal sanitario y se adaptará a las funciones realizadas.

Se facilitará la asistencia del personal a jornadas, charlas o reuniones para ampliar conocimientos sobre lactancia materna.



Las personas que han realizado el curso básico de lactancia y deseen realizar cursos más avanzados de consejería, se les facilitará de acuerdo a las necesidades organizativas que existan.

Durante todo el año se realizarán talleres de lactancia en la planta y en la unidad de neonatología sobre técnicas de extracción de leche, valoración de la lactancia, alimentación del RN sano, enfermo o prematuro.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicadores de proceso

- Porcentaje de púerperas a las que se les ha realizado evaluación posparto sobre lactancia materna antes del alta hospitalaria.
- Porcentaje de púerperas a las que se les ha proporcionado educación posnatal sobre lactancia materna antes del alta hospitalaria.
- Porcentaje de púerperas a las que se les ha realizado contacto piel con piel según el protocolo establecido.

Indicadores de resultado en pacientes

- Porcentaje de recién nacidos que han recibido lactancia materna exclusiva en la primera toma.
- Porcentaje de recién nacidos que han recibido lactancia materna exclusiva, mixta o no recibieron lactancia materna durante la hospitalización en las 24h previas al alta
- Porcentaje de recién nacidos que recibieron lactancia materna exclusiva, mixta o no recibieron lactancia materna durante la estancia hospitalaria.

11. SISTEMA DE REGISTRO

Registrar en historia clínica el tipo de alimentación deseada y planificar los cuidados en la madre y el bebé derivados del tipo de alimentación decidida, así como la información proporcionada a la madre y la evolución de la lactancia VER TUTORIAL REGISTROS EN MAMBRINO Anexo 24.

12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Sistema GRADE

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación en el diseño Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia (-1)	Asociación • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en

		Evidencia directa Alguna incertidumbre (-1) Gran incertidumbre (-2) Datos imprecisos (-1) Sesgo de publicación Alta probabilidad (-1)	estudios observacionales sin factores de confusión (+1) • Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño		

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte

Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones

Implicaciones de una recomendación débil

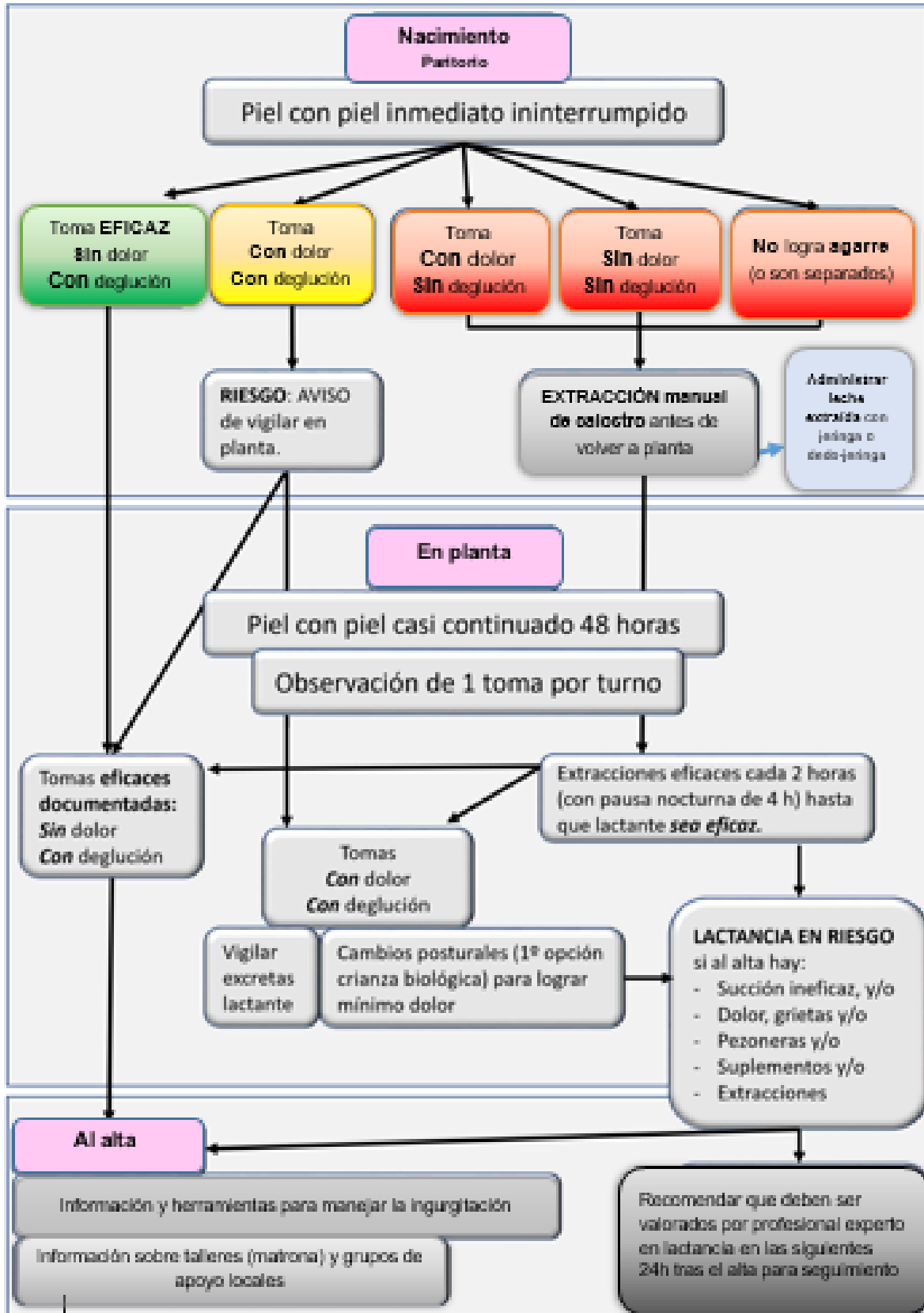
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

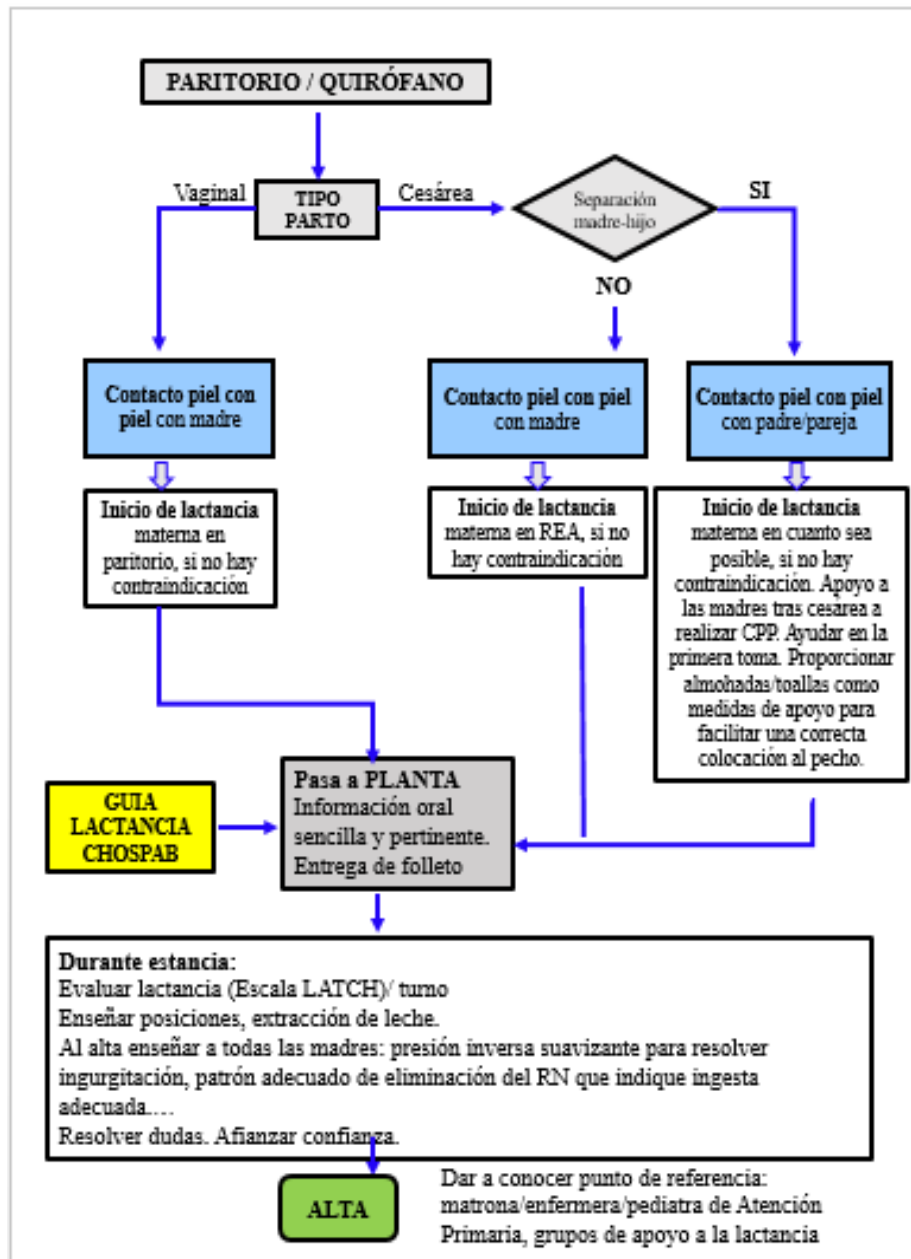
NIVEL	FUENTE DE EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis ^G o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados ^G y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado ^G no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental ^G no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa ^G .
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales, bien diseñados, como estudios analíticos ^G , o estudios descriptivos ^G y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Fuentes: Adaptado por el Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO (RNAO Best Practice Guideline Research and Development Team) a partir de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011; y Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011;21(3):105-12.-12.

