Alimentación del recién nacido

Osakidetza

Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD

Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza 2018

Internet: www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail: coordinacion@osakidetza.eus

Alimentación del recién nacido

Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente

Dirección de Asistencia Sanitaria

Grupo de trabajo

Edurne Altube Arabiurrutia. OSI Alto Deba

Itziar Aguirregomezkorta Garmendia. OSI Bajo Deba

Goia Anduaga Díez de Ulzurrun. OSI Donostialdea

Blanca Barrio Díez Caballero. OSI Araba

Mª Begoña Bilbao Markaida. Dirección General

Raquel Collazos Dorronsoro. OSI Araba

María García Franco. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Rebeca García Valverde. OSI Alto Deba

Gloria Gutiérrez de Terán Moreno. OSI Bilbao-Basurto

Katalina Legarra Pellicer. OSI Bajo Deba

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Maribel López García. OSI Bajo Deba

Rosa Masach Urestrilla. OSI Bilbao-Basurto

Enrique Peiró Callizo. Dirección General

B. Felisa Rodríguez Rodríguez. OSI Goierri-Alto Urola

Concha Tres San Juan. OSI Donostialdea

Mª José Trincado Aguinagalde. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

---

ILUSTRACIONES: EIDER EIBAR ZUGAZABEITIA

Índice

JUSTIFICACIÓN 7

INTRODUCCIÓN 8

OBJETIVOS 9

- Objetivos generales
- Objetivos específicos

DEFINICIONES 10

ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES 12

- Registro de Alimentación del RN
- Recomendaciones generales

1. EMBARAZO 16

- Primera consulta
- Consultas sucesivas
- Educación Maternal

2. PARTO 19

- Contacto piel con piel
- Lactancia materna
- Alimentación con fórmula

3. PUERPERIO HOSPITALARIO 21

- Alojamiento conjunto
- Lactancia materna
- Alimentación con fórmula
- Alta hospitalaria

4. PUERPERIO EN ATENCIÓN PRIMARIA 24

- Primera consulta telefónica tras el alta hospitalaria
- Primera consulta en Centro o domicilio
- Controles sucesivos

ANEXOS

ANEXO 1. Razones médicas aceptables para la alimentación con fórmula 29

ANEXO 2. Alimentación con fórmula 32

ANEXO 3. Contacto piel con piel del recién nacido con su madre 37

ANEXO 4. Técnica de lactancia- posiciones para amamantar 43

ANEXO 5. Signos de amamantamiento adecuado 53

ANEXO 6. Signos de agarre adecuado 55

ANEXO 7. El peso del recién nacido sano y la suplementación 56

ANEXO 8. Señales de hambre del bebé 60

ANEXO 9. Lactancia materna a demanda. Riesgos de la utilización del chupete 62

ANEXO 10. Dificultades más frecuentes 63

ANEXO 11. Extracción y conservación de la leche materna 70

ANEXO 12. Cohabitación y Colecho 83

INDICADORES 89

ABREVIATURAS 95

BIBLIOGRAFÍA 98

Justificación

La promoción de la Lactancia es una de las maneras más eficaces de mejorar la salud de nuestros hijos. Tiene también efectos beneficiosos para las madres, las familias, la comunidad, el sistema de salud, el medio ambiente, y la sociedad en general.

Las tasas bajas y el abandono precoz del amamantamiento acarrean considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos para las mujeres, los niños, la comunidad y el medio ambiente, que ocasionan un aumento de los gastos nacionales en salud y pueden incrementar las desigualdades en salud.

A pesar de la dificultad para interpretar los datos disponibles, está claro que las tasas actuales de inicio, exclusividad y duración del amamantamiento, en prácticamente todos los países del mundo, son bastante más bajas de las recomendadas.

El Plan de Salud del Departamento de Salud/Osakidetza 2013-2020 recoge entre sus objetivos prioritarios la promoción de la salud infantil mediante intervenciones integrales, apoyando a las familias en el proceso de crianza, como espacio y tiempo idóneo para las actividades de promoción de la vida saludable y prevención de las conductas de riesgo. Para conseguir este fin, una de las acciones planteadas es la de promocionar, proteger y apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna por sus beneficios para la salud tanto física como emocional, respetando la voluntad de la madre.

El propósito de este documento es informar y sensibilizar a todos los profesionales de la salud que atienden a padres y niños, tanto del ámbito de atención primaria como hospitalaria, de las mejores prácticas basadas en pruebas, para proteger, promover y apoyar la mejor alimentación para los lactantes y niños pequeños.

Las pautas establecidas en este protocolo tienen como objetivo evitar la variabilidad en la práctica clínica y la aparición de incidentes y/o eventos adversos, asegurando que todos los grupos de profesionales, independientemente de su nivel de responsabilidad y experiencia, trabajen con el mismo conjunto de recomendaciones basadas en pruebas.

Introducción

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño propone como recomendación de salud pública mundial que durante los primeros seis meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.

A partir de los 6 meses, con el fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, se introducirá a los lactantes alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad o hasta que la madre y el hijo/a así lo decidan.

La lactancia materna (LM) fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo del niño/a y le protege de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

La alimentación con leche materna es especialmente importante en los recién nacidos enfermos, pretérmino o con necesidades especiales, cuyas madres pueden precisar mayor apoyo en la instauración de la lactancia.

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres: reduce el riesgo de hemorragia y depresión postparto, ayuda a espaciar los embarazos y a largo plazo, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama y de osteoporosis. Además, la lactancia materna, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura y carece de riesgos para el medio ambiente.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo en el caso de algunas afecciones médicas.

Objetivos

• Objetivos generales

– Promover la lactancia materna como la forma fisiológica y normal de alimentación de los lactantes y niños/as pequeños en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

– Incrementar la proporción de niños/as amamantados en exclusividad durante los 6 primeros meses de vida.

– Incrementar la proporción de los niños/as que mantienen la lactancia materna hasta los 2 años.

• Objetivos específicos

– Unificar criterios de actuación profesional sobre la lactancia materna durante las diferentes fases del proceso embarazo, parto y crianza.

– Unificar criterios para informar a las madres y a sus familias sobre la importancia de la lactancia materna y proporcionarles conocimiento básico sobre su funcionamiento.

– Informar a las madres y a sus familias sobre los riesgos de no amamantar y los inconvenientes de la alimentación con fórmula.

– Ofrecer información, atención y apoyo a las familias en torno a la alimentación infantil basada en la evidencia científica.

Definiciones de lactancia materna

Interesa utilizar una terminología consensuada sobre el tipo de alimentación que reciben los lactantes y los niños pequeños para su registro en la historia clínica desde el nacimiento. La elección y utilización de la misma terminología, en todos los niveles asistenciales y durante todo el tiempo que dure la lactancia materna (LM), es primordial y debe permitir hacer comparaciones interinstitucionales en el País Vasco y también comparaciones con otras comunidades autónomas e internacionales.

Las siguientes definiciones se utilizarán en los registros de la actividad clínico asistencial, cuando se describa el tipo de lactancia:

1. **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** el lactante recibe únicamente leche materna directamente o extraída.
   - No ha recibido agua, zumo, infusiones ni ningún otro líquido o sólido.
   - Puede haber recibido medicamentos por vía oral o infusión ocasional (no con fines nutricionales) prescritos por su médico. También admite soluciones utilizadas para procedimientos dolorosos, que deben estar recogidas en protocolo y cuando no se cuente con la posibilidad de que la madre amamante durante el procedimiento.

     Corresponde al DPB ***Leche materna únicamente***

2. **Lactancia Materna Predominante (LMP):** el lactante ha recibido leche materna directamente o extraída y agua o infusiones hechas con agua y bebidas rituales puntuales.
   - Puede haber recibido medicamentos por vía oral o infusión ocasional (no con fines nutricionales) prescritos por su médico o soluciones utilizadas para procedimientos dolorosos cuando no se cuente con la presencia de la madre para amamantarle durante el procedimiento.
   - No ha recibido otros alimentos en puré o sólidos, ni leche de origen no humano.

     Corresponde al DPB ***Leche materna + agua, suero o infusiones***

3. **Lactancia Mixta (LMx):** el lactante recibe leche materna directamente o extraída y fórmula infantil. Puede recibir otros líquidos pero no alimentos sólidos o semisólidos.

   Corresponde al DPB ***Leche materna + leche artificial***

4. **Lactancia Materna (LM):** el lactante recibe leche materna y además puede recibir otros alimentos sólidos, semisólidos o líquidos, incluida la fórmula de alimentación infantil. Por lo tanto incluye la LME, LMP y LMx.

   Corresponde al DPB ***Leche materna + cualquier otro tipo de alimento***

5. **Lactancia artificial (LA):** el lactante no recibe leche materna y es alimentado con fórmula infantil.

   Corresponde al DPB ***Leche artificial únicamente***

6. **Suplementos.** Hace referencia a la administración al lactante antes de los 6 meses de vida de volúmenes de leche materna extraída y/o de fórmula, con el objetivo de asegurar una ingesta suficiente de forma temporal, hasta que se consiga una LME al pecho.

Asimismo, será necesario recoger en la historia clínica del lactante la introducción de otro tipo de alimentos. Como:

7. **Alimentación Complementaria (AC).** Introducción de sólidos, semisólidos y líquidos. El lactante recibe leche materna o fórmula e introduce en su alimentación alimentos sólidos, semisólidos, purés o jugos de frutas.

Estas definiciones permitirán obtener indicadores sobre prevalencia de:

- Lactancia Materna Exclusiva (LME)
- Lactancia Materna Completa (LMC) = (LME+LMP)
- Lactancia Materna (LM) = (LME+LMP+LMx), así como los lactantes que han iniciado la AC y continúan recibiendo leche materna.

Actuación de los profesionales

Para el registro de la alimentación del recién nacido en historia clínica informatizada, se cumplimentarán los siguientes formularios, en los ámbitos hospitalarios y de atención primaria:

1. Formulario plan de lactancia *(recoge la decisión sobre la alimentación que la embarazada ha decidido dar al RN)*

Plan de lactancia (elegir)	Observaciones
Leche materna únicamente	
Leche materna+leche artificial	
Leche artificial únicamente	
Sin decidir	

2. Formulario Tipo de lactancia + suplementación *(recoge la información sobre el tipo de lactancia que el RN ha tomado las 24h previas al registro, así como los aspectos relacionados con la suplementación con sucedáneos). Este formulario es el que debe cumplimentarse tanto en el hospital como en Atención Primaria mientras la lactancia no se encuentre bien instaurada:*

Tiene 4 DBP con diferentes opciones. Se cumplimentará en la Historia cínica de la madre y del RN.

Tipo de LACTANCIA y SUPLEMENTACIÓN (elegir una opción en cada DBP)	Observaciones
Tipo de lactancia	
Leche materna únicamente	
Leche materna+agua, suero o infusiones	
Leche materna+leche artificial	
Leche artificial únicamente	
Número de suplementos de sucedáneo	
Número entero	
Volumen sucedáneo en 24h	
En ml	
Indicación del suplemento de sucedáneo	
Profesional sanitario	
Decisión materna	

3. Formulario registro alimentación en HC del RN al alta *(recoge la información sobre el tipo de lactancia que el RN ha tomado las 24h previas al alta hospitalaria)*

Tipo de lactancia al alta hospitalaria (elegir)	Observaciones
Leche materna únicamente	
Leche materna+agua, suero o infusiones	
Leche materna+leche artificial	
Leche artificial únicamente	

4. Formulario de registro tras la valoración de una toma de lactancia materna

Se cumplimentará siempre tras la valoración de una toma.

Valoración de una toma (elegir una opción)	**Observaciones**
Estado de las mamas	
Normal	
Ingurgitada/edematosa	
Signos inflamación/infección	
Otros	
Anatomía de los pezones	
Protráctiles	
Planos	
Invertidos	
Estado de los pezones	
Normal	
Irritado/enrojecido	
Sensible/Doloroso	
Grietas	
Otros	
Postura de la madre	
Adecuada	
Se corrige	
Posición del lactante	
Adecuada	
Se corrige	

Valoración de una toma (elegir una opción)	**Observaciones**
Agarre	
Adecuado	
Se corrige	
Succión Adecuada	
Sí	
No	
Transferencia eficaz de leche	
Sí	
No	
Lactancia materna instauración	
Instaurándose sin dificultad	
Instaurándose con dificultad	
Instaurada	
Observaciones	

• Recomendaciones generales:

- Es responsabilidad de los profesionales de la salud proporcionar la mejor información basada en pruebas, independiente de intereses comerciales, y de este modo ayudar a los padres a tomar una decisión informada acerca de la alimentación de sus hijos/as.
- La educación sanitaria específicamente dedicada a la lactancia y los contactos individuales repetidos con profesionales de la salud competentes, son un modo efectivo de promover el inicio y de prolongar la duración del amamantamiento.
- Una vez realizada la actividad de la educación sanitaria, se entregará a la familia material educativo de refuerzo.
- Todas las intervenciones quedarán registradas en la Historia Clínica de la mujer y/o del niño/a.

1. Embarazo

• 1ª consulta del embarazo (matrona):

– Preguntar por la experiencia previa con la lactancia materna: duración, dificultades, mastitis…

– Valorar en la gestante aquellos aspectos que pueden incidir en la alimentación del recién nacido (RN) y en la LM, tales como: afecciones médicas, cirugía mamaria, consumo de tóxicos (medicamentos, alcohol, tabaco, drogas…) o mujeres con necesidades especiales, proporcionando información adecuada de forma individualizada. (Anexo 1)

• Consultas sucesivas (matrona/obstetra):

– Preguntar a la gestante sobre el tipo de alimentación que ha decidido dar a su hijo/a, después de que haya recibido información sobre la LM. Entregar *Guía para las madres que amamantan*, en soporte papel o vía web.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/disponible-el-documento-guia-para-las-madres-que-amamantan/r85-gkgnrl00/es/

– Reforzar la información y resolver las dudas en torno a la lactancia materna.

– Informar a las parejas que no puedan acudir a las sesiones de lactancia, sobre el contenido que se desarrolla en las mismas.

– Si el tipo de alimentación es con fórmula, se enseñará a las parejas la correcta preparación y administración de sucedáneos de la leche materna de forma individualizada. (Anexo 2).

– Hay que informar a las madres que opten por alimentación con fórmula, de la importancia del vínculo con sus bebés, de cómo aprovechar los periodos de alimentación para el contacto piel con piel y si es posible, de la conveniencia de no delegar la alimentación en otra persona que no sea su pareja.

• Educación maternal (matrona)

- Las sesiones sobre Lactancia Materna serán 2, incluidas en las sesiones de Educación Maternal/Paternal, con una duración de 2 horas cada una.
- En los grupos de educación prenatal, se ofrecerá educación sobre la alimentación con lactancia materna de los niños/as que incluya los siguientes puntos:
  - La importancia de la LM exclusiva durante los primeros seis meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años o más.
  - Riesgos de no amantar e inconvenientes de la alimentación con fórmula.
  - Fisiología de la lactancia.
  - La importancia del contacto piel con piel.
  - La posición y el agarre adecuados para mantener la LM.
  - Cómo reconocer una LM eficaz.
  - La importancia de la alimentación a demanda y cómo reconocer las señales de hambre.
  - Información sobre las tomas nocturnas y el sueño del bebé.
  - El uso adecuado de tetinas y chupetes.
  - Cómo detectar y resolver los problemas más frecuentes de lactancia.
  - El sueño del bebé amamantado, cohabitación, y la práctica del colecho de forma segura.
  - La importancia de la adecuación del descanso y el sueño materno a los del lactante.
  - Cómo tener más leche, cuándo son necesarios los suplementos, cómo suplementar con leche materna.
  - La extracción manual (cómo realizarla y su utilidad en la prevención y gestión de dificultades comunes de la lactancia).
  - Almacenamiento y conservación de la leche extraída.
  - La información sobre la ayuda disponible para la lactancia. Información sobre los grupos de apoyo a la lactancia de cada organización sanitaria.

- La LM fuera del hogar y las opciones para mantener la LM a la vuelta al trabajo. Apoyo a la mujer que trabaja y amamanta.
- La alimentación complementaria a partir de los 6 meses.
- Información sobre el Banco de Leche de Euskadi.
  bancolecheeuskadi@osakidetza.eus

No se realizarán actividades de educación relacionada con la alimentación con fórmula en las sesiones de educación maternal/paternal. Esta información se abordará de forma individualizada en las consultas de atención al embarazo para las mujeres que deciden alimentación con fórmula.

2. Parto

- La matrona confirmará la decisión tomada por la madre sobre la alimentación del recién nacido.
- Inmediatamente tras el nacimiento se iniciará el contacto piel con piel (CPP) durante 2 horas, previo consentimiento materno. (Anexo 3)

A. Lactancia Materna

- Apoyo y ayuda a la madre en la primera toma.
  - Durante el contacto inicial, el **bebé buscará y explorará el pecho** y finalmente encontrará el pezón y se agarrará a él para hacer su primera toma. No se debe forzar o acelerar tal acontecimiento pero sí ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda.

    Si fuera necesario se podrá sugerir y ayudar a la madre a colocarse en posición de crianza biológica para favorecer el agarre espontáneo. (Anexo 4)
  - Se observará la primera toma, evaluando una adecuada postura, posición, agarre y amamantamiento eficaz. No hay que intervenir si el amamantamiento va bien.
  - Se desconoce cuánto es el tiempo máximo que se puede esperar hasta que el RN realice la 1ª toma. Si durante la primera hora tras el nacimiento el RN no muestra signos de búsqueda y/o no se ha producido un agarre espontaneo del pezón, se aconseja que la matrona ofrezca apoyo y ayuda práctica, procurando interferir lo menos posible en la vinculación del RN con la madre.
  - Cuando se detecten posibles dificultades, los profesionales deben asesorar a las madres para mejorar su postura y/o la posición y el agarre de sus bebés y mostrarles cómo comprobar si se está haciendo correctamente. En estas situaciones se recomienda la técnica de “manos fuera”. La primera toma no debe finalizar antes de que el niño haya acabado de succionar y suelte el pezón. En el caso de que el RN no realice una primera toma en las dos primeras horas de vida,

se aconsejará a la madre mantener el CPP, se le informará de los signos precoces de hambre y se estimulará la extracción de calostro. (Anexos 4, 5, 6)

– Se informará a la mujer sobre la LM a demanda y se le recomendará ofrecer el pecho frecuentemente.

– Consideraciones:

  Hay pruebas sólidas de que la **analgesia farmacológica** durante el parto puede interferir con la búsqueda del pecho y la conducta del recién nacido.

B. Alimentación con fórmula

- Si la madre ha decidido la alimentación con formula, se iniciará durante las tres primeras horas desde el nacimiento.

3. Puerperio hospitalario

• Durante el ingreso

- La matrona y/o enfermera confirmará el tipo de alimentación del bebé.
- Seguimiento y control del peso del recién nacido. (Anexo 7)
- Garantizar el alojamiento conjunto:
  - Asesorar a las madres acerca de la crucial importancia de estar en la misma habitación que su hijo las 24 horas del día.
  - En el hospital el recién nacido debe colocarse en una cuna, en la misma habitación de la madre.
- Informar de los efectos positivos de establecer periodos de CPP con su bebé.
- Valoración tipo de lactancia y registro en historia clínica

A. Lactancia Materna

- Si al llegar a la planta el RN sigue al pecho, se facilitará la LM sin interrumpir el amamantamiento y posponiendo los cuidados a la madre y RN.
- Los recién nacidos deben tener acceso al amamantamiento sin restricciones, teniendo en cuenta que necesitan alimentarse con frecuencia, por lo que es normal que mamen entre 8 y 12 veces en 24 horas a partir del primer día de vida. El amamantamiento frecuente ayuda al establecimiento y mantenimiento de un adecuado suministro de leche. Es posible que algunos niños/as deseen mamar continuamente durante largos periodos y sus ciclos de sueño pueden ser muy variables.
- En las primeras 24 horas, se enseñará a las madres cómo reconocer y responder a las señales precoces de hambre de su hijo. (Anexo 8)

  En RN sanos, asintomáticos y sin riesgo de hipoglucemia, se sugiere observar y esperar a que se produzca el agarre espontáneo del pecho, favoreciendo el CPP y ofreciendo ayuda práctica a la madre. Además se

vigilará la aparición de signos y síntomas de alarma.

Aunque se desconoce cuál es el tiempo máximo que se puede esperar para que un RN se agarre al pecho, como norma general:

- Si el RN no ha realizado una toma dentro de las primeras 6 horas, se debe enseñar a la madre a extraerse el calostro manualmente y a dárselo a su bebé (ej: con un vaso, jeringa de alimentación, jeringa más sonda…); al mismo tiempo que se continua prestándole ayuda para mejorar la postura y el agarre. Importante tener en cuenta una buena higiene de manos.
- Si en las primeras 12 horas no se ha conseguido un amamantamiento adecuado, se debe volver a valorar la técnica y proporcionar apoyo en cada toma hasta que el problema se haya resuelto. Si las dificultades con el amamantamiento persisten el niño/a debe ser visto por un pediatra para excluir problemas médicos.

- Informar y reforzar los conocimientos sobre lactancia materna, lactancia materna a demanda, succión no nutritiva y riesgos del uso del chupete sobre la lactancia. (Anexo 9)
- Observación de la toma, proponiendo si es necesario posturas y posiciones para un correcto amamantamiento.
- Detección de dificultades que puedan aparecer durante la hospitalización.
- Ayuda y apoyo a la madre ante las posibles dificultades. (Anexo 10)
- Se mostrará a las madres cómo realizar la extracción y conservación de la leche. En el caso de que la madre y el RN deban permanecer separados por criterios clínicos, se garantizará la estimulación precoz de la LM, apoyada por el profesional sanitario. (Anexo 11)
- Reforzar y elogiar su decisión de amamantar.

B. Alimentación con fórmula

- Se les mostrará a las madres/parejas la preparación y administración correcta de la fórmula y las pautas y técnica de la alimentación. (Anexo 2)
- Recordar a las madres que opten por alimentación con fórmula, la importancia del vínculo con sus bebés y cómo aprovechar los periodos de

alimentación para el contacto piel con piel, y si es posible, no delegar la alimentación en otra persona que no sea su pareja.

• Alta hospitalaria

- Citación telefónica de la madre con la matrona en las primeras 24 horas tras del alta.
- Para las madres que dan lactancia materna:
  - El alta hospitalaria debe retrasarse mientras no se haya comprobado un amamantamiento eficaz o se garantice un seguimiento y apoyo profesional adecuado tras el alta.
  - Proporcionar información oral y escrita sobre los grupos apoyo a la lactancia disponibles en la OSI.
  - Proporcionar información oral y escrita sobre la actividad de los Grupos de Apoyo comunitarios cercanos.

4. Puerperio en Atención Primaria

• 1ª consulta telefónica tras el alta hospitalaria (matrona)

– Previa a la llamada telefónica se realizará la revisión de Hª clínica sobre el evolutivo hospitalario del proceso del parto, postparto, recién nacido y lactancia.

– Valorar durante la consulta telefónica:

- Tipo de alimentación del recién nacido.
- Número de tomas en las últimas 24 horas.
- Problemas como dolor, grietas, ingurgitación mamaria…
- Según las necesidades detectadas citar a la madre con el recién nacido en consulta de la matrona/domicilio antes de las 72 horas del alta hospitalaria.
- La mayoría de las dificultades detectadas en la lactancia en esta etapa, pueden ser resueltas fácilmente. Cuanto más se retrasa la primera visita es más difícil resolverlas.

• 1ª consulta en Centro o Domicilio (matrona)

– Confirmar con la madre el tipo de alimentación del recién nacido

– Valoración estado general RN, micciones/deposiciones, sueño/vigilia y peso si precisa.

– Reforzar o proporcionar información sobre, hábitos seguros, colecho. (Anexo 12)

A. Lactancia Materna

- Recordar las prácticas promotoras de la lactancia materna exclusiva (LME) y recomendarla hasta los 6 meses de edad.
- Valoración del estado general, mamas y lactancia.

- Observación de la toma:
  - Gran parte de las dificultades de la lactancia tales como los pezones doloridos, las grietas, la ingurgitación mamaria, los conductos obstruidos o la mastitis, pueden prevenirse con el amamantamiento a demanda y asegurando una postura y agarre correctos.
  - Asegurarse de que la postura y el agarre son correctos y la transferencia de leche es adecuada. (Anexo 5)
  - Es muy importante fortalecer al máximo la confianza de la madre en sí misma y reforzar sus conocimientos sobre la práctica del amamantamiento.
  - Detectar dificultades con la lactancia materna y ofrecer ayuda y apoyo para su resolución.
  - Hay que tener en cuenta que el abordaje de las dificultades debe realizarse de forma individualizada y que ninguna de ellas requiere la supresión de la lactancia. Muy raramente será necesaria su interrupción pasajera.

B. Alimentación con fórmula

- Recordar la preparación y administración correcta de la fórmula y la técnica y pautas de la alimentación. (Anexo 2)

• Controles sucesivos

- Apoyo a la lactancia materna exclusiva en las consultas de la matrona, pediatra y enfermera pediátrica.
- Valoración general del recién nacido.
- Coordinación entre los diferentes profesionales implicados en la atención de la madre y el RN.

A. Lactancia materna:

- Reforzar o proporcionar información sobre lactancia.
- Detección y abordaje de las dificultades que surjan mediante intervenciones promotoras de la lactancia.
- Observación de una toma si se cree necesario.

- Recomendaciones de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y la lactancia Materna durante los 2 primeros años o hasta que la madre y el niño/a lo deseen.

Apoyo e información a las madres

- Las madres que creen que el llanto y las tomas frecuentes de su hijo/a son debidos a leche insuficiente necesitan valoración, refuerzo y apoyo. Los episodios de aumento de la frecuencia de las tomas son normales, y constituyen un mecanismo regulador del vaciamiento y síntesis de leche para satisfacer las necesidades cambiantes del niño/a.
- Estos episodios coinciden a menudo con **aceleraciones normales del crecimiento** y, generalmente, todo lo que se necesita en estas situaciones es reforzar la confianza y ofrecer apoyo adicional.
- La lactancia **no se afecta** por la cantidad de líquidos que toma la madre, esta debe beber lo suficiente para satisfacer su sed. El agua y las frutas son las fuentes preferibles de líquidos.

B. Alimentación con fórmula

- Control y seguimiento de las pautas de alimentación.

Anexos

1

Anexo 1

RAZONES MÉDICAS ACEPTABLES PARA LA ALIMENTACIÓN CON FÓRMULA

Contraindicaciones absolutas de la LM

- **AFECCIONES INFANTILES**
  - Lactantes con galactosemia: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
  - Lactantes con deficiencia primaria congénita de lactasa.

- **AFECCIONES MATERNAS**
  - Madres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
  - Madres con infección del virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I y tipo II).
  - Madres consumidoras de drogas: cannabis, anfetaminas, cocaína, feniciclidina, LSD, heroína, consumidoras crónicas de alcohol…

  Las madres tratadas con Metadona hasta 20 mg diarios pueden dar LM.

- **MEDICAMENTOS**
  - Anticoagulante: Fenindiona. (Alternativa Warfarina).
  - Derivados del Ergot: Ergotamina, Bromocriptina, Carbegolina y Lisurida.
  - Antineoplásicos.
  - Psicofármacos: Anfetaminas
  - Yoduros, incluso tópicos.

Situaciones que requieren una valoración individualizada sobre la LM

• AFECCIONES INFANTILES

- Lactantes con enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce o leucinosis: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina. Dependiendo de la gravedad pueden alimentarse con lactancia materna parcial.
- Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

• AFECCIONES MATERNAS

- **Madres con TBC:** el bacilo de la TBC no se transmite por la leche, salvo que existan abscesos mamarios tuberculosos. Los fármacos de tratamiento de la TBC son compatibles con la LM.

    1. Si la madre ha sido diagnosticada 15 días antes del parto, comenzar tratamiento y retrasar 15 días LM con contacto madre/RN. Extraer leche para asegurar la producción. Si la madre no presenta lesiones en la mama, la leche puede administrarse al RN una vez extraída.
    2. Si la madre ha sido diagnosticada y tratada durante el embarazo o ya en el postparto, no suspender la LM.

       Es necesario realizar al lactante PPD y RX de tórax y administrarle quimioprofilaxis con isoniacida, teniendo en cuenta, en el ajuste de la dosis, que pasa a la leche en gran cantidad.

- **Herpes simple:** el virus se ha aislado en la leche materna. Evitar el contacto del lactante con las lesiones.
- **VHB:** LM + vacuna al RN en las 24h + inmunoglobulina.
- **VHA:** LM + inmunoglobulina.
- **Citomegalovirus:** se puede dar LM.
- **Brucelosis:** se transmite por la leche materna. Si se diagnostica y se trata durante el embarazo, se puede dar LM. Si se diagnostica tras el parto suspender hasta 48-72 horas tras el tratamiento.
- **Enfermedad de Lyme** (*espiroqueta Borrelia burgdorferi*). Se ha aislado en la leche materna. Si se diagnostica y trata durante el embarazo se puede dar LM. Si se diagnostica tras el parto valorar tratamiento a madre y RN.

- **Enfermedad de Chagas:** la transmisión por la leche materna es rara. Se aconseja pasteurizar la leche en la fase aguda.
- **Sífilis:** si lesiones cutáneas suspender LM.
- **Varicela:** no está justificada la separación de madre y lactante ni la interrupción de la lactancia. Si lactante inmunocomprometido o la varicela aparece 5 días antes del parto o 2 después, administrar inmunoglobulina antivaricela (o inmunoglobulina estándar en su defecto) y vigilar al RN.

  En el caso de Herpes Zóster evitar el contacto con las lesiones y extremar la higiene de manos.
- **Sarampión:** No separar y administrar la inmunoglobulina polivalente en los 6 días postexposición. En niños/as con más de 6 meses, si han pasado menos de 72h desde la exposición, vacunar.
- **Absceso mamario:** el amamantamiento debe continuar con el lado no afectado, pudiendo reanudarse con el pecho afectado una vez se ha iniciado el tratamiento, verificando que no exista drenaje de material purulento a la leche.
- **Tratamientos médicos** de la madre **incompatibles** con la lactancia materna y **que no pueden sustituirse** por un fármaco compatible.

Hábitos a evitar por la madre durante la LM

- Desaconsejar el **tabaco** y asesorar a las mujeres para buscar ayuda con el fin de abandonar o reducir al mínimo dicho consumo. Sin embargo, debe aclararse que el uso de tabaco no es una contraindicación para el amamantamiento. Debe advertirse a los padres del peligro del humo del tabaco para los fumadores pasivos particularmente si estos son lactantes o niños pequeños.
- Recomendar a las mujeres lactantes que eviten el **alcohol** explicándoles los riesgos que entraña para el desarrollo de bebé y los efectos adversos para el amamantamiento. Si ocasionalmente se consume alguna bebida alcohólica debe evitarse el amamantamiento en las 2 horas posteriores.

Enlaces en internet sobre medicación y lactancia materna:

www.e-lactancia.org

https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm

2

Anexo 2

ALIMENTACIÓN CON FÓRMULA

A las mujeres embarazadas que, después de recibir información acerca del amamantamiento, decidan alimentar a sus hijos/as con fórmula, se les debe proporcionar, individualmente, apoyo e información acerca de cómo hacerlo de forma segura y correcta.

Esto es también aplicable al pequeño número de mujeres para quienes el amamantamiento no es posible o está contraindicado y para aquellas que, por tener que incorporarse al trabajo fuera de casa antes de que sus hijos/as tengan 6 meses, no puedan continuar con el amamantamiento exclusivo (al pecho o con leche extraída) y necesiten suplementar la lactancia materna con fórmula cuando están separadas de sus hijos/as.

Al igual que la alimentación al pecho, el biberón debe darse favoreciendo el contacto piel con piel y el contacto visual.

Debe respetarse las características de cada niño/a, sus ciclos de sueño y su apetito en cada toma.

Cuando se vaya a administrar leche de fórmula, está deberá ser siempre tipo 1/Fórmula de inicio. Se deberá investigar sobre antecedentes familiares alérgicos de importancia. Si existen, se informará sobre el valor protector de la lactancia materna en estos casos. Si los padres solicitan fórmulas especiales (hidrolizado de proteínas) se consultará con el pediatra.

Riesgos de la decisión de no amamantar e inconvenientes de la alimentación con fórmula

- **Riesgos para el niño/a:**
  - Riesgo aumentado de varias enfermedades infecciosas, principalmente infecciones gastrointestinales y respiratorias pero también otitis, infecciones urinarias y otras infecciones generales.
  - Riesgo aumentado de varias enfermedades crónicas no infecciosas, sobre todo relacionadas con el metabolismo y los trastornos inmunitarios (ej.: diabetes tipo I y II, alergias) y además muerte súbita infantil, hipertensión y algunos tipos de cáncer (ej.: linfomas, leucemias, enfermedad de Hodgkin).

- Riesgo aumentado de malnutrición, incluyendo malnutrición calórico-proteica en las poblaciones de bajos ingresos económicos, y sobrepeso y obesidad tanto en las poblaciones de altos como de bajos ingresos, con todas sus consecuencias sanitarias, de desarrollo, sociales y económicas.
- Riesgo aumentado de mala oclusión dental.
- Riesgo aumentado de mortalidad postneonatal en lactantes y niño/as pequeño/as.
- Riesgo aumentado de hospitalización.
- Peores resultados en el desarrollo cerebral y en el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo.

- **Riesgos para la madre:**
  - Riesgo aumentado de sangrado posparto y más lenta involución uterina.
  - Reducción de los intervalos entre nacimientos y aumento de las pérdidas sanguíneas menstruales.
  - Retraso de la vuelta al peso preconcepcional.
  - Riesgo aumentado de cáncer de pecho y de ovario.
  - Riesgo aumentado de osteoporosis y de fractura de cadera después de la menopausia.
  - Riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular.

- **Otros perjuicios de la alimentación con fórmula para las mujeres, las familias y la comunidad:**
  - Aumento de los gastos por la compra de la leche artificial; la leche lista para usar es aún más cara que la leche en polvo.
  - Gastos para la adquisición de biberones, tetinas, combustible, agua, productos para la esterilización y equipamiento.
  - Tiempo necesario para la preparación.
  - Aumento de los gastos médicos para la familia y para los servicios sociales y de salud.
  - Aumento del absentismo laboral de los padres.
  - Balance nutricional negativo y significativas pérdidas económicas para el país.
  - Aumento de la cantidad de desechos y de consumo de energía con sus consecuentes resultados ambientales.

Todas las madres deben ser informadas de que:

- Las fórmulas en polvo no son un producto estéril; hay pruebas de contaminación intrínseca por bacterias potencialmente nocivas.
- También es posible la contaminación extrínseca durante el manejo, el almacenaje y la preparación de estos productos. Para reducir al mínimo estos riesgos, debe respetarse la máxima higiene.
- Las fórmulas líquidas listas para tomar, habitualmente comercializadas en botellas de un solo uso o en tetrabriks, son productos estériles. Sin embargo, pueden contaminarse con bacterias ambientales potencialmente nocivas después de su apertura o durante su manejo o administración. También en estos casos debe respetarse una higiene estricta para minimizar los riesgos.
- La leche no diluida de vaca (o de otros mamíferos), la leche condensada, la leche descremada o semidescremada o las adaptaciones caseras de éstas no deben ser usadas para niños menores de un año. Después del año, si se usa leche de vaca, ésta debe ser entera (con toda su grasa) y no descremada ni semidescremada. Estos productos no deben ser consumidos por niños menores de 2 años.

Procedimiento:

- La alimentación con fórmula, en aquellos casos en que sea la opción materna o esté indicada, se iniciará aproximadamente en las 3 primeras horas de vida si no hay otra indicación médica.
- Se debe respetar la demanda del recién nacido siempre que la ingesta diaria sea adecuada (7 – 8 tomas).
- Las cantidades a ofrecer son siempre orientativas y variarán según las necesidades individuales.

  Volumen orientativo por toma en nacidos a término de peso adecuado:

Primer día:	*10 – 15 ml*
Segundo día:	*20 ml*
Tercer día:	*30 ml*
Cuarto día:	*40 ml*
Quinto día:	*50 ml*
Sexto día:	*60 ml*

- Debe evitarse la sobrealimentación ya que puede originar malestar abdominal y regurgitación.
- Las cantidades de leche recomendadas en los envases son sólo orientativas, se debe seguir las recomendaciones del pediatra.

Preparación de la leche de fórmula en el ámbito doméstico:

Se recomiendan las siguientes prácticas para reconstituir, almacenar y alimentar a los niños/as con fórmula de inicio con el fin de reducir los riesgos de contaminación:

- Las medidas higiénicas estrictas son esenciales: lavado de manos con agua y jabón, asegurando la limpieza de los materiales, de la cocina y del utillaje.
- Usar envases libres de gérmenes. Si se limpian con agua caliente y jabón no es necesario esterilizarlos de forma sistemática. Si se quieren esterilizar hay dos formas de hacerlo:
  - Hervir en agua durante 10 -15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina.
  - Con un sistema de esterilización en frío u otros sistemas de esterilización homologados, siguiendo las instrucciones del producto.
- La presentación líquida es más segura en cuanto al riesgo de contaminación. Si se elige la presentación líquida, simplemente tendrá que echar en el biberón la cantidad que necesite el RN.
- Si se utiliza leche en polvo debe ser preparada para cada toma y administrarla inmediatamente. Se debe desechar la leche sobrante de cada toma.
- Es seguro utilizar agua del grifo en nuestra Comunidad, ya que hay un buen control sanitario del agua, y por ello no es necesario hervirla. Si se decide hervir el agua, será un máximo de un minuto para evitar la excesiva concentración de sales. También puede usarse agua embotellada con bajo contenido en sales (aptas para alimentación infantil).
- Se aconseja reconstituir la fórmula, con agua caliente (a 70ºC) para disminuir el riesgo de contaminación derivada de la leche en polvo, poniendo especial cuidado en evitar quemaduras. Es importante enfriar la fórmula reconstituida rápidamente (antes de 30 minutos) hasta la temperatura adecuada para su administración.
- Una vez que el biberón tenga la cantidad de agua deseada añadir un cacito raso de la leche en polvo por cada 30 cc de agua.
- Agitar el contenido hasta que la leche esté homogéneamente disuelta.

- No es necesario que la temperatura de la leche sea 36-37º. Se puede administrar a temperatura ambiente, según el gusto del bebé, sin que se altere por ello la calidad de la leche. Pero si se opta por calentar, evitar microondas, éstos no calientan los alimentos de forma uniforme y pueden producirse "bolsas calientes" capaces de quemar la boca del bebé. Mejor calentarla al baño maría.
- Comprobar siempre antes la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca.
- En el caso de que sea imprescindible preparar las tomas por adelantado, se prepara cada biberón por separado, enfriándolos rápidamente y almacenándolos en el frigorífico como máximo 24 horas a temperatura inferior a 5º, manteniendo en todo momento la cadena de frío.

Técnica para la administración:

- Las madres que alimentan con fórmula deben de ser ayudadas para maximizar el vínculo con su hijo/a (ej.: aprovechando los periodos de alimentación para el contacto íntimo, piel con piel con el niño/a, y si es posible, no delegar la alimentación del niño/a en otra persona que no sea el padre).
- El lactante debe tener hambre, estar totalmente despierto, caliente y seco.
- El agujero de la tetina debe tener un tamaño que permita que la leche salga lentamente.
- Antes de iniciar la administración de la fórmula, comprobar la temperatura de la leche dejando caer unas gotas en el dorso de la muñeca, para evitar el riesgo de quemaduras en la boca del niño/a.
- La posición de la madre y del bebé deben ser cómodas y administrar la toma sin prisas ni distracciones.
- Debe sostenerse al bebé en contacto físico, como si se le fuera a dar pecho. La cabeza del RN debe estar un poco más elevada que el resto del cuerpo. Debe mantenerse semirrecto durante las tomas, mirando a quien le alimenta. Esta técnica protege los oídos del lactante, con menos riesgo de que se atragante y facilita la deglución. Además favorece el contacto visual y la relación social durante las tomas.
- Ofrecer el biberón, comprobando que la tetina esté siempre llena de leche y no contenga aire.
- Desechar cualquier resto de fórmula después de cada toma.

http://www.who.int/es/

3

Anexo 3

CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP) DEL RECIÉN NACIDO (RN) CON SU MADRE

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación entre madre y RN ha aportado cobijo, calor, alimentación, estimulación y protección al lactante y ha permitido poner en marcha el proceso de apego y de vinculación.

Desde el punto de vista biológico, durante el postparto inmediato, el CPP representa el hábitat normal para el bebé y el amamantamiento es el comportamiento preparado para ese hábitat. Esto favorece su adaptación a la vida extrauterina y la lactancia materna.

Uno de los comportamientos esenciales para la supervivencia del RN es el amamantamiento; el bebé tiene los sentidos del gusto y el olfato desarrollados, y utiliza su capacidad motora y su olfato para reptar hacia el pecho materno. Cuando su madre le habla, reconoce la voz, moviendo la cabeza hacia el sonido y dirigiendo la mirada hacia ella.

Se denomina CPP, al contacto estrecho entre la madre y su RN, que es la forma biológica de comportamiento de la especie humana tras el nacimiento. Este contacto puede ser inmediato o precoz.

- El CPP inmediato: se refiere al que se pone en contacto piel con piel con su madre, nada más nacer.
- El CPP precoz: es aquel en el que tras una separación inicial, se pone al RN en contacto piel con piel con su madre, y en el caso de que no sea posible, con su pareja o persona que ella elija, dependiendo de cada caso.

El CPP se aconseja que sea inmediato con la madre, ininterrumpido y prolongado durante las dos primeras horas después del nacimiento. El RN se halla en un estado de alerta tranquila conocida como periodo sensitivo, en el cual sobrevienen acontecimientos claves que conllevan a la obtención de un desarrollo óptimo. Si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos, el proceso pueda alterarse.

El CPP, es una intervención sencilla que aumenta el bienestar físico, mental, emocional y social tanto de la madre como del RN.

OBJETIVO

Garantizar el CPP del RN a término y/o pretérmino que esté sano y estable, con su madre de forma inmediata, ininterrumpida y prolongada. En el caso de que no sea posible establecer el CPP con la madre se realizará con el padre o familiar cercano designado por la madre.

RESPONSABILIDAD

Los profesionales de la atención al parto son responsables de promocionar, mantener y controlar ese CPP, siendo la matrona la referente del proceso.

CONTACTO PIEL CON PIEL

Se realizará el CPP a:

- RN a término y pretérmino sanos y estables, independientemente del tipo de alimentación que la madre decida.
- En el caso de que la salud de la madre y/o del RN se vea afectada y ello obligue a separarlos, se deberá restablecer el CPP lo antes posible.
- Cuando el estado de salud de la madre no permita el CPP con su hijo-a, se ofrecerá la posibilidad de realizarlo al padre o la persona que la madre decida, iniciando el CPP con su madre cuando su estado de salud lo permita.

BENEFICIOS DEL CPP PARA EL RN

- Facilita el vínculo de apego con su madre.
- Disminuye el gasto energético y favorece la adaptación metabólica del RN.
  - Si se tiene la precaución de secar al RN nada más nacer, no solo no se enfría sino que se favorece su regulación térmica, ascendiendo la temperatura progresivamente.
  - Disminuye el riesgo de hipoglucemia.
  - El equilibrio ácido base se recupera antes.
  - Disminuyen las hormonas del estrés del bebé (↓ cortisol).
- Favorece la estabilidad cardiorrespiratoria.
- Permite la colonización del cuerpo del RN por microorganismos maternos.
- Los bebés lloran menos.
- El RN pone en marcha los reflejos de arraigo (búsqueda, succión,…), lo que favorece que se dirija hacia el pecho que reconoce por su color y olor, para engancharlo e iniciar la succión.
- La inmunidad del bebé mejora al cabo de 6 meses.
- Se estrechan los lazos afectivos, iniciándose los procesos de apego del bebé.

BENEFICIOS DEL CPP PARA LA MADRE

- Se estrechan los lazos afectivos, iniciándose la vinculación con su bebé.
- El contacto y la actitud del bebé provocan en la madre la secreción de oxitocina, lo que ayuda a la eyección del calostro, a la contracción uterina y al ser la hormona del comportamiento maternal ejerce un efecto antiestrés en la madre.
- Aumenta la confianza de la madre.
- La ansiedad materna disminuye.
- Al iniciar pronto la lactancia materna, hay menos ingurgitación mamaria.
- Aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna.

COMPORTAMIENTO DEL RN

Durante las dos primeras horas de vida, el RN se encuentra en un estado receptivo idóneo para establecer el CPP e iniciar la lactancia materna. Durante este periodo, el RN pasa por una primera fase de reactividad que dura unos 30 min., seguida de una fase de reposo con tendencia al sueño y a las bajas respuestas que llega hasta las dos horas de vida.

En este periodo receptivo, el RN atraviesa nueve fases de comportamiento:

1. Fase de llanto al nacer
2. Fase de relajación: El bebé descansa y se recupera. Sin actividad en boca, cabeza, brazos, piernas y cuerpo
3. Fase de despertar: Ligeros signos de actividad
4. Fase de actividad: Movimientos de la cabeza, de un lado hacia otro, arriba, abajo
5. Fase de gateo: Repta hacia los pechos de su madre
6. Fase de descanso: Con algo de actividad como succión de la mano
7. Fase de familiarización: El bebé alcanza la areola con su boca para empezar a chupar
8. Fase de succión del pecho: Introduce el pezón más parte de la areola en su boca para empezar a succionar
9. Fase de sueño: Después de ese período receptivo

Estas fases dan lugar a principios de óptima auto-regulación.

Este comportamiento es lo que estimula la respuesta cuidadora de la madre.

RECOMENDACIONES

- Mantener la temperatura ambiente entre 24 y 26º C.
- Tener paños, mantas/toallas y gorros templados.
- Presencia de los mínimos profesionales que garanticen la atención a la madre y recién nacido.
- Estar acompañada por la persona que la mujer decide durante la realización del CPP.
- Establecer un entorno que favorezca la confianza, tranquilidad y privacidad de la mujer, ambiente cálido, con poca luz, sin ruido, con música si lo desea.

PROCEDIMIENTO

- Informar a la madre antes del nacimiento de los beneficios del procedimiento y la posibilidad de realizarlo. Responder a sus dudas y respetar su decisión.
- La madre se colocará en posición de crianza biológica, semi-incorporada, posición que le permita interaccionar y mirar a su hijo/a.
- Inmediatamente después del nacimiento, si la madre y el RN se encuentran bien:
  - Colocar al RN desnudo directamente sobre la piel de la madre (pecho-abdomen), cubriéndole con un paño templado.
  - El RN se colocará en decúbito prono, con las extremidades abiertas y flexionadas y con la cabeza ladeada, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. No secar las manos ni la cara del RN, (para conservar el olor a líquido amniótico).
  - La madre secará al RN frotándole despacio sobre el cuerpo con el paño templado intentando no secarle la cara y las manos. Retirar el paño utilizado y cubrir a ambos con otro seco, sin sobrepasar los hombros del RN permitiendo el contacto visual.
  - Colocar al RN un gorro, dejándolo en CPP sobre el tórax desnudo de su madre, y permaneciendo juntos durante 2 horas (periodo receptivo del RN).
- Durante este periodo, el bebé va adquiriendo una coloración rosácea, dirige la mirada hacia la voz de su madre, permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, poniendo en marcha los reflejos de búsqueda, succión, dirigiéndose hacia la areola para realizar el agarre y la succión. Este proceso no debe forzarse, debe de ser espontáneo para favorecer la crianza biológica.

  Cuando la madre ofrece el pecho en posición de crianza biológica, la interacción que se establece entre madre y RN, permite la liberación de comportamientos instintivos maternos y estimula reflejos primitivos neonatales que facilitan el amamantamiento.
- Dependiendo del tipo de parto y medicación empleada durante la dilatación, el comportamiento del bebé, durante el periodo sensitivo, puede estar alterado y no dar señales de querer mamar. Hay que valorar y comprobar que todo esté bien para dejarlos en CPP con su madre y puede ser necesario facilitarles el acceso al pecho para iniciar la lactancia.
- Los cuidados al RN, necesarios en este periodo: valoración, identificación, recogida de muestra de sangre del cordón umbilical y desinfección, se realizarán

en CPP sin separarle de su madre y con la menor interferencia posible.

- Los cuidados del RN: peso, profilaxis ocular y antihemorrágica, pañal, se realizarán al finalizar el CPP, no sólo porque implican separación sino porque son maniobras estresantes que pueden interferir en la adaptación a la vida extrauterina del RN, contribuir a su desestabilización, alterar este proceso y puede disminuir la frecuencia de las tomas de la lactancia materna con éxito.

  La pomada oftálmica puede producir blefaroespasmos, lo que impide al RN mantener los ojos abiertos y ver bien a su madre y específicamente le dificulta poder dirigirse hacia el pecho materno.

- Si la opción de alimentación es la fórmula hay que tener en cuenta que las necesidades del RN de protección, calor y establecimiento del vínculo son las mismas, por lo cual se le mantendrá en CPP con su madre de igual manera.

- Los profesionales controlarán el bienestar de la madre y del RN, facilitando el confort.

- El CPP se mantendrá como mínimo durante las primeras dos horas de vida, teniendo en cuenta que no debe interrumpirse si se está produciendo la 1ª toma de LM, mientras el RN siga succionando.

- Después de dicho periodo, se procederá a trasladar a la planta de maternidad a la madre y al RN juntos en la cama, manteniendo la cabecera de la cama incorporada 30-45 grados para garantizar el contacto visual de la madre con el bebé durante el traslado.

Seguridad en el contacto piel con piel

– La madre debe estar acompañada por quien ella desee para garantizar la seguridad del RN. El acompañante puede ayudarla o incluso suplirla en la función de vigilancia del RN. Se les recordará la importancia de la no utilización en estos momentos del móvil y otros dispositivos que puedan servir de distracción.

– Los profesionales sanitarios informarán y enseñarán a la madre y acompañante como evitar que la nariz/boca del RN se obstruya durante el contacto piel con piel. Es fundamental que dicha información sea entendida.

  Se advertirá a los padres de los signos por los que deberán avisar al profesional: cambios de coloración, hipotonía, hipertonía y/o respiración irregular o ausente.

– Los profesionales valorarán el proceso de forma intermitente.

– Si la madre no dispone de acompañante, serán los profesionales los que deban asumir esta función, de no ser así, se suspenderá el CPP de forma transitoria, considerando además otros factores de riesgo adicionales (madre primípara, muy cansada, sedación, eventos perinatales).

4

Anexo 4

TÉCNICA DE LACTANCIA-POSICIONES PARA AMAMANTAR

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna dependen en gran medida de que la posición al colocar al niño/a sea la correcta.

Posturas y posiciones para amamantar

Lo habitual es pasar muchas horas al día amamantando, por ello es necesario que las madres encuentren posturas que les resulten confortables. Es aconsejable disponer de un sillón cómodo y de cojines y reposapiés que puedan facilitar la postura de la madre y la posición del recién nacido (RN).

Se puede amamantar en cualquier postura, y siempre se aconseja tener un buen apoyo para la zona lumbar y cervical. En el caso de que la madre amamante sentada, se aconseja que se encuentre recostada hacia atrás, evitando posturas encorvadas sobre el bebé.

Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, vaso de agua, etc....).

Posición del bebé al pecho

Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas.

Algunas posiciones pueden dificultar el amamantamiento, sobre todo los primeros días de vida. Sin embargo no debemos corregir posiciones que no generen dificultades.

En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el agarre del bebe al pecho, así como su succión, sean correctos, con la boca bien abierta, los labios evertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho.

Los bebés nacen con un fuerte instinto de supervivencia, y se apartan con decisión de cualquier cosa que les obstruya las vías aéreas. De hecho, cuando un bebé está resfriado y la mucosidad retenida en la nariz le impide respirar por ésta, se aparta del pecho echando la cabeza hacia atrás por no poder mamar y respirar por la boca al mismo tiempo. No es necesario pinzar el pecho con los dedos ni apartar la nariz del bebé. La característica *naricilla chata* de los bebés les permite respirar por los orificios nasales aunque tengan el rostro literalmente pegado al pecho materno.

El agarre espontáneo y la postura de crianza biológica®

Igual que todas las demás crías de mamíferos los bebés son capaces de alcanzar el pecho y mamar por sí mismos correctamente si se les permite.

Todo fluye mejor cuando no se siguen técnicas y se deja que todo surja de modo espontáneo. Para ello, la madre debe estar semi-acostada o sentada con la espalda reclinada hacia atrás, y colocar el bebé boca abajo sobre ella, con la cabeza situada entre sus pechos descubiertos. El cuerpo del bebé estará en estrecho contacto con el de su madre. Cuando la madre está acostada, el peso del recién nacido descansa sobre su cuerpo y resulta más fácil mantener ese contacto estrecho que facilita la puesta en marcha de los reflejos del lactante.

Esta posición permite que el bebé cabecee, busque y escoja un pecho y golpee repetidamente con la barbilla hasta engancharse solo. Puede tardar entre 10 y 60 minutos si acaba de nacer, y menos de 10 minutos si ya lleva tiempo mamando.

En ocasiones, el tamaño y forma del pecho pueden dificultar el proceso. Si este es el caso, la madre puede realizar un agarre dirigido sujetando el pecho entre los dedos pulgar e índice, como si se tratara de un sándwich.

Sandwich horizontal

Sandwich vertical

La postura de *crianza biológica*, también conocida como postura ventral, en contacto directo cuerpo a cuerpo, es la que adoptan instintivamente todas las crías de primates para mamar. Se ha comprobado que los bebés humanos pueden mamar con eficacia y sin dañar a su madre en esta posición aunque tengan alguna limitación mecánica de la succión.

La postura de crianza biológica completa descrita, semi-acostada con el respaldo a 15 – 64 º de la horizontal, en el contacto piel con piel, es la postura recomendada en las primeras horas de vida del recién nacido.

Otras posturas y posiciones

Aunque lo más habitual es que la madre amamante sentada o acostada con el bebé frente a ella, son muchas las posturas y posiciones a las que se puede llegar a recurrir:

- **Postura estirada – Posición estirado**
  Postura acostada de lado (en paralelo):

  Estas posturas y posiciones son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Se colocan tanto la madre como el bebé en decúbito lateral frente a frente, con la nariz o el labio superior a la altura del pezón, para favorecer el agarre espontaneo. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.

También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.

- **Postura estirada – Posición estirado**
  Postura acostada de lado a la inversa (en paralelo inverso):

  En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura a *cuatro patas*, en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho.

- **Postura sentada – Posición estirado**
  Posición de cuna:

  El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho, la cabeza y el cuello apoyan en el antebrazo (no en el codo) y la mano de la madre en la espalda del bebé sin llegar a sujetar la nalga. Es la más habitual.

- **Posición de cuna-cruzada:**

  Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre. En este caso la madre sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el brazo y la mano contraria al pecho que ofrece. Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

Asimismo es útil cuando es necesario dirigir el agarre.

- **Postura sentada – Posición de Rugby:**

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda. La madre sostiene al RN sobre el antebrazo y mano del mismo lado del pecho que ofrece.

Esta posición es muy útil para madres con cesárea, amamantar a gemelos simultáneamente o en mujeres con mamas grandes. También es útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésa.

Tanto la posición estirada como la de Rugby funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

- **Postura sentada – Posición caballito. Posición de DANCER:**

En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.

Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas y para bebés hipotónicos.

- **Postura en cuadrupedia – Posición boca arriba:**

  Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario.

  Sin embargo, se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos. Se trata de poner la barbilla del bebé en la zona de la obstrucción, lo que también se puede conseguir en la posición de paralelo inverso.

Cómo colocar el bebé al pecho

1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
2. Se acerca el bebé al pecho. El pecho no ha de ir hacia el bebé, es el niño/a el que va hacia el pecho.
3. Se coloca al bebé perpendicular a la orientación del pezón.
4. Se enfoca nariz – pezón.
5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
6. Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
7. Madre e hijo han de quedar cuerpo contra cuerpo.
8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
9. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.

Es conveniente que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte hacia arriba en dirección a su paladar facilitando el agarre, de forma que una buena porción de areola descanse sobre la lengua que apoya en el maxilar y labio inferior.

A tener en cuenta

La posición del bebé al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia. Todas las posiciones descritas anteriormente son propias de RN con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los lactantes de más edad pueden mamar cómodamente en otras posiciones.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre-hijo/a, sino que cada binomio tendrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

La lactancia materna es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo/a. Por un lado la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de la hormona oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del bebé han de ser correctas y la lengua tiene que tener total movilidad.

Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de todos los conductos del pecho y previene la aparición de obstrucciones y mastitis.

La lactancia materna no es un proceso totalmente instintivo en el ser humano sino que precisa de un aprendizaje social. Ver a otras madres amamantar correctamente a sus hijos/as facilita a la nueva madre que su propio bebé mame en la posición adecuada.

Se ha observado que, cuando en el mismo momento de nacer (antes de lavarlo, pesarlo, practicar profilaxis oftálmica o cualquier otra maniobra; a veces incluso antes de cortar el cordón) un RN es colocado desnudo sobre el cuerpo desnudo de su madre, y se le deja con ella durante dos horas sin interrupciones, casi todos los bebés se arrastran por si mismos hacia el pecho, localizan el pezón y maman de forma espontánea en posición correcta, en un momento variable entre unos 20 minutos y algo más de una hora después del parto.

- Los **factores que favorecen** la posición correcta del bebé al pecho son:
  - Una buena información de la madre.
  - El inicio temprano de la lactancia materna.
  - Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el Síndrome de Confusión de Pezón, hasta que la lactancia esté bien instaurada o después del primer mes de vida.
  - Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

- Los signos y síntomas de un **Síndrome de Posición Inadecuada** pueden ser:
  - Mejillas hundidas, succión rápida y ruidosa, movimientos periorales.
  - Dolor y grietas en los pezones.

- No soltar el pecho por si mismo.
- Ingurgitación, a veces mastitis.
- Reflejo de eyección intenso y repetido.
- Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
- Vómitos y regurgitaciones.
- Escaso aumento de peso.
- Tomas frecuentes y prolongadas. Las tomas de más de una hora que casi se continúan unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del bebé observando una toma.

• Los signos de un **Síndrome de Confusión de Pezón** debido a la interferencia de chupetes y biberones pueden ser:

  - El bebé se *pelea* con el pecho en algunas tomas, parece nervioso, confundido y acaba agarrándose correctamente después de un rato que parece que no lo consigue. Es posible que al principio lo haga sólo en alguna toma, pero si la interferencia con tetina sigue, lo normal es que acabe haciéndolo en todas las tomas y que incluso en algunas no logre cogerse al pecho, hasta que deje de mamar por completo.
  - Cuando se agarra la boca del bebé está muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no la areola.
  - La posición y movimientos de la lengua difieren, el bebé tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo.

Algunos factores físicos, tanto por parte del bebé (frenillo lingual corto, retrognatia,….) como de la madre (tamaño y orientación del pecho o el pezón,…) pueden dificultar un correcto agarre del bebé al pecho. En algunos casos habrá que intervenir externamente, en otros es posible que el problema sólo se dé en según que posiciones. Si éste es el caso será cuestión de identificar qué posición es la más adecuada en ese binomio madre-hijo/a.

Los pezones planos o invertidos no tienen por qué ser un obstáculo para un correcto agarre, ya que el bebé mama de la areola, no del pezón.

Hacer la *pinza* o sea sujetar el pecho entre los dedos índice y corazón, puede ser factor

de riesgo para un mal agarre y succión, ya que impide al bebé abarcar bien el pecho con la boca. También puede aumentar el riesgo de obstrucciones. Si hubiera que sujetar el pecho con una mano, mejor hacerlo con el pulgar y el índice colocados en *forma de C*, por encima y por debajo de la areola y sin comprimir el pecho o sujetar el pecho en forma de "taza de café". En todos los casos la mano de la madre no debe colocarse en el espacio areola-pezón para facilitar el agarre del bebé.

Si se detecta una posición o succión inadecuada se debe reconducir hasta conseguir una lactancia materna exitosa y satisfactoria. Para ello se debe proporcionar a la madre la información y el apoyo adecuados.

5

Anexo 5

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
Postura de la madre y posición del bebé	
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinados hacia el bebé
Bebé en estrecho contacto con su madre	Bebé lejos del cuerpo de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho	Cabeza y cuello del bebé girados
La barbilla del bebé toca el pecho	La barbilla del bebé no toca el pecho
Cuerpo del bebé bien sujeto	Sólo se sujetan la cabeza y el cuello de bebé
El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón	El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón
Contacto visual entre la madre y el bebé	No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
Boca bien abierta	Boca poco abierta
Labio superior e inferior evertidos	Labios apretados o invertidos
La lengua rodea el pezón y la areola	No se ve la lengua
Mejillas llenas y redondeadas al mamar	Mejillas hundidas al mamar
Más areola visible por encima del labio superior	Más areola por debajo del labio inferior
Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas	Movimientos de succión superficiales y rápidos
Puede verse u oírse al bebé tragar la leche	Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
Signos de trasferencia eficaz de leche	
Humedad alrededor de la boca del bebé	Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente
El pecho se ablanda progresivamente	La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón
Sale leche del otro pecho	El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido
La madre nota signos de reflejo de eyección	La madre no refiere signos del reflejo de eyección
El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	La madre ha de retirar al bebé del pecho

6

Anexo 6

SIGNOS DE AGARRE ADECUADO

AGARRE CORRECTO	AGARRE INCORRECTO
El bebé tiene la totalidad del pezón buena porción de la areola dentro de su boca	El bebé tiene en su boca solo el pezón
Las mejillas del bebé están infladas hacia fuera	Las mejillas del bebé están hundidas
El labio inferior del bebé está evertido hacia afuera	
Cuando el bebé succiona, se observa actividad en la sien y en la oreja	Se observa actividad en las mejillas y el sonido de *chasquidos*
Se escucha ruido cuando traga leche	No se escucha ruido de la ingesta de leche

7

Anexo 7

EL PESO EN EL RN SANO Y LA SUPLEMENTACIÓN

- Existe una **pérdida de peso neonatal** fisiológica, debida a la eliminación del meconio, del exceso de fluidos y de la escasa ingesta, normal los primeros días de vida. La máxima pérdida de peso tiene lugar entre los 48-72 h

  – Es importante informar a las madres de que el calostro, aunque es escaso es suficiente para cubrir las necesidades de los RN sanos, así como ofrecerles apoyo en los inicios de la lactancia para aumentar su autoconfianza.

  – Con un adecuado apoyo a la lactancia materna exclusiva, la pérdida de peso neonatal se minimiza y la recuperación comienza, por término medio, al 4º-5º día, completándose generalmente entre el 10º y el 15º días. El 97% de los RN han recuperado su peso al nacimiento a los 21 días.

  – Alrededor del 3% de los recién nacidos a término pierden más del 10% de peso y precisan una cuidadosa observación y apoyo para mejorar la frecuencia y la eficacia del amamantamiento.

    Pueden necesitar también ser vistos por un pediatra para descartar causas médicas que pudieran estar relacionadas con tal pérdida de peso. Solamente una pequeña minoría de estos niños precisará suplementación con leche de fórmula para evitar la pérdida excesiva de peso y/o la deshidratación hipernatrémica.

- Si la ganancia ponderal es inadecuada los profesionales deben valorar posibles problemas de salud y establecer las siguientes actuaciones:

  – Valorar establecimiento de la lactogénesis 2.

  – Aconsejar aumentar el número de tomas.

  – Supervisar y corregir el agarre, si procede.

  – Controlar el número de pañales mojados al día (no menos de 4).

  – Valorar la ingesta de líquidos, de la madre.

  – La Asociación Española de Pediatría recomienda una ganancia ponderal aproximada durante las 6 primeras semanas de 20-30 gr/día, considerando que la valoración del crecimiento ha de realizarse de forma continua y teniendo en

cuenta los estándares de crecimiento de la OMS que incluyen tablas de velocidad de incremento de peso, según sexo y peso al nacimiento.

https://ihan.es/cd/graficas.html

- Los recién nacidos a término sanos no deben recibir **suplementos** de fórmula, ni ningún otro líquido, a no ser que esté médicamente indicado. Ofrecer suplementos que no estén médicamente indicados puede quebrantar la autoconfianza de la madre en su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales del RN.
- En el caso de que la suplementación esté médicamente indicada, se debe comenzar por suplementar con la leche extraída de la propia madre, para lo que se le ofrecerá instrucción y apoyo en la técnica de extracción manual o mecánica de la leche. (Anexo 11).
- En el caso de suplementación con fórmula, que no esté médicamente indicada, debe obtenerse el **consentimiento informado** verbal de la madre, y se preparará y administrará según pautas de alimentación con fórmula. (Anexo 2).
- Antes de la administración de un suplemento de fórmula a un recién nacido debe supervisarse una toma, ofrecer ayuda práctica a la madre para la adecuada técnica del amamantamiento, determinar si es posible suplementar con leche materna y registrar en Historia neonatal.
- **Toda suplementación debe quedar registrada**, incluyendo tipo de líquido administrado (leche materna, fórmula estándar de inicio o hidrolizada), volumen, modo de administración e indicación.
- Los volúmenes de fórmula administrada como suplemento deben adecuarse a la edad del bebé, teniendo en cuenta las necesidades del RN y el impacto potencial del suplemento sobre la instauración y/o el mantenimiento de la lactancia materna.

Administración de la suplementación

- Cuando sea necesario administrar suplementos a los recién nacidos se utilizarán vasitos, jeringas o cucharas. Se evitará la administración de suplementos con biberón a los RN hasta que no esté instaurada adecuadamente la lactancia materna.
- Se enseñará a las madres y padres la técnica de administración correcta de los suplementos.

SITUACIONES QUE REQUIEREN MAYOR APOYO Y SEGUIMIENTO DE LA LM PERO NO REQUIEREN SUPLEMENTACIÓN

- Niño adormilado que mama menos de 4-5 veces al día las primeras 48 horas, con pérdida de peso menor del 7% y sin signos de enfermedad.
  - Incrementar el tiempo de CPP
  - Aprovechar los momentos de vigilia para ofrecer el pecho

- RN sano, a término, con peso adecuado a la edad gestacional, con ictericia no hemolítica y con niveles de bilirrubina menor de 18 mg/dl después de 72h, que se está alimentando bien, con deposiciones adecuadas y con pérdida de peso menor 7%.
  - Amamantar con frecuencia.

    En este tipo de ictericia, el inicio precoz y las tomas frecuentes disminuyen su intensidad, duración y necesidad de fototerapia.

- RN que demanda constantemente y/o que está más molesto por las noches, pero que tiene un agarre adecuado.
  - Amamantar a demanda

- Madre cansada.
  - Facilitar el descanso.

  En estos casos:
  - Valoración conjunta de la diada madre – hijo/a
  - Observación de una toma
  - Recomendar el CPP
  - Educación a la madre y a la familia y apoyo en las tomas

SITUACIONES QUE DEBEN SER VALORADAS POR EL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE ANTES DE INICIAR LA SUPLEMENTACIÓN

- Signos de enfermedad asociados a escasa ingesta.
- Niños/as con mala adaptación metabólica refrendada por prueba de laboratorio.
- Evidencia clínica y de laboratorio de deshidratación.
- Enfermedades maternas o infantiles graves.
- Pérdida de peso en torno al 10% acompañada de retraso en la instauración adecuada del amamantamiento.
- Retraso en la lactogénesis 2 (más de 5 días).
- Retraso en la expulsión de meconio (más de 5 días).
- Hiperbilirrubinemia.
- Patología y/o cirugía mamaria que compromete la producción de leche.
- Dolor intolerable de la madre al amamantar.
- Ausencia de la madre.
- Insuficiencia glandular (primaria o secundaria a cirugía).

8

Anexo 8

SEÑALES DE HAMBRE DEL BEBÉ

Los bebés deben ser alimentados cuando muestren señales de hambre. Hay que tener en cuenta que el llanto es un indicador tardío de hambre y los bebés muestran otros signos antes de empezar a llorar, por lo que es muy importante enseñar a los padres a reconocer estas señales precoces para que inicien la alimentación.

Si la madre es capaz de reconocer los signos tempranos de hambre, la lactancia será más fácil. Si el bebé se pone al pecho tan pronto como muestra signos de hambre tendrá más paciencia para intentar agarrar el pecho, sobre todo si tiene problemas de agarre.

Señales tempranas de hambre:

- Aumento de la alerta o actividad.
- Movimientos rápidos de los ojos.
- Movimientos de hociqueo o búsqueda.
- Gorjeos suaves, suspiros.
- El bebé empieza a lamerse los labios y/o hace chasquidos con la lengua. Se lleva la mano a la boca y la chupetea.
- El bebé abre y cierra la boca.
- El bebé se succiona los labios, la lengua, las manos, los dedos, los juguetes o la ropa.
- El bebé saca la lengua y comienza su reflejo de búsqueda (cuando mira hacia los lados a veces buscando en el pecho de quien lo lleva).
- Si alguien lo tiene en brazos, el bebé se intenta posicionar para una toma, ya sea recostándose o tirando de la ropa de la persona que lo lleva.

Señales intermedias de hambre:

- El bebé se mueve mucho de un lado a otro.
- El bebé se golpea o golpea a la persona que lo tiene en brazos.
- El bebé empieza a quejarse y/o comienza a respirar rápidamente

Señales tardías de hambre:

- El bebé mueve la cabeza frenéticamente de un lado a otro.
- Llanto.

En estos casos antes de colocar al pecho al bebé, se le calmará.

9

Anexo 9

LACTANCIA MATERNA A DEMANDA. RIESGOS DE LA UTILIZACIÓN DEL CHUPETE

- Se debe informar y reforzar los conocimientos de los padres sobre:
  - La importancia del amamantamiento a demanda del lactante.
  - La postura y el agarre correcto de su hijo/a al pecho y cuáles son los signos que lo confirman.
  - El patrón normal de pérdida inicial y la posterior ganancia de peso, así como el número de pañales mojados, hacen suponer una ingesta adecuada de leche cuando la lactancia materna es exclusiva.

  - Es completamente normal que el recién nacido mame 8-12 veces en 24 horas (a partir del 1er día de vida); el amamantamiento frecuente ayuda al establecimiento y mantenimiento de un adecuado suministro de leche. Es posible que algunos niños deseen mamar continuamente durante largos periodos y sus ciclos de sueño pueden ser muy variables.
  - Los recién nacidos a término sanos amamantados **no necesitan usar chupete**; no hay pruebas de que su uso durante el primer mes de vida aporte ningún beneficio. El uso del chupete en los primeros días o semanas puede ser la causa del Síndrome de Confusión del pezón e incluso, de falta de ganancia de peso. No debe ofrecerse tetinas ni chupetes a los RN amamantados hasta que la LM esté bien instaurada.
  - Es normal la **succión no nutritiva** y que el niño/a tome el pecho para confortarse.

10 Anexo 10

DIFICULTADES MÁS FRECUENTES

Pezón plano o invertido:

- La forma y el tamaño del pezón no suelen representar un problema para la lactancia, aunque a veces se necesita ayuda durante los primeros días para que el bebé se agarre al pecho.
- En la mayoría de las ocasiones se trata de **pezones planos** pero elásticos, que pueden estirarse al agarrarlos con los dedos y tirar un poco hacia fuera. Conviene explicar a la madre que tiene que esperar a que el bebé abra mucho la boca y agarre así un buen *bocado* de pecho (pezón y areola). De esta forma, al iniciar la succión el bebé crea un vacío y el pezón va saliendo poco a poco.
- Cuando se trata de un **pezón invertido** *verdadero*, no protráctil es más difícil conseguir que el niño se agarre bien, pero no imposible.

  En algunos casos se consigue que el bebé aprenda a agarrarse y vaya formando algo de pezón, en otros antes de ponerle al pecho, puede ser necesario, extraer el pezón utilizando jeringa, sacaleches o estiramientos. En otros la lactancia no es posible directamente al pecho y es necesario recurrir al sacaleches para vaciar los pechos y ofrecerle después la leche extraída al bebé por el método que se prefiera.

El CPP, la postura de crianza biológica y el agarre dirigido pueden favorecer el enganche al pecho. El uso de pezoneras finas de silicona puede ser útil en algunos casos difíciles en los que el bebé es incapaz de agarrar el pecho de cualquier otro modo. **Antes de aconsejar la utilización de pezoneras debe ofrecerse a la madre información y apoyo para el agarre directo**. En el caso de que se indique la utilización de las pezoneras se explicará a la madre su uso y se realizará un seguimiento de la lactancia con la pezonera, intentando su retirada tan pronto como sea posible. Es importante lavar con agua y jabón y secar las pezoneras antes de guardarlas entre las tomas.

Ingurgitación mamaria (inflamación del pecho)

- Ocurre cuando la glándula mamaria se inflama y se produce más leche de la que

el lactante extrae, aumentando ambos pechos de tamaño y provocando dolor. Además puede producirse un edema subareolar que dificulte el agarre del RN. Esto suele ocurrir al comienzo de la lactancia con la lactogenesis 2. Se da más frecuentemente en el primer hijo, y cuando se amamanta al bebé con horarios rígidos y pocas tomas al día o se le ofrecen suplementos de suero o fórmulas infantiles. La ingurgitación es mucho menos frecuente cuando se favorece el CPP, el bebé se pone al pecho desde el primer momento tras el nacimiento y muy a menudo en los primeros días.

- El CPP, el apoyo a la madre en la utilización de una técnica correcta para amamantar y evitar la interferencia de tetinas y chupetes previene la ingurgitación mamaria.
- Se aconsejará:
  - Un correcto vaciado de los pechos con tomas frecuentes.
  - CPP antes de la toma.
  - Aplicación de frio local seco entre tomas para aliviar la sensación dolorosa y la inflamación, evitando el complejo areola pezón y calor suave antes de la toma, ya que favorece el reflejo de eyección.
  - Realización de la presión inversa suavizante (PIS) en los casos de edema para aliviar la zona periareolar y facilitar el agarre del bebé al pecho.
  - Masaje delicado del pecho.
  - Ayudaremos a la madre a relajarse y reforzar su confianza.
  - Si no se pudiera conseguir un agarre directo con el bebé, extracción manual preferentemente, o si no, extracción mecánica.
  - Recomendar ibuprofeno si no existe contraindicación, para el alivio del dolor e inflamación mamaria.

Presión inversa suavizante según Jean Cotterman

Se trata de una técnica sencilla y útil para aliviar la congestión subareolar en el caso del edema que afecta al complejo areola pezón, ya que disminuye la tensión de la zona y facilita el agarre del RN.

Puede realizarla un profesional de la salud o la propia madre aplicando presión desde la base del pezón sobre la areola, en un radio de 2-4cm. La postura recostada de la madre favorece la técnica y el agarre.

La presión ha de realizarse antes de la toma, en dirección al tórax, de forma mantenida durante 60 segundos sin causar dolor y debe repetirse hasta conseguir que el edema disminuya permitiendo el agarre o la extracción manual de la leche. Se puede efectuar esta técnica tantas veces como sea necesario hasta la solución del problema.

En las imágenes se muestra cómo colocar los dedos. La técnica debe realizarse con las manos limpias y las uñas recortadas.

Cuando la madre se realiza la técnica también puede utilizar las puntas de los 5 dedos colocadas sobre la base del pezón para ejercer la presión.

Grietas o fisuras de pezón

- Las grietas generalmente aparecen al mamar sólo del pezón, en lugar de agarrar gran parte de la areola.
- Al ser un problema *mecánico* es inútil intentar prevenir las grietas o heridas en los pezones durante el embarazo con cremas o con masajes.
- Se recomendará:
  - Seguir una higiene personal adecuada especificando que no es conveniente lavarse el pecho antes de cada toma e incidiendo en la higiene de manos.
  - Examinar el agarre al pecho comprobando signos de buen agarre (Anexo 6)
  - Probar diferentes posiciones de la madre y el bebé.
  - Observar la boca del bebé para descartar un agarre inadecuado o la presencia de anquiloglosia.
  - No deben utilizarse cremas que requieran ser retiradas antes de la toma.

Mastitis

- La **mastitis** consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección.
- La mastitis no infecciosa se presenta como consecuencia de una retención de leche no resuelta.
- El cuadro puede evolucionar a una *mastitis infecciosa,* ya que la retención de leche favorece el crecimiento bacteriano. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afecto.
- En ocasiones se presenta un dolor lacerante como *agujas que se clavan hacia dentro del pecho* por inflamación de los conductos galactóforos.
- La mastitis aguda se acompaña de síntomas generales similares a los de un *cuadro gripal*: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.
- A veces, si no se trata adecuadamente, el cuadro puede evolucionar a un abceso mamario que puede requerir drenaje. En ningún caso es necesario suspender la lactancia, si bien puede ser conveniente evitar las tomas del pecho enfermo si el absceso drena a los conductos galactóforos, hasta la curación.

Si nos encontramos con una *mastitis sin infección*, se aconsejará:

- Un correcto drenaje del pecho con tomas frecuentes con succión directa y si no fuera posible extracción manual o mecánica. (Anexo 11)
- CPP y cambios posturales del bebé al pecho.
- Comenzar las tomas por el lado sano (favorece el reflejo de oxitocina).
- Actitud expectante.
- Aconsejar a la madre reposo.
- Calor local suave antes de la toma para favorecer la salida de la leche y frío entre tomas para aliviar las molestias.
- Prescripción de antinflamatorios.

Si nos encontramos una *mastitis infecciosa,* se aconseja:

- Un correcto drenaje del pecho con tomas frecuentes con succión directa y si no fuera posible extracción manual o mecánica.
- Reposo de la madre.
- Prescripción de analgésicos y antinflamatorios.
- Si no hay respuesta en las primeras 24 horas se sugiere añadir a las medidas anteriores, la administración de antibióticos de forma empírica. Se debe recomendar antibióticos eficaces en el tratamiento por *Staphylococcus Aureus* ya que es el agente etiológico más frecuente en las mastitis agudas. Se recomienda el uso de cefalosporinas de primera generación (cefalexina o cefadroxilo). No se recomienda el uso de amoxicilina clavulánico por ser un antibiótico de amplio espectro con efectos adversos en la microbiota intestinal.
- Si la mujer es alérgica a betalactámicos se puede tratar con clindamicina y cuando el lactante tenga más 4-6 semanas de vida cotrimoxazol.

Si pasadas 48 h del inicio de tratamiento antibiótico empírico no hay respuesta, se aconseja:

- Recoger una muestra de leche para cultivo microbiológico y antibiograma.
- Se recogerá preferentemente en el Centro de Salud, pero en el caso de que la madre tuviera que recogerla en su domicilio, se le dará información del procedimiento para la recogida y transporte de la muestra.

Otras indicaciones de solicitud de cultivo y antibiograma de leche materna antes de la prescripción antibiótica:

- En las mastitis graves (sepsis, shock séptico, abceso mamario, necesidad de ingreso hospitalario).
- Mastitis nosocomial o con factores de riesgo de *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina (SARM).
- Mastitis recurrentes.
- Alergia a penicilina con intolerancia a cefalosporinas.
- Dolor profundo severo o sensación de quemazón persistente en la mama

durante la toma o después de la misma que no se resuelve tras la evaluación e intervención profesional y que haga sospechar de infección ductal.

Procedimiento para la recogida de muestras de leche

- Recoger antes de la toma y a poder ser 2 horas tras la toma anterior. Idealmente antes de la 1ª toma de la mañana entre las 6-8h.
- No aplicar crema ni solución tópica en los pezones desde la toma anterior, ni utilizar conchas u otros accesorios que faciliten el depósito de leche en el pezón y la areola. En los casos en los que se hayan utilizado será preciso lavar la zona con agua templada y jabón neutro y secar con toalla limpia o desechable antes de la recogida.
- Antes de la recogida, lavar las manos con agua caliente y jabón. Secar con toalla limpia o desechable.
- Recoger la muestra mediante expresión manual. No utilizar accesorios ni extractores. Desechar las primeras 4 ó 5 gotas. Recoger 1 ml.
- Recoger directamente en un envase para muestras, de plástico estéril, de boca ancha y con cierre hermético, adecuadamente identificado. No utilizar instrumentos intermedios ni manipular el interior del envase.
- Si es necesario recoger muestras de ambas mamas, empezar por la menos afectada y utilizar un envase para cada mama, identificando la mama a la que corresponde la muestra