



Servicio Andaluz de Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS

protocolo de promoción de lactancia materna



GRUPO DE TRABAJO PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

María del Mar Campos Moya

María Josefa Jiménez Calero

Purificación Martínez García

Manolo Borrego Vera

Marta Reinoso Cobo

Encarnación Portero Salmerón

Laura Morón Zamora

Francisco Javier Díez Delgado

Índice

1	Introducción	4
1.	Ventajas de la lactancia materna para la madre.....	5
2.	Ventajas de la lactancia materna para el bebe.....	5
3.	Inconvenientes de la lactancia artificial	6
4.	Contraindicaciones para la lactancia materna	6
5.	Circunstancias que requieren una valoración individualizada	6
6.	Hábitos maternos que no contraindican la lactancia peor que se deben reducir o evitar durante este periodo.....	6
2	Objetivos.....	7
1.	Plan de acción.....	7
3	Recomendaciones para favorecer la lactancia materna durante la gestación.....	8
1.	Consulta de control prenatal	8
2.	Visita guiada y charla informativa para embarazadas.....	8
4	Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en la sala de partos.....	9
1.	Facilitar el contacto madre-recién nacido.....	9
2.	Dar apoyo y consejo en la primera toma.....	9
3.	Observación de las tomas	9
5	Recomendaciones para favorecer el inicio de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria	11
1.	Mantener juntos a la madre y el recién nacido	11
2.	Aprovechar las primeras tomas de calostro	11
3.	Evitar la administración de suplementos	11
4.	Evitar la utilización de chupetes.....	11
5.	Técnica del amamantamiento.....	12
5.1.	Posiciones para amamantar.....	12
5.2.	Posición y agarre del bebé al pecho.....	13
6.	Flexibilidad en la frecuencia y duración de las tomas.....	15
7.	Dar apoyo profesional	15
6	Valoración de la lactancia materna en urgencias de pediatría.....	16
7	Cuidados de los pezones y el pecho. Como prevenir y manejar posibles problemas	17
1.	Pezones planos o invertidos.....	17
2.	Ingurgitación mamaria	17
3.	Grietas	19
4.	Mastitis.....	19
5.	Mastitis recurrente.....	20
6.	Absceso mamario.....	20
7.	Candidiasis del pezón y de los conductos.....	20
8.	Eczema del pezón.....	20

8 Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en el Recién Nacido Ingresado	21
1. Actuación según los siguientes casos.....	21
1.1. Neonato ingresado a dieta absoluta	21
1.2. Neonato ingresado con dieta normal, pero con imposibilidad de tomar el pecho directamente de la madre	22
1.3. Neonato ingresado con dieta normal sin problemas para lactar del pecho.....	22
1.4. Prematuro o recién nacido de bajo peso que necesite estar en incubadora	22
1.5. Madre momentáneamente ausente (en otra clínica, uci.....)	22
2. Beneficios de la leche materna para los prematuros	22
9 Los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna	23
10 Bibliografía.....	24
EN INTERNET	24
11 Anexos	25
1. Anexo I. Ficha observación tomas de lactancia.....	25
2. Anexo II. Protocolo Inicial de Cuidados Canguro	25
PROTOCOLO INICIAL DE CUIDADOS CANGURO.....	28
DESCRIPCIÓN	28
BENEFICIOS	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	28
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
PREMISAS INICIALES.....	29
PROCEDIMIENTOS.....	29
ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS CANGURO	30
2.1. Cuidados Canguro y leche materna en los RNMBP	30
2.2. Cuidados Canguro y leche artificial en los RNMBP	30
2.3. Cuidados Canguro en niños > 34 semanas y buena succión.....	30
DOCUMENTACIÓN	30

1 Introducción

Existe unanimidad respecto a que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de su vida.

Por su elevado aporte de nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el proceso de crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante, la leche materna, administrada de forma exclusiva, es el alimento ideal para el bebé durante los seis primeros meses y después, conjuntamente con otros alimentos de calidad, hasta los dos años o hasta que la madre y el hijo quieran.

Sin embargo la prevalencia de lactancia materna en nuestra comunidad es desalentadora. A pesar de toda la evidencia científica disponible en la actualidad, la incidencia y duración de la lactancia materna en España están muy por debajo de las recomendaciones que desde hace años realizan diversas organizaciones internacionales.

Los últimos estudios en Andalucía desvelan que el 82% de las madres dan lactancia materna exclusiva a sus hijos al nacer, descendiendo esta cifra al 40,5% a los 3 meses; lo que significa que durante los tres primeros meses de vida, uno de cada dos niños que comenzaron siendo amamantados, dejó de recibir pecho como la fuente predominante de alimentación o bien fue destetado por completo. Si consideramos conjuntamente las cifras de lactancia materna exclusiva y parcial, tan solo el 27% de los bebés de 6 meses reciben lactancia materna y únicamente un 7,7% continúa lactando al cumplir un año.

Son muchos los factores que influyen sobre el establecimiento de la lactancia materna: la participación en clases de educación maternal sobre lactancia y el apoyo del personal a la misma durante el embarazo es descrito por muchos autores como determinante para el inicio de la lactancia materna. En general, se constata que la mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto.

Los principales motivos aducidos por las madres, tanto para introducir otro tipo de alimentos como para dejar de dar el pecho, están relacionados con la percepción de falta o escasez de leche, lo que en terminología médica se conoce como "falsa hipogalactia". En segundo lugar, los problemas asociados a una posición inadecuada del niño al pecho (grietas, obstrucciones, mastitis, etc.) son la causa más importante de no amamantar o abandonar en el primer mes de vida.

Las causas antes mencionadas podrían ser evitadas con una mayor información y apoyo a la lactancia por parte del entorno social y sanitario.

Además según la legislación vigente en Andalucía (Boja núm. 244, 16 de Diciembre de 2005 Artículo 9.4) *"En todos los casos atendidos en los servicios y dispositivos de atención al embarazo, parto y puerperio se fomentará la lactancia materna, facilitando a las madres la información necesaria y eliminando cualquier obstáculo que pueda impedir aquella. Una vez informada la madre, se respetará la opción que ésta elija sobre la alimentación de su hija o hijo".* Y el mismo documento en su artículo 9.5 dice: *"Los centros sanitarios evitarán en sus dependencias la existencia de cualquier tipo de información o publicidad que induzca a la sustitución de la lactancia materna por otro tipo de alimentación".* Y en el artículo 9.6: *"En caso de ingreso de la persona recién nacida se garantizará la posibilidad de lactancia materna si no hay contraindicación médica. Se facilitará la alimentación con leche de su madre cuando el bebé no pueda mamar de forma transitoria."*

Por todo ello surge la necesidad de crear un protocolo de actuación para todos los profesionales relacionados con el área materno-infantil del Hospital Torrecárdenas, ya que se debe disponer de un reglamento sobre Lactancia Materna que esté basado en los "Diez Pasos para una lactancia feliz" declarados conjuntamente por UNICEF y la OMS.

Estas normas estarán a disposición de todo el personal que trabaja dentro del área y también del usuario que las solicite. La supervisión lo presentará al personal de nueva incorporación.

Todo el personal del área estará capacitado para cumplir este protocolo y para asesorar sobre lactancia materna.

Si una madre ha tomado la decisión de alimentar a su hijo con leche de fórmula se respetará y se apoyará.

1. Ventajas de la lactancia materna para la madre

- La involución uterina es más rápida.
- Hay menos hemorragias después del parto, y por lo tanto menos posibilidades de padecer anemias.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario
- Disminuye el riesgo de fracturas espinales y de cadera posmenopáusico.
- Disminuye el gasto en fórmulas infantiles, en artículos para biberones, en fármacos, consultas y hospitalización.
- Ventajas de tipo emocional: vivencia única, especial, placentera. Mejor apego madre-bebe. Satisfacción íntima.
- Más cómodo: la leche materna siempre está disponible, a la temperatura correcta y esterilizada incluso por la noche.
- La lactancia materna puede usarse como método anticonceptivo con una eficacia práctica del 98% (Método MELA)

2. Ventajas de la lactancia materna para el bebe

- Protege al bebe de infecciones
- Se digiere más fácilmente que la leche de fórmula que está hecha de leche de vaca o de soja y puede causar alergias.
- Favorece el buen desarrollo intelectual: la leche materna contiene un aminoácido, taurina, fundamental en el desarrollo del cerebro humano.
- Los bebes alimentados al pecho tienen menos problemas de sobrepeso cuando llegan a la infancia.
- Previene contra la diabetes: la leche de vaca tomada antes de los tres meses de vida, aunque esté adaptada, podría ser un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes insulino dependiente.
- La leche materna se adapta a las necesidades del bebe. Cambia a lo largo del día e incluso dentro de una misma toma. Es distinta en cada mujer porque corresponde a las necesidades de cada bebe. Se modifica a medida que el bebe crece.
- El niño amamantado se beneficia emocionalmente, el pecho significa consuelo y seguridad para ellos. El pecho es más que un alimento: es calor, ternura, contacto físico y realza el vínculo con la madre.

3. Inconvenientes de la lactancia artificial

- Menor vínculo afectivo
- No tiene especificidad de especie
- Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico
- Retrasa la eliminación de meconio. Enlentece la maduración intestinal. Flora intestinal patógena
- Mayor incidencia de caries, mal oclusión y caída dental
- Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante
- Peor desarrollo intelectual
- Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia
- Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
- Existen evidencias científicas de que la alimentación con LA tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé
- El efecto beneficioso de la LM aumenta cuanto más prolongada es su duración

4. Contraindicaciones para la lactancia materna

- Expreso deseo materno de no lactar.
- Infección materna por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-1)
- Galactosemia.
- Fármacos contraindicados durante la lactancia (quimioterapia, bromocriptina)
- Madres dependientes de drogas de abuso (heroína, cocaína, anfetaminas, marihuana)
- Madres a las que se les haya aplicado isótopos radiactivos mientras exista radioactividad en la leche materna.

5. Circunstancias que requieren una valoración individualizada

- Enfermedades infecciosas maternas (Hepatitis C, Citomegalovirus, Herpes simple, Sífilis, Infecciones bacterianas graves, Brucelosis, Enfermedad de Lyme, Enfermedad de Chagas, Tuberculosis activa, Varicela, Sarampión)
- Enfermedades no infecciosas maternas (Miastenia gravis, cáncer de mama, otras enfermedades crónicas)
- Consumo de productos de Herbolario
- Enfermedades del lactante (Fenilcetonuria, Leucinosi)

6. Hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar durante este periodo

- Consumo de alcohol
- Consumo de caféina
- Consumo de tabaco

2 Objetivos

- Promocionar la lactancia natural libre e informada, mejorando la tasa de prevalencia de lactancia materna en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de lactancia materna del personal del área materno-infantil del Hospital Torrecárdenas.

1. Plan de acción

- Proporcionar unas pautas claras y eficaces para asegurar una buena lactancia en todas aquellas madres que deseen lactar a sus hijos, de forma que este deseo pueda llevarse a cabo lo antes posible, y de forma correcta.
- Capacitar a todo el personal vinculado con la asistencia a mujeres que amamantan, a dar consejos más eficaces y un mejor apoyo a las mujeres a su cuidado para poder poner en práctica esta política.
- Crear un registro de cumplimentación obligatoria de manera que ningún recién nacido sea dado de alta sin que se haga constar en su historia clínica el tipo de lactancia al alta, se realice la observación de al menos tres tomas, se registren las incidencias al inicio de la lactancia si las hubo, y se constate que la madre recibe la información necesaria y adaptada al tipo de lactancia que decida.

3 Recomendaciones para favorecer la lactancia materna durante la gestación

1. Consulta de control prenatal

En las consultas de control prenatal, durante el tercer trimestre de la gestación, se informará a las futuras madres de los beneficios de la lactancia natural, para el niño y para la madre.

Se entregará la publicación "¡Tómame la leche a pecho!" sobre Lactancia Materna editada por la Junta de Andalucía para tal fin.

Se animará a todas las gestantes en el tercer trimestre a asistir a la visita guiada y charla para embarazadas que se vienen realizando en nuestro hospital de forma periódica.

2. Visita guiada y charla informativa para embarazadas

Dentro del contenido de estas charlas se incluyen una serie de recomendaciones sobre lactancia materna basadas en las de la Asociación Española de Pediatría, haciendo especial hincapié en:

- Importancia de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros seis meses, vigilando la correcta hidratación (mojar al menos 5 pañales al día) y crecimiento del bebé (aumento semanal de aproximadamente 150-200 gr).
- Duración y frecuencia entre las tomas. Se insiste en que la lactancia materna es a demanda, pero en las primeras semanas se debe asegurar un mínimo de 8 tomas al día.
- Posición y agarre del niño al pecho, con demostración práctica de la postura del bebe con un muñeco.
- Recomendaciones sobre higiene, hábitos, y formas de compaginar la lactancia con la vida laboral (uso del sacaleches, conservación de la leche).
- Información sobre recursos para solventar las dificultades que puedan surgir en el futuro, se proporcionan la página web de la AEPED y del grupo de apoyo a la lactancia materna "lactalmeria".

4 Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en la sala de partos

1. Facilitar el contacto madre-recién nacido

Inmediatamente después del nacimiento, si no existen contraindicaciones y siempre que madre y bebé se encuentren bien y así lo quieran, se favorecerá el inicio de la lactancia materna, colocando al recién nacido sobre la madre piel con piel; de esta forma también se favorece la creación de vínculos afectivos y ayuda a mantener la temperatura del recién nacido.

Es muy importante que la mujer se encuentre cómoda, ya que la mayoría de las mujeres suelen estar cansadas tras el parto. El hecho de que el primer contacto sea satisfactorio influirá de forma positiva a lo largo de toda la lactancia, favoreciendo el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre.

2. Dar apoyo y consejo en la primera toma

La primera colocación al pecho sería ideal que se hiciese lo antes posible, dentro de la primera hora del posparto, que es cuando el recién nacido está más receptivo a los estímulos ya que su sistema nervioso se encuentra en estado de alerta; también están acentuados todos sus reflejos, por lo que el reflejo de succión es más fuerte en la primera hora después del nacimiento.

Cuando la madre se encuentre con su bebé en la sala de postparto, se pasará a ver como se encuentra, si necesita algo, y se ofertará a la madre ponerse al recién nacido cerca del pecho para favorecer el contacto madre-hijo e iniciar la lactancia materna, tratando de tocar sólo lo imprescindible y siempre con permiso de la madre.

3. Observación de las tomas

En las primeras 24-48 horas de vida es muy habitual la necesidad de apoyo y consejo por dificultades en el amamantamiento.

Se dispone de varios instrumentos para realizar la observación de una toma, cuyo resultado nos orienta sobre si la toma es eficiente o no. Utilizados juiciosamente por personal entrenado son de mucha utilidad para detectar precozmente problemas en el amamantamiento para intervenir y resolver las dificultades antes del alta hospitalaria.

La observación se hará con el niño despierto, en un ambiente tranquilo y la duración mínima total del procedimiento debe ser de 10 minutos, siempre que no se detecten problemas que requieran alguna intervención.

El profesional sanitario que haga la observación de la toma lo registrará en el documento específico que se presenta en el anexo I. Una copia de este documento se extraerá de la historia clínica y será archivada por la supervisión de enfermería, a fin de evaluar periódicamente esta actividad.

El registro de observación de las tomas se iniciará por tanto en Paritorio, utilizando la Ficha de Observación de Tomas (anexo I), la cual se incluirá en la historia clínica para que la actividad

se continúe en la planta hasta el momento del alta. Sería conveniente evitar rellenar la ficha delante de la madre mientras está amantando, para no generar la sensación de que la estamos observando.

No debemos olvidar anotar en el reverso de la ficha el nombre de la persona que realiza la observación,

5 Recomendaciones para favorecer el inicio de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria

1. Mantener juntos a la madre y el recién nacido

Cuando el recién nacido llega con la madre del paritorio empieza un periodo importantísimo para la instauración de la lactancia materna, que se prolongará hasta el momento del alta, Por ese motivo, se recomienda no separar al recién nacido de su madre, salvo que la atención a la salud de alguno de ellos lo requiera.

2. Aprovechar las primeras tomas de calostro

Se informará a la madre sobre las escasas cantidades de líquido y nutrientes que el recién nacido necesita los primeros días de vida y sobre las propiedades idóneas que tiene el calostro por su composición. La animaremos a poner al recién nacido al pecho, muy a menudo, y así esperar sin angustia la subida de la leche.

La ingesta precoz de calostro ayudará al bebe a disminuir los riesgos de una hipoglucemia, evitando tener que ofrecerle una alimentación suplementaria que podría dificultar la siguiente mamada, ya que puede generarle confusión.

3. Evitar la administración de suplementos

Durante los primeros días postparto, se recomienda no administrar agua, suero glucosado o leche artificial (LA) a los lactantes que son amamantados por sus madres, a menos que esté médicamente indicado. El recién nacido a término sano no necesita más que pecho. Antes de recomendar un suplemento, se recomienda hacer una evaluación de la lactancia materna, para ver si existe algún problema que pueda solucionarse. La administración de estos suplementos disminuye el número de tomas al pecho y, por tanto, es perjudicial para el éxito de la lactancia materna

Sólo en determinadas circunstancias estará indicada la administración de suplementos y siempre deberá justificarse en la historia clínica.

4. Evitar la utilización de chupetes

La succión de chupetes o tetinas puede confundir la succión de los bebes, ya que el movimiento de la lengua, las mejillas y la mandíbula es diferente. Sí los ofrecemos a un niño inexperto, puede acabar confundiéndole, retrasando la correcta succión y como consecuencia la subida de la leche.

Cuando un niño busca consuelo, el pecho de la madre le proporciona leche, amor y calor; su presencia y su voz le calman. Los chupetes, en cambio, no tienen estas virtudes y pueden distraer a un niño que está pidiendo alimento.

Para evitar confundir la succión de bebe, es mejor esperar a que la lactancia esté bien instaurada antes de ofrecerle el chupete. Este momento llega cuando el niño tiene más o menos un mes y medio de vida.

5. Técnica del amamantamiento

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

Buena parte de los problemas que surgen, sobre todo al principio, se deben a una mala posición, a un mal agarre del pecho ó ambos, gran parte de ellos, pueden prevenirse promoviendo buenas prácticas neonatales y procurando la puesta al pecho inmediatamente tras el parto.

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

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o "subida de la leche") y una extracción activa por parte del bebé. El niño, para realizar una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con este. Esta tetina se forma, aproximadamente, con un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. En la succión del pecho, la lengua del bebé ejerce un papel fundamental, siendo el movimiento de la lengua, en forma de ondas peristálticas de delante hacia detrás, el que ejerce la función de "ordeñar" los senos lactíferos que es dónde se acumula la leche una vez que ésta se ha producido. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar agarrado al pecho de forma eficaz.

5.1. Posiciones para amamantar

No existe una sola postura para dar de mamar. Es posible utilizar cualquier postura siempre que el niño esté bien agarrado al pecho y madre e hijo estén cómodos, en la práctica se utilizan habitualmente, dos posturas y alguna variante.

Sentada

Es la más habitual. Conviene utilizar una silla o sofá que permita apoyar firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia delante y no quede plano. Se puede utilizar un reposapiés para mantener las rodillas ligeramente elevadas, resulta útil utilizar un cojín o almohada para tener al niño bien apoyado frente al pecho, apoyará la cabeza del niño en su antebrazo, no en el hueco del codo, sujetando espalda y hasta las nalgas, con el brazo del mismo pecho y utilizando el otro para sujetar el pecho.

Acostada

Es la postura de elección si la madre está cansada o dolorida tras el parto o en las tomas nocturnas. la madre se acuesta de lado, lo más cómoda posible apoyando su cabeza en una o varias almohadas y manteniendo elevado el brazo que queda por debajo, con el otro sujeta al bebé que coloca enfrente, también de lado, de manera que su cabeza quede a la altura del pecho.

Invertida o de pelota de rugby

Es una buena posición para las madres que han dado a luz por cesárea, cuando los pechos son muy grandes, para amamantar a gemelos y niños prematuros. La cabeza del bebé descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo, se puede ayudar de cojines que faciliten el apoyo.

Posiciones para amamantar



5.2. Posición y agarre del bebé al pecho

Independientemente de la postura que se adopte, madre y bebé deben estar cómodos y muy juntos, todo el cuerpo del bebé en contacto con el de la madre (ombligo con ombligo)

Hay que dar tiempo a la interacción entre la madre y el bebé, la madre puede acariciarlo, hablarle o dejarle que le tome un dedo, así se estimula el reflejo de búsqueda del niño.

El agarre se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón

Una vez que el bebé está bien colocado la madre puede estimular al bebé para que abra la boca rozando sus labios con el pezón, una vez que la boca esté bien abierta, guiar al bebé con delicadeza hacia el pecho (no el pecho hacia el bebé)

El bebé se agarrará más fácilmente si se le acerca el pecho desde abajo, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca bien abierta, el objetivo es que abarque con su boca tanto pecho como sea posible y coloque su labio inferior alejado de la base del pezón (se puede favorecer sujetando el pecho por debajo con la mano en forma de "C"), no es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo pinza, se estira el pezón.

La barbilla del niño toca el pecho y sus labios evertidos (hacia fuera), de esta forma se asegura que el pecho se mantiene dentro de la boca del bebé y los movimientos de succión y ordeño sean eficaces.

Si el bebé mama de esta manera la madre no siente dolor, ni siquiera cuando la madre tiene grietas, el pezón queda en la parte posterior de la boca, en la base de la lengua y el velo palatino, el bebé no lo mastica entre sus encías.

Posición correcta del bebé al pecho

Cabeza y cuerpo en línea recta

La cara mira hacia el pecho, la nariz frente al pezón

Madre y bebé muy juntos

Apoyo a las nalgas no sólo a la cabeza y cuerpo



Signos de buen agarre:

El mentón toca el pecho

La boca está muy abierta

Labios evertidos (hacia fuera)

Mejillas redondas o aplanadas contra el pecho

Más areola visible por encima de la boca

El pecho se ve redondeado



UNA BUENA COLOCACION MERECE LA PENA

Este bebé succiona del pecho y mama con la boca abierta.

La buena colocación facilita:

- Pezones sanos.
- Succión eficaz.
- Bebé satisfecho.



COLOCACION CORRECTA



COLOCACION INCORRECTA

Este bebé chupa el pezón, mama con la boca poco abierta.

La mala colocación puede causar:

- Pezones doloridos y grietas.
- Pechos duros y doloridos.
- Producción de leche insuficiente.

El recién nacido/a necesita mamar a menudo, probablemente 8-12 veces cada 24 horas. Los biberones, chupetes y "ayudas" pueden perjudicar la lactancia.

- 1.** Sostener al bebé "tripa a tripa" de manera que no tenga que girar la cabeza para alcanzar el pezón.
- 2.** Sostener el pecho con el pulgar por arriba y los dedos por abajo, por detrás de la areola.
- 3.** Esperar hasta que el bebé abra la boca de par en par. Acercar el bebé al pecho. Asegurarse que el bebé toma el pezón y gran parte de la areola en la boca. Dejar que el bebé mama hasta que suelte el pecho; a continuación, ofrecerle el otro pecho. Algunas veces lo querrá, otras no.

6. Flexibilidad en la frecuencia y duración de las tomas

La lactancia a demanda es beneficiosa para el recién nacido ya que reduce la incidencia de ictericia y mejora el aumento de peso, como para la madre, que establecerá una lactancia satisfactoria y previene la ingurgitación mamaria.

El tiempo que cada bebe necesita para completar una toma es diferente para cada bebe y también varía según la edad del bebe y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene seis meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (mayor contenido en grasa y vitaminas).

Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una es muy variable por tanto y no hay que establecer reglas fijas. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho:

Algunos niños maman de un solo pecho y otros toman de ambos. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos.

7. Dar apoyo profesional

El personal de enfermería, matronas y médicos tienen que estar suficientemente formados en el conocimiento de los aspectos básicos para la promoción de la lactancia materna y participar activamente en la aplicación de sus pautas, siempre respetando la decisión de la madre.

Las matronas y personal de enfermería tienen que dar asistencia específica para la lactancia materna en las primeras horas después del parto, mediante información teórica y la ayuda práctica que la madre necesite de forma individualizada, con el objetivo de conseguir la correcta instauración de la lactancia materna, dando apoyo y solución a los problemas que puedan surgir.

- Vigilar factores que influyen en el proceso de lactancia especialmente en su inicio: estado físico de la madre, experiencia previa, existencia de alguna patología en el recién nacido...
- Tener en cuenta la predisposición de la madre para amamantar a su hijo
- Valorar factores sociales y familiares que puedan incidir en el proceso de instauración o de mantenimiento de esta lactancia.
- Valorar al recién nacido: estado de salud, existencia de factores de riesgo... para orientar la conducta a seguir.
- Es importante la observación clínica de al menos dos tomas antes del alta, o tres si surge alguna dificultad, con la finalidad de valorar y corregir la técnica.
- Dar apoyo a las madres que empieza a amamantar. Puede ser útil la utilización de alguna charla educativa sobre lactancia durante la estancia en la sala de púerperas, antes del alta hospitalaria.

6 Valoración de la lactancia materna en urgencias de pediatría

El servicio de urgencias de pediatría suele ser a menudo el lugar de contacto de una madre con un profesional que tras haber sido dada de alta le surgen problemas en la lactancia, y acuden angustiadas ante la imposibilidad de dar el pecho a su bebé o por la aparición de problemas tempranos en el pecho, que si no se tratan de manera adecuada pueden poner en peligro la lactancia materna.

- Se valorarán los signos de una ingesta y transferencia de leche adecuada al lactante. Se explorará al recién nacido valorando los signos de una hidratación adecuada del bebé que toma el pecho; fontanelas normo tensas, mucosa oral hidratada, ojos sin ojeras (que no aparezcan hundidos), llanto con lagrime (no en el neonato), preguntar por el número de pañales que moja de orina al día (los primeros días orinan poco porque ingieren poca leche, pero a partir del 5º-6º día deben mojar de 6-8 pañales por día) y realizar al menos una deposición al día.
- Se examinará el pecho de la madre, buscando posibles problemas y complicaciones del pecho que puedan poner en peligro la lactancia.
- Evaluar una toma al pecho, valorando que la postura sea adecuada, observar signos de transferencia de leche, comprobar que el bebé queda satisfecho tras la toma y que el pecho de la madre queda más blando.
- Valorar qué conocimientos poseen los padres respecto a la lactancia materna; si conocen el mecanismo de producción de la leche, si saben cómo despertar a un lactante adormilado, si reconocen los signos precoces de hambre, y si ofrecen la lactancia materna a demanda, dejando que el bebé suelte espontáneamente el pecho.

7 Cuidados de los pezones y el pecho. Como prevenir y manejar posibles problemas

La lactancia es un periodo fisiológico, y los pezones no necesitan un cuidado especial ni durante el embarazo ni después del parto. Las glándulas de Montgomery y de la areola producen una secreción sebácea que limpia y lubrica el pezón. No es necesario lavarse el pecho antes de ofrecérselo al bebé, la ducha diaria es suficiente.

Los tratamientos para la preparación de los pezones durante el embarazo no están indicados, incluso alguno de ellos pueden ser contraproducentes.

1. Pezones planos o invertidos

Los pezones planos son aquellos que no sobresalen hacia fuera, y los pezones invertidos son aquellos que se hunden hacia dentro en vez de salir hacia fuera. No tienen por qué dar problemas con la lactancia si se ayuda tanto a la madre como al bebé para conseguir una posición correcta del amamantamiento. En el funcionamiento del amamantamiento, los pezones no juegan un papel primordial, sino que es el ordeño de la lengua del lactante de una buena parte de la areola lo que hace extraer la leche.

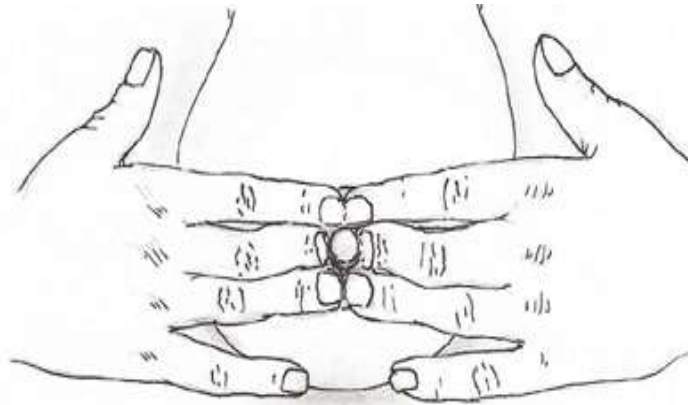
- Es necesario una atención especial los primeros días, explicándole a la madre que el bebé mama del pecho debiendo sellar con su boca la mayor parte de la areola.
- Estimular el contacto piel con piel el mayor número de horas posibles.
- El bebé debe comenzar por el pecho con el pezón invertido, para que mame de manera más vigorosa.
- Estimular el pezón antes de ofrecer el pecho manualmente o con un sacaleches para que este más eréctil y facilitar el agarre.
- Si el pecho está muy lleno extraer un poco de leche para que este más blando y así favorecer el agarre.
- Antes del sellado, asegurarnos que el bebé tiene la boca bien abierta, para ello, tocar el labio inferior del bebé con el pezón suavemente y enganchar al bebé primero a la parte inferior del pecho.
- La madre puede pinzar suavemente la areola para que el pezón protuya al máximo y el niño tenga acceso a la mayor parte de tejido areolar, lo que ayudará al inicio de la lactancia.
- Realizar el vacío en el pezón con jeringas precortadas o los ejercicios de Hoffman, no han demostrado tener éxito.
- El uso de formadores de pezón es controvertido.
- Las pezoneras son usadas a veces para conseguir un buen agarre y sellado. Sería necesario realizar un seguimiento y retirarlas una vez que la lactancia este establecida, asesorando a la madre para que mantenga el pecho cogido en forma de "C" o "U" durante toda la toma.

2. Ingurgitación mamaria

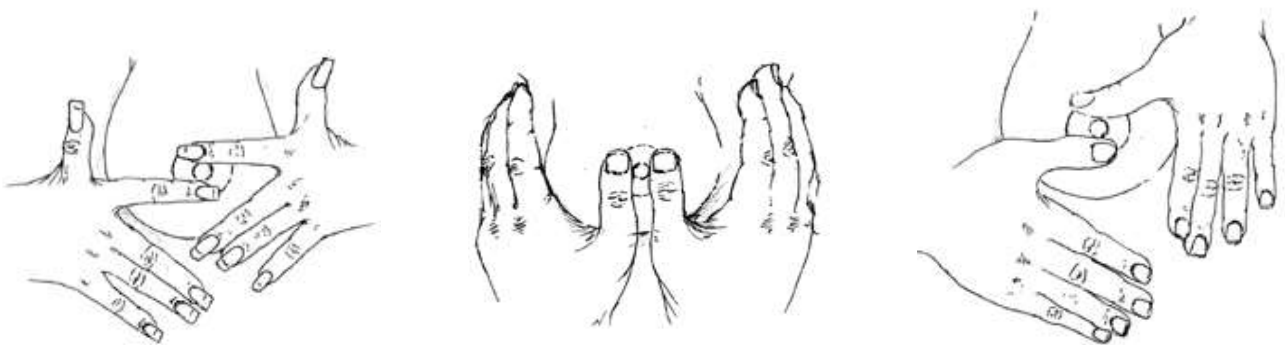
Se define como la distensión de la glándula mamaria que ocurre de forma fisiológica en los 2-4 días tras el parto y que coincide con la "subida de la leche". Algunas mujeres experimentan una sensación de plenitud, calor, hinchazón y pesadez en las mamas.

La ingurgitación comienza al acumularse la leche en los alveolos, y éstos, al distenderse comprimen el tejido circundante.

- Para evitar la ingurgitación mamaria y mejorarla hay que favorecer el amamantamiento precoz y frecuente en una posición correcta, de día y de noche, a demanda.
- Cuando los pechos están tensos, hinchados y dolorosos, el pezón puede estar estirado y aplanado, la leche no fluye fácilmente y el bebé tiene dificultad para agarrarse al pecho y succionar. Conviene vaciarlos un poco hasta que se reduzca la hinchazón antes de colocar al bebé al pecho. La aplicación de calor local, mediante un baño o compresas templadas, junto con un masaje suave y circular, facilita la salida de leche.
- Aplicar frío local (con compresas frías o una bolsa de hielo en el pecho durante media hora) tras la toma (nunca antes), produce alivio. Si a pesar de esto persisten las molestias, puede tomar un analgésico, como paracetamol. (Consultar compatibilidad de medicamentos y lactancia en la página web <http://www.e-lactancia.org>)
- Si la ingurgitación afecta mucho a la areola se puede realizar el drenaje linfático manual PIS (Presión Inversa Suavizante)



- Si la inflamación es extremadamente firme, y se están usando el método de múltiples yemas de los dedos, se aplicarán de 1 a 3 periodos de 3 minutos de presión positiva y hacia la pared torácica.



- Si se están usando las yemas de 2 dedos o de los pulgares, se obtendrá una distribución más pareja del líquido intersticial alternando cuadrantes repetidamente, durante 3 ó más aplicaciones de 1 minuto cada una.

3. Grietas

La lactancia no debe doler. Cuando una madre refiere dolor en los pezones debe identificarse rápidamente la causa, debemos realizar una intervención rápida y adecuada, ya que puede ser motivo de destete precoz, incluso en madres motivadas.

La principal causa de las grietas en el pezón es la mala posición del bebé al mamar. Habitualmente son bilaterales, pero a veces sólo aparecen en un pecho, porque uno de los pezones es más grande (y el bebé sólo agarra el pezón al mamar), o bien porque la madre consigue una mejor posición cuando sujeta al niño con su brazo dominante.

El dolor en las grietas es máximo cuando el niño empieza a mamar y disminuye a lo largo de la toma, desapareciendo casi por completo cuando suelta el pecho. El niño puede presentar algún vómito con contenido hemático.

Debemos observar una toma al pecho para ver la técnica de amamantamiento y la posición del bebé.

Otras causas que favorecen la aparición de grietas son; lavar el pezón el pezón antes y después de cada toma, la aplicación de cremas en los pechos o la introducción de chupetes y biberones.

Medidas de actuación en los primeros días

- Asegurar una buena posición y sellado del niño al pecho, abarcando el pezón y un buen trozo de areola. Empezar a mamar por el lado sano o menos afectado, para evitar la succión vigorosa del inicio.
- No dar chupetes ni biberones para evitar el síndrome de confusión tetina-pezón.
- Alternar distintas posturas. Estimular el pezón y favorecer la salida de leche antes de que el niño se agarre.
- El uso de pezoneras pueden ser útiles en algunos casos concretos.
- Tras la toma aplicarse unas gotas de la propia leche en el pezón y dejar secar al aire.
- El uso tópico de una crema de lanolina modificada puede mejorar la cicatrización, no siendo necesario lavar el pezón para quitar la crema antes de ofrecer el pecho.
- Si la madre usa protectores, debemos aconsejar que los cambie con frecuencia para evitar humedad en el pezón.
- Siempre que se pueda, dejar los pezones al descubierto para mejorar la cicatrización.

4. Mastitis

La mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, puede ir acompañado o no de infección. Las principales complicaciones de la mastitis son el absceso mamario y la mastitis recurrente.

La mastitis y el absceso mamario pueden prevenirse en gran parte, si la lactancia materna se guía adecuadamente desde el principio, para evitar situaciones que provoquen éxtasis de leche y se tratan rápidamente los signos precoces como la ingurgitación, conducto bloqueado y el dolor de pezones.

- Es necesario una extracción frecuente de la mama, adoptando una postura donde la mandíbula inferior del bebé este debajo del área obstruida.
- Usar distintas posturas para amamantar, asegurándonos así de renovar la leche de todos los conductos.
- Aplicar calor antes de la alimentación para ayudar al flujo de leche.

- No usar ropa que comprima el pecho.
- El tratamiento debe ser precoz, en las primeras 24 horas.
- No suspender la lactancia materna, la infección no se transmite al bebé, y además la succión del bebé es el mejor método para extraer la leche.
- Masajear de forma suave el pecho para ayudar a quitar la obstrucción.
- Realizar tomas frecuentes y extraer la leche de forma manual o con sacaleches al final de la toma.
- Aplicar frío local entre las tomas para aliviar el dolor.
- Seguir tratamiento médico con antibióticos y analgésicos.
- El reposo en cama ayuda a la recuperación.

5. Mastitis recurrente

Es causada por un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis, por falta de corrección de los errores en la técnica de la lactancia o por enfermedad mamaria subyacente.

También puede deberse a una infección del pezón por *Candida Albicans*, en cuyo caso se tratará con antifúngicos locales y/o generales.

6. Absceso mamario

Los síntomas son similares a los de la mastitis, el dolor es más intenso y podemos palpar una masa fluctuante en una zona localizada del pecho.

El tratamiento a veces es quirúrgico, y se necesita la administración de antibióticos y analgésicos, reposo, calor local y vaciamiento frecuente de la mama.

No es necesario interrumpir la lactancia durante el drenaje quirúrgico, salvo que el orificio de drenaje este junto al pezón. La lactancia puede continuar a las pocas horas en el pecho afecto tan pronto lo permita el dolor. Es importante que el niño siga mamando para evitar la retención de leche, que empeoraría el cuadro.

7. Candidiasis del pezón y de los conductos

Aparece un eritema o placas blancas en el pezón, que si se extiende a los conductos provoca un dolor que pulsátil e intenso, "como agujas que se clavan hacia dentro del pecho", durante la toma y puede persistir un tiempo tras la toma.

Puede existir Muguet o candidiasis del pañal en el lactante y Candidiasis vaginal en la madre.

Se continuará con la lactancia y tratar a la madre y al bebé con antifúngicos locales. Se hará el tratamiento en los dos pezones, aunque sólo sea uno el afectado para evitar que la madre se reinfecte.

8. Eczema del pezón

Aparece enrojecimiento, descamación, dolor y prurito en el pezón y areola, normalmente como reacción a pomadas, cremas o a los detergentes de los sujetadores.

Hay que eliminar los irritantes, usar ropa de algodón, usar jabón ácido o neutro y crema emoliente a base de ácido láctico, avena o ceramidas.

8 Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en el Recién Nacido Ingresado

Ante un ingreso en la Unidad Neonatal, el responsable hablará con los padres en dicha Unidad ó en la sala de maternidad si la madre no pudiera moverse todavía. Después de explicar a los padres cómo está su hijo en términos generales, se incidirá en el tema de la Lactancia Materna, intentando resolver todas las dudas que se planteen, insistiendo en los beneficios de la leche materna, aunque sin presionarla. Se explicará a la madre, que aunque su hijo esté ingresado, si quiere puede darle de mamar (siempre que su patología lo permita).

- Identificar la actitud de la madre respecto de la lactancia.
- Si solo acude el padre u otros familiares, se insistirá en que la madre no se retire el pecho hasta haber hablado con su Neonatólogo.
- Si la madre no puede levantarse, y el niño no puede salir de la Unidad Neonatal, se explicará a la madre la forma de sacarse la leche para ir estimulando lo más pronto posible, y lo que se saque se le dará al niño con jeringuilla o biberón. Se recomendará de forma explícita que conserven el calostro y su importancia en la nutrición trófica.
- En cuanto la madre pueda, animarle a que vaya a la Unidad Neonatal a ver a su hijo y ponérselo al pecho si es posible.
- Se permitirá a la madre entrar en la Unidad Neonatal siempre que lo desee, recomendando el horario abierto de 10:00 hasta las 23:00, valorando el descanso nocturno, dentro de una Política de Puertas Abiertas, salvo en aquellos momentos en los que el personal así lo requiera. Siempre que sea posible, se permitirá también la entrada del padre.
- Se facilitará a la madre la estancia en el box de Neonatología durante las primeras tomas, a fin de alentarla, corregirla y ayudarla en el establecimiento de la lactancia materna.
- Se explicará a la madre que el número de tomas a demanda es variable, siendo idónea para la alimentación en domicilio y que en el hospital, por organización, las tomas se regulan cada 3 horas.
- Se alentará a la madre a que acuda al mayor número de tomas posible, respetando el descanso nocturno. Se le pedirá que indique aquellas tomas a las que no acudirá.
- En cuanto la madre sea dada de alta de la Maternidad, si el niño permanece ingresado, se le facilitará permanecer en la planta para seguir la lactancia si la ocupación de la planta lo permite.
- A los padres se les entregará hojas de información de biberonería y lactancia materna.

1. Actuación según los siguientes casos

1.1. Neonato ingresado a dieta absoluta

Durante la charla con los padres se les explicará el motivo por el que su hijo no puede comer de momento, y que, mientras dure esta situación, la madre deberá estimularse con un sacaleches para facilitar la instauración de la lactancia.

Si se consigue calostro, guardarlo hasta dos días en la nevera o congelarlo si se prevé que la dieta absoluta va a durar tiempo. NO TIRARLO. ES INSUSTITUIBLE.

1.2. Neonato ingresado con dieta normal, pero con imposibilidad de tomar el pecho directamente de la madre

Durante la charla con los padres, se les explicará que el bebé puede comer, pero no directamente del pecho, y que no por ello hay que renunciar a la Lactancia Materna; la madre deberá extraerse la leche mediante el sacaleches y, la leche que consiga, se la daremos con jeringuilla o biberón.

1.3. Neonato ingresado con dieta normal sin problemas para lactar del pecho

Durante la charla con los padres se les informará de que no hay ningún problema para que su hijo tome pecho, sólo hay una distancia física que hay que salvar.

Si la madre se encuentra bien para caminar ó moverse en silla de ruedas, pasará a Neonatos cada vez que el niño necesite comer.

1.4. Prematuro o recién nacido de bajo peso que necesite estar en incubadora

Si el niño tiene succión: se utilizará el método canguro (Anexo II) durante el mayor número de horas posibles al día, el niño tomará lactancia directamente del pecho.

Si el niño no tiene succión: se utilizará el método canguro igualmente para estimular el reflejo de succión y se le dará la leche materna por boca con jeringa o por sonda mientras está con su madre.

1.5. Madre momentáneamente ausente (en otra clínica, uci...)

Si no disponemos de leche materna extraída para darle al bebé, se administrará provisionalmente una fórmula adaptada con jeringuilla o biberón.

2. Beneficios de la leche materna para los prematuros

- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Presencia de enzimas activas y factores antinfeciosos.
- Baja osmolaridad.
- Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
- Contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino.
- Menor contenido en lactosa y aporte energético mayor.
- Menos incidencia de infecciones nosocomiales. Protección frente a enterocolitis necrosante.
- Mejora la función retiniana.
- Posible recuperación más temprana del síndrome de distres respiratorio
- Mejora el desarrollo cognitivo
- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Ventajas psicológicas para la madre.

9 Los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna

- 1 Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
- 2 Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3 Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4 Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
- 5 Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo
- 6 No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- 7 Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día.
- 8 Fomentar la lactancia a demanda.
- 9 No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
- 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

10 Bibliografía

- Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Declaración conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989.
- La lactancia materna en Andalucía. Josefa Aguayo Maldonado et al. Consejería de Salud, [2005]
- Guía del amamantamiento. Luna Llena.
- La lactancia materna. Guía práctica. Mead Johnson.
- Amamantar: el mejor comienzo. La liga de la leche. Andalucía.
- Manual de capacitación para promotores comunitarios: Lactancia materna.
- Claves para amantar con éxito. Alba. Lactancia materna.
- Mi niño no me come. Carlos González. Ed. Temas de Hoy.
- Bésame mucho. Carlos González. Ed. Temas de Hoy.
- Síndrome de la posición inadecuada al mamar .C. J. González. Anales españoles de Pediatría 1996; 45:527-529.
- Acta pediátrica Scandinávica. Suplemento 302,1982.Comite sobre nutrición- ESPAGAN. Pautas sobre nutrición infantil. Estocolmo 1982.
- Controversias en el manejo de la lactancia materna. An. Esp. Pediatr. 304 (309-312).1989.Carlos González Rodríguez.
- Lactancia materna y utilización de la leche humana. Pediatrics. Diciembre 1997. (Ed. Esp vol 44, nº6,1997).
- Matthews MK, Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. Midwifery. 1988; 4: 154 – 165
- Matthews MK. Breastfeeding assessment tools. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.1998; 27:236-8.
- Manual práctico de la lactancia materna. Carlos González. ACPAM.(2008)
- Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica. AEPED. (2009)

EN INTERNET

- www.gencat.cat.
- www.laligadelaleche.org.
- www.aeped.es.
- www.fmed.uba.ar/mspba/manulac/manu/m01.htm

11 Anexos

1. Anexo I. Ficha observación tomas de lactancia
2. Anexo II. Protocolo Inicial de Cuidados Canguro

Nombre	
Apellidos	
Nº Historia	

PRIMÍPARA

MULTÍPARA

¿Ha tenido problemas anteriores con la lactancia? SI NO

¿Cuánto tiempo aproximadamente dio de mamar a su último hijo?

¿Ha recibido educación maternal previa al parto? SI NO

POSTURA DE LA MADRE Y EL BEBE

Signos positivos	1ª	2ª	3ª	Signos de posible dificultad
Fecha y hora:				
Madre relajada y cómoda				Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho				Cuerpo del bebé separado de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados				Cuello del bebé torcido
Nalgas del bebé apoyadas				Sólo apoyada cabeza u hombros

RESPUESTA DEL LACTANTE

El bebé busca el pecho				No se observa búsqueda
El bebé explora el pecho con la lengua				El bebé no muestra interés por pecho
Bebé tranquilo y alerta mientras mama				Bebé inquieto o llorando
El bebé permanece agarrado al pecho				El bebé se suelta del pecho
Signos de eyección de leche (chorros, entuertos)				No hay signos de eyección de leche

VÍNCULO AFECTIVO

Lo sostiene segura y confiadamente				Lo sostiene nerviosa y con torpeza
La madre mira al bebé cara a cara				La madre no mira al bebé a los ojos
Mucho contacto de la madre				Lo toca poco, escaso contacto físico
La madre acaricia el bebé				La madre lo sacude

ANATOMÍA

Pechos blandos después de la mamada				Pechos inquiritados (pletóricos)
Pezones protráctiles				Pezones planos o invertidos
Piel de apariencia sana				Piel roja o con fisuras
Pechos redondeados mientras el bebé mama				Pechos estirados o halados

SUCCIÓN

Más areola sobre la boca del bebé				Más areola por debajo de la boca del bebé
Boca bien abierta				Boca no está bien abierta
Labio inferior evertido				Labio inferior invertido
Mentón del bebé toca el pecho				Mentón del bebé no toca el pecho
Mejillas redondeadas				Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas				Sólo mamadas rápidas
Se puede ver u oír al bebé deglutiendo				Se oye al bebé chasqueando

TIEMPO

El bebé suelta el pecho espontáneamente				La madre retira al bebé del pecho
---	--	--	--	-----------------------------------

La 1ª observación se realizará en paritorio, excepto en cesáreas o recién nacidos ingresados.

Marcar SI cuando se cumplen los signos de que la lactancia funciona bien (columna de la izquierda)

Marcar NO si no se cumple algunos de los signos de que la lactancia funciona bien (la columna de la derecha son signos de posible dificultad)

REGISTRO DE LAS OBSERVACIONES:

1ª TOMA:

Observada por:

(Nombre y apellidos)

Comentarios:

2ª TOMA:

Observada por:

(Nombre y apellidos)

Comentarios:

3ª TOMA:

Observada por:

(Nombre y apellidos)

Comentarios:

PROTOCOLO INICIAL DE CUIDADOS CANGURO

DESCRIPCIÓN

El Método Canguro consiste básicamente en la colocación del recién nacido en contacto directo piel-piel entre los pechos de su madre o padre con la finalidad de mejorar la calidad de la relación padres-hijos y promover una serie de beneficios tanto para los niños como para los padres.

BENEFICIOS

1. Proporcionar a los padres la oportunidad de asumir los cuidados de sus hijos
2. Promocionar el vínculo afectivo
3. Respetar el derecho de la madre al cuidado de su hijo.
4. Promover la autoestima de los padres
5. El contacto piel-piel mejora la ganancia de peso, mejora la estabilidad fisiológica y acorta la estancia hospitalaria.
6. Promover la lactancia materna
7. Aumentar la confianza de los padres como cuidadores de sus hijos en el momento del alta hospitalaria.
8. Disminuir el trauma de los padres hacia la separación que supone el ingreso de su hijo en la unidad neonatal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Identificar los niños de la Unidad Neonatal que sean fisiológicamente estables para participar en los cuidados canguros:

- Temperatura estable (36.5°C)
- Ausencia de bradicardia o desaturación con la manipulación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

(Salvo indicación médica específica)

- Peso $< 1000\text{ g}$
- Ventilación mecánica / NEEP
- Oxigenoterapia con $\text{FiO}_2 > 40\%$
- Catéter arterial
- Tubos torácicos
- Inestabilidad hemodinámica
- Niño que por su patología infecciosa precise aislamiento

PREMISAS INICIALES

- Determinar si el niño cumple los criterios de inclusión.
- El médico responsable del niño prescribirá, de acuerdo con el personal de enfermería, la indicación de los Cuidados Canguro.
- Introducir a los padres en el concepto de Cuidados Canguros y determinar su deseo de participar.
- Instruir a los padres en el protocolo de Cuidados Canguro, en relación a la ropa apropiada, posición del niño, horarios, hoja informativa etc.

PROCEDIMIENTOS

1. El Cuidado Canguro se realizará a pie de incubadora/cuna por la madre o padre, procurando mantener la máxima privacidad y respeto.
2. La temperatura recomendada de la habitación es de 26 °C. Evitar colocar al niño cerca de la salida de aire acondicionado.
3. Proporcionar a la madre/padre silla adecuada, ancha, reclinable, con reposabrazos y reposapiés. Opcionalmente colocar almohada o cojín en la espalda de la madre.
4. Mantener una higiene adecuada de la zona que va a estar en contacto con el niño: ducha diaria en cuanto a la higiene de los pechos y lavado de manos y uñas en la Unidad. Evitar perfumes y colonias.
5. Recomendar a la madre vestir una blusa amplia de apertura frontal (sin sujetador) para facilitar el contacto piel-piel y el arropamiento del niño.
6. Cambiar modo de incubadora de servocontrol a T^a ambiental, para prevenir el enfriamiento de la incubadora durante la sesión de Cuidados Canguro.
7. El niño llevará puesto únicamente un pañal de una talla adecuada a su tamaño. En menores de 1000 gramos puede utilizarse como pañal una mascarilla quirúrgica y también en los "muy pequeños" es recomendable un gorrito.
8. Se colocará al niño en posición vertical en contacto piel-piel con los pechos de la madre y arropado con la blusa. Cubrir a ambos con una sábana que se retirará si la temperatura del niño > 37° C. En los niños < 1500 g la posición será menos vertical.
9. Mantener durante la sesión de Cuidados Canguro la misma monitorización (FC, FR, T^a, SatO₂) que tenía previamente, colocando los electrodos FC/FR en la espalda del niño.
10. La duración recomendable de las sesiones será de al menos una hora.
11. El número de sesiones diarias será en principio de 2, a las 12 horas y a las 18 horas. En todo caso dependerá de las disponibilidades tanto de la Unidad como de la familia.
12. Durante la sesión de Cuidados Canguro se procurará disminuir en lo posible los estímulos ambientales, disminuyendo la iluminación y evitando los ruidos innecesarios.
13. Interrumpir la sesión de Cuidados Canguro si el niño presenta desaturaciones, mal color o dificultad respiratoria.

ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS CANGURO

No es conveniente establecer normas fijas en cuanto a alimentación durante los Cuidados Canguro, pues deberemos individualizar en cada caso la estrategia más favorable en función de la actitud tanto del niño como de la madre. En los siguientes párrafos se exponen algunas orientaciones:

2.1. Cuidados Canguro y leche materna en los RNMBP

Muchos RNMBP “buscan” el pecho materno durante los Cuidados Canguro, esta experiencia de succión precoz, puede facilitar el desarrollo de succión efectiva y una transición más rápida de alimentación por sonda a pecho en niños que por su inmadurez serían incapaces de succionar el biberón.

En este grupo de niños, hasta que la succión efectiva esté bien desarrollada y para evitar estancamientos de la curva de peso la pauta recomendable sería permitir la succión durante los Cuidados Canguro y después de la sesión administrar por SNG la ración correspondiente de leche de la propia madre.

2.2. Cuidados Canguro y leche artificial en los RNMBP

En este grupo de niños puede administrarse la alimentación por SNG durante la sesión de Cuidados Canguro.

2.3. Cuidados Canguro en niños > 34 semanas y buena succión

Los niños alimentados con lactancia materna podrán tomar el pecho durante la sesión. Valorar la alimentación con jeringa en los niños en fase de transición Sonda a Pecho.

En caso de lactancia artificial podrá administrarse biberón durante los Cuidados Canguro.

DOCUMENTACIÓN

Todos los recién nacidos deberán ser convenientemente controlados durante las sesiones, con el objetivo de poder evaluar los beneficios de los Cuidados Canguro en nuestros niños.

Cada sesión tendrá un registro (hoja adjunta) donde se anotarán:

- Datos generales
- Constantes vitales: antes, durante y después de la sesión.
- Evaluación conductual: madre/niño durante los Cuidados Canguro.
- Tipo de alimentación durante la sesión
- Incidencias y comentarios a juicio del observador