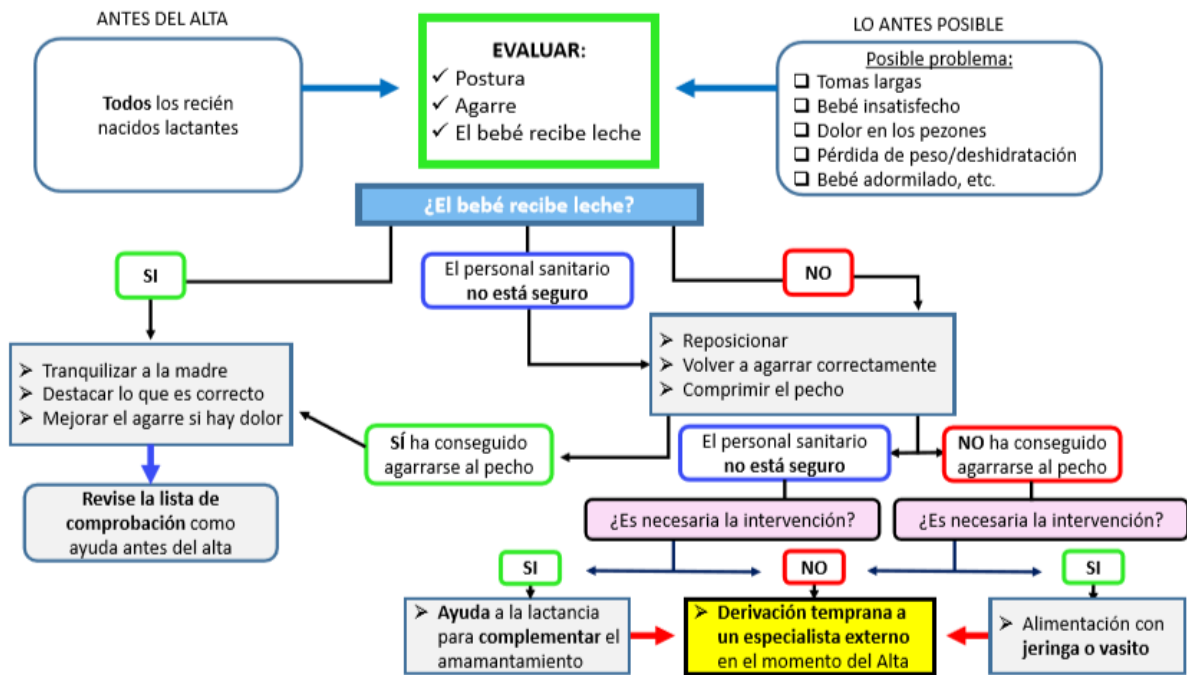
13. ALGORITMOS

ALGORITMO - PREVENCIÓN DE LA HIPOGALACTIA



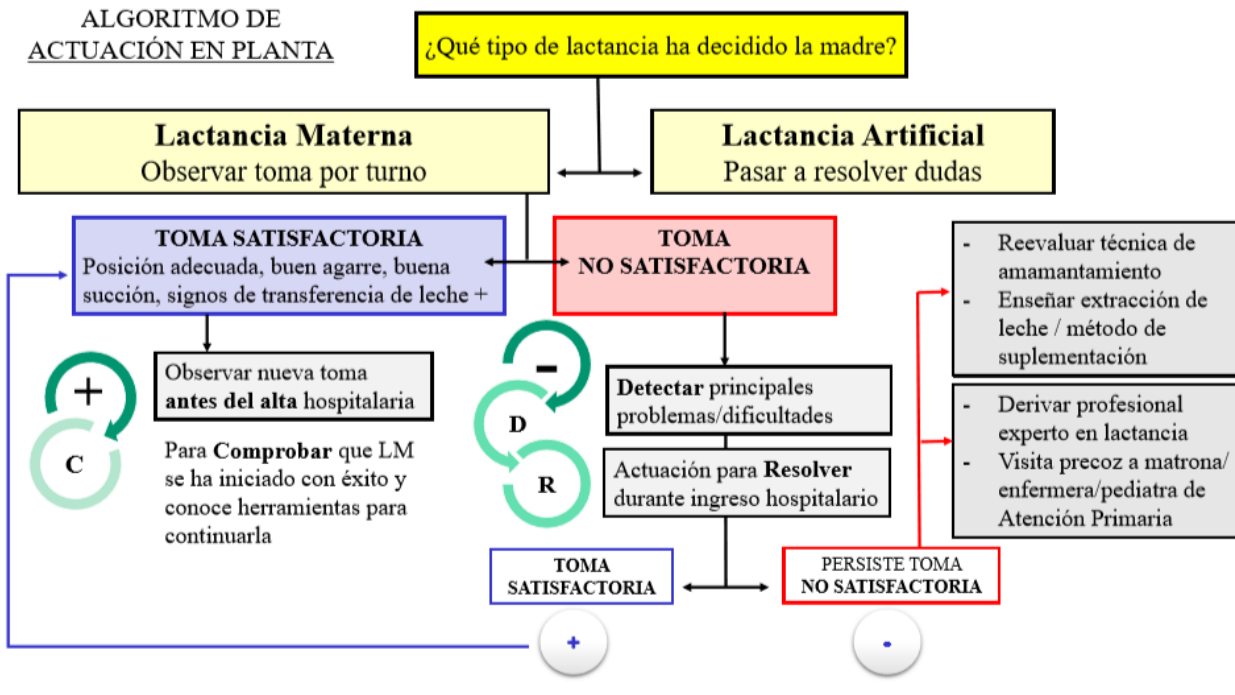


Árbol de decisiones del posparto inmediato





ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN PLANTA



14. ANEXOS

- Anexo 1.** Recomendaciones para la alimentación con fórmula
- Anexo 2.** Situaciones que contraindican la LM. Enfermedades maternas y del lactante que requieren una valoración individualizada
- Anexo 3.** Factores de riesgo materno/fetales que pueden afectar a la LM
- Anexo 4.** Lactancia y medicamentos
- Anexo 5.** Vigilancia del RN durante el CPP
- Anexo 6.** Colecho seguro
- Anexo 7.** Medidas analgésicas no farmacológicas en extracciones de talón.
- Anexo 8.** Posturas para amamantar
- Anexo 8.1.** Técnicas para realizar el agarre dirigido y favorecer el vaciado /drenaje adecuado del pecho.
- Anexo 9.1** Observación toma de la Unión Europea
- Anexo 9.2.** Herramienta validada de valoración de la lactancia materna: Escala LACHT
- Anexo 10.** Cómo identificar las señales de hambre.
- Anexo 11.** Excretas normales en el lactante amamantado
- Anexo 11.1** Cómo saber si el bebé está tomando suficiente leche. Signos de transferencia eficaz e ineficaz.
- Anexo 12. Extracción y conservación de leche:** Extracción manual de calostro, Extracción con sacaleches. Técnica de la extracción del pezón con jeringa.
- Anexo 12.1** ¿Cómo se debería explicar la extracción de leche materna? Información para profesionales.
- Anexo 13.** Requisitos para suplementar
- Anexo 13.1.** Motivos inapropiados para el uso de suplementos. Información para profesionales
- Anexo 14.** Métodos para administrar suplementos a los lactantes que amamantan
- Anexo 15.** Información mínima sobre lactancia en los primeros días y falsos mitos para profesionales.
- Anexo 16.** Carteles informativos.
- Anexo 17.** Presión inversa suavizante
- Anexo 18.** Técnica de extracción del pezón con jeringa
- Anexo 18.1.** Uso adecuado de pezoneras
- ANEXO 19.** Abordaje del dolor en el pezón y las mamas.
- Anexo 19.1** [Algoritmo para el abordaje de las mastitis agudas.](#)
- Anexo 19.2.** [Cultivo de la leche materna para el diagnóstico microbiológico de las mastitis](#)
- Anexo 20.** Algoritmo para la pérdida excesiva de peso
- Anexo 21.** Esquema del manejo de problemas más comunes de la madre y el niño amamantado.
- Anexo 22.** Inhibición de la lactancia.
- Anexo 23.** Folleto informativo “consejos para iniciar la lactancia”
- Anexo 24.** Tutorial registros en Mambrino XXI

15. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Lactancia materna. WHO [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 19]; Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
2. Pediatrics TAA of. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2012;129(3):e827-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22371471>
3. Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
4. Garcia-Roldan A, Guerrero Etxeberria E, Hernández-Aguilar MT, Legarra Pellicer C, Martínez-Herrera Merino B, Quintana Pantaleón R, Ibargoyen Roteta N FGR. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2017;316. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf
5. Baby-friendly Hospital Initiative. Implementation Guidance 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
6. Countdown to 2015. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children, The 2014 Report, Malawi. 2014;(000):2004–5. Available from: http://www.countdown2015mnch.org/documents/2014Report/Malawi_Country_Profile_2014.pdf
7. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre. Guía de Actuación en el Nacimiento y La Lactancia Materna para profesionales sanitarios. 2011;63:340–56. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf
8. Asociación de enfermeras de Ontario (RNAO). Lactancia materna- Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la Continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición julio 2018. Disponible versión en español en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015_Lactancia_Materna.pdf
9. Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). Cochrane Collab. 2017;(1):1–5.
10. SAGE. Report to SAGE on reducing pain and distress at the time of vaccination. 2015;49.
11. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 19]; (2):CD000090. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796125>
12. NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en Febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.
13. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(4):188–98.
14. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T, Mueller M. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: A pilot study. J Perinatol [Internet]. 2012;32(3):205–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2011.78>

15. Lozano De La Torre, M.J.; Lactancia Materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Capítulo 1. Lactancia Materna: (279-286), Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHPN-AEP.
16. Berens P. ABM clinical protocol 20: Engorgement. Breastfeed Med. 2009;4(2):111–3.
17. Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaeily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. Saudi Med J [Internet]. 2005 Aug [cited 2019 Sep 19];26(8):1231–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16127520>
18. Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, Copeland M, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014;99(3):189–95.
19. Estrategia centros de salud IHAN. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral en los centros de salud. Manual para la acreditación IHAN. España. 2014. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Manual_para_la_acreditacion_IHAN_en_AP_2015.pdf.

16. APÉNDICES

APÉNDICE 1: ACTIVIDADES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA EN EL BLOQUE DE PARITORIO

SALA DE DILATACIÓN: PERIODO DE DILATACIÓN

- Comprobar que la madre ha sido informada y conoce los beneficios de la lactancia materna. Se pregunta a la madre sobre el tipo de alimentación que desea dar a su hijo y se respeta su decisión.
- Valorar si existe alguna contraindicación materna para la lactancia (ANEXO 2 Y 4).
- Registrar el tipo de alimentación decidida por la madre y si hubiese algún antecedente en la instauración o mantenimiento de amamantamientos previos, preocupaciones y dudas en relación con la lactancia (registro en formulario RN. Ver tutorial de registros).
- Valorar factores de riesgo o necesidad de apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna (Anexo 3)

PARITORIO: PUERPERIO INMEDIATO

- **Informar y ofrecer el contacto piel con piel (CPP) precoz**, independientemente del tipo de alimentación elegido por la madre, **RECOMENDACIÓN FUERTE** (1), **Nivel de evidencia Ia** (2).

(Consultar protocolo Contacto Piel con Piel : <http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo-actuacion-procedimiento-contacto-piel-con-piel-2018.pdf>).

- Se entregará información sobre este procedimiento de forma verbal y escrita durante la fase de dilatación (entregar folleto CPP). La matrona se asegurará de que la madre y acompañante entienden el procedimiento y saben que signos deben vigilar y cómo pedir ayuda en caso necesario.
- Se les informará a los padres de que, sobre todo en las primeras horas, es necesario que el acompañante vigile atentamente el bienestar de la



madre y del hijo, prestando especial atención a que la adaptación del recién nacido se realiza sin dificultades. **El acompañante controlará que** (ver anexo 5):

- A. Los labios están sonrosados: avisará a los profesionales sanitarios si se notan los labios azulados o pálidos (en las primeras horas no tiene importancia que las manos o los pies estén azulados)
 - B. Respira sin dificultad. Avisará si le cuesta respirar o hace algún ruidito (como un quejido).
 - C. Tiene fuerza. Avisará si nota al RN blandito (como un muñeco de trapo) o tembloroso.
- Siempre que sea posible, y según las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP), la valoración inicial del recién nacido se realiza sobre el seno materno con el fin de iniciar de manera precoz el CPP.
 - No interrumpir el CPP para valorar el test de Apgar (al minuto y los 5 minutos de vida)
 - Se realiza el pinzamiento de cordón sobre la madre y se procede a la identificación del recién nacido en esta misma posición.
 - Si es necesario una reanimación /valoración por parte del pediatra, tras recibir los cuidados necesarios, se coloca al niño lo antes posible sobre el seno materno en contacto directo piel con piel, y cubierto con un paño o toalla previamente calentada. Disponer el camisón de forma que favorezca el contacto piel-piel y el inicio de la lactancia materna. Si se considera oportuno, se retira y sustituye por una entremetida.
 - Colocar al recién nacido en posición prono sobre el pecho de la madre, en CPP, permitiendo al recién nacido la búsqueda, chupeteo, y tocar el pecho y el pezón con sus manos (no secar las manos del RN). No se recomienda forzar esta primera toma si el recién nacido no presenta los reflejos necesarios para conseguir un primer enganche.
 - Si es necesario el paso de la cama de parto a otra cama, **se mantienen en CPP a la madre y el recién nacido**. El celador, TACE y matrona colaborarán en el paso de la cama de paritorio a la cama de la madre, si es necesario, se puede usar un transfer o tabla de movilización de pacientes para facilitararlo.
 - Para mantener caliente al bebé mientras se realiza el CPP, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, se secará con cuidado la cabeza con una gasa o toalla caliente. No se recomienda vestir al recién nacido con camiseta y pañal en estas primeras dos horas de vida. En todo caso, se pondrá solo el pañal. Posponer los cuidados rutinarios del recién nacido (peso, administración de profilaxis oftálmica) al menos dos horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma, teniendo en cuenta que la profilaxis antihemorrágica se ha de hacer antes de las 6 horas (la vitamina K IM, se administrará en la planta de tocología, a ser posible estando el RN en CPP con la madre).
 - En caso de que esté indicado realizar un control glucémico del RN, se hará la extracción con punción de talón estando en CPP con la madre.

SALA DE DILATACIÓN-RECUPERACIÓN: PUERPERIO INMEDIATO

- El proceso tanto de CPP como de inicio de la lactancia, se supervisa y controla por la matrona que mantiene una vigilancia con observación periódica que no interfiera en la relación entre la madre y el RN, valorando cualquier cambio en su estado. Se Valorará la adaptación del RN a la vida extrauterina y el inicio de la lactancia materna, ofreciendo ayuda práctica a la madre en caso necesario.
- Enseñar a la madre cuáles son las señales de hambre que presenta el niño desde la primera toma en paritorio (búsqueda, chupeteo manos, movimientos de lengua, bostezo, apertura ocular, llanto excesivo es un signo tardío de hambre) (Anexo señales de hambre)
- La matrona confirma que se realiza una toma espontánea de pecho y su enganche. **Valorará la primera toma mediante la escala LATCH** (Anexo 9.2) y registrará en el formulario del RN, en la pestaña de alimentación lo que proceda).
- Dejar que el recién nacido se agarre espontáneamente al pecho durante el período de contacto piel con piel. En caso de que el recién nacido no encuentre el pezón espontáneamente, **antes de que finalice la primera hora**, un profesional entrenado (matrona, TACE) debería ofrecer apoyo y ayuda práctica, procurando interferir lo menos posible en la vinculación del recién nacido con la madre.
- Ayudar a la madre, de forma respetuosa y siempre que la madre lo solicite, a colocarse al niño al pecho.
- En el caso de que el recién nacido no muestre signos de búsqueda, se puede ofrecer ayuda práctica a la madre con el agarre.
- Ayudar a las madres a adoptar la postura más adecuada para el amamantamiento en la sala de dilatación, de manera que la madre se encuentre cómoda: Se sugiere utilizar la postura de afianzamiento espontáneo, también denominada “**postura de crianza biológica**” (madre con torso descubierto, estará semi-reclinada, recién nacido colocado en prono sobre su cuerpo, solo con el pañal) que facilita que se pongan en marcha conductas instintivas en la madre y el recién nacido y favorece el agarre espontáneo al pecho materno, especialmente durante las primeras horas y días y si se presentan dificultades con la lactancia (1) **RECOMENDACIÓN DÉBIL**.
- También se puede colocar en decúbito lateral aunque se pueden adoptar otras alternativas para favorecer la lactancia), manteniendo al bebé en contacto piel-piel, bien arropado y de frente a la madre, con el labio superior a la altura del pezón, sin que tenga que girar, flexionar, o extender el cuello (Anexo 8 posturas para amamantar)
- Procurar la comodidad de la madre y del RN.
- Reducir al mínimo las interrupciones durante este periodo
- **Involucrar al padre o acompañante** en las acciones orientadas a la lactancia materna:
 - Ayudando a la madre a colocar y mantener al RN al pecho.
 - Vigilando el estado del RN y atendiendo las necesidades de la madre.

Para prevenir la hipogalactia, si no se consigue agarre, o esté se produce y no se ve tragar al bebé o la toma es dolorosa, se enseñará y ayudará a la madre a extraer leche de forma manual y se le ofrecerá al RN con jeringa o dedo-jeringa antes de trasladarla a la planta de púerperas (ver algoritmo 1. Prevención hipogalactia).

Registrar en la historia clínica el inicio de lactancia materna, posibles incidencias y, en el caso de que no se inicie se especifica el motivo (ver tutorial de registro).

CESÁREA

El CPP precoz entre la mujer y su hijo debe ser promovido y facilitado en las cesáreas donde no haya contraindicación materna o fetal, con la colaboración de matronas, ginecólogos, pediatras, anestesistas, enfermeras y TACE de quirófano y celadores.

- Adecuar el ambiente en el quirófano en la medida de lo posible, con una temperatura de aproximadamente 24°C, un bajo nivel de luz ambiental (no en el campo quirúrgico) y disminución del nivel de ruido para que la madre pueda oír al recién nacido.
- El anestesista y el cirujano podrán determinar en cualquier momento que el estado de la madre esté comprometido y que el neonato sea trasladado fuera del quirófano.
- Monitorizar a la madre de manera que el pecho quede libre de electrodos (por la espalda, manguito de TA en brazo contrario por donde se accederá con el bebé, si es posible). Favorecer que la madre tenga un brazo libre de vías periféricas, para poder tocar al recién nacido cuando se le ponga en el pecho.
- El pediatra valorará el estado del niño para poder realizar CPP precoz y si es óptimo, será la matrona la que continúe con la observación hasta la finalización del acto quirúrgico. La matrona se encargará enteramente de la supervisión del RN, valorando su transición, que el CPP se realice correctamente y con seguridad, evitará que el RN se desplace y ayudará a la madre a colocarlo adecuadamente y si la madre desea lactancia materna, a que se coja al pecho. (3,4).
- Cuando la madre sea trasladada a Reanimación será el padre, si así lo desea, el que podrá continuar el CPP en dilatación.

Es necesario implantar las medidas necesarias para que la diada madre-hijo no sea separada en todo el proceso (dentro de quirófano y recuperación) en caso de cesárea y poder mantener de forma continua el CPP si el estado de la madre y el bebé lo permiten (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia-Roldan A, Guerrero Etxeberria E, Hernández-Aguilar MT, Legarra Pellicer C, Martínez-Herrera Merino B, Quintana Pantaleón R, Ibarroyen Roteta N FGR. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2017;316
2. Asociación de enfermeras de Ontario (RNAO). Lactancia materna- Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la Continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición julio 2018.



3. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Skin to skin contact after cesarean delivery. Theme update and actuation proposal. Rev Esp Salud Publica. 2019;93:1–10.
4. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernández Aguilar T. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia , con especial atención a las cesáreas Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia , con especial atención a las cesáreas. Evidencias en Pediatr. 2011;7:2.

RELACIÓN DE ANEXOS

[Anexo 1. Recomendaciones para la alimentación con fórmula](#)

[Anexo 2. Situaciones que contraindican la LM. Enfermedades maternas y del lactante que requieren una valoración individualizada](#)

[Anexo 3. Factores de riesgo materno/fetales que pueden afectar a la LM](#)

[Anexo 4. Lactancia y medicamentos](#)

[Anexo 5. Vigilancia del RN durante el CPP](#)

[Anexo 6. Colecho seguro](#)

[Anexo 7. Medidas analgésicas no farmacológicas en extracciones de talón.](#)

[Anexo 8. Posturas para amamantar](#)

[Anexo 8.1. Técnicas para realizar el agarre dirigido y favorecer el vaciado /drenaje adecuado del pecho.](#)

[Anexo 9.1 Observación toma de la Unión Europea](#)

[Anexo 9.2. Herramienta validada de valoración de la lactancia materna: Escala LACHT](#)

[Anexo 10. Cómo identificar las señales de hambre.](#)

[Anexo 11. Excretas normales en el lactante amamantado](#)

[Anexo 12. Extracción y conservación de leche: Extracción manual de calostro, Extracción con sacaleches. Técnica de la extracción del pezón con jeringa.](#)

[Anexo 12.1 ¿Cómo se debería explicar la extracción de leche materna?](#)

[Información para profesionales.](#)

[Anexo 13. Requisitos para suplementar](#)

[Anexo 14. Métodos para administrar suplementos a los lactantes que amamantan](#)

[Anexo 15. Información mínima sobre lactancia en los primeros días y falsos mitos para profesionales.](#)

[Anexo 16. Carteles informativos.](#)

[Anexo 17. Presión inversa suavizante](#)

[Anexo 18. Técnica de extracción del pezón con jeringa](#)

[Anexo 18.1. Uso adecuado de pezoneras](#)

[Anexo 19. Abordaje del dolor en el pezón y las mamas.](#)

[Anexo 19.1 Algoritmo para el abordaje de las mastitis agudas.](#)

[Anexo 19.2. Cultivo de la leche materna para el diagnóstico microbiológico de las](#)



mastitis

Anexo 20. Algoritmo para la pérdida excesiva de peso

Anexo 21. Esquema del manejo de problemas más comunes de la madre y el niño amamantado.

Anexo 22. Inhibición de la lactancia.

Anexo 23. Folleto informativo “consejos para iniciar la lactancia”

Anexo 24. Tutorial registros en Mambrino XXI

Anexo 25. Algoritmo de prevención de la Hipogalactia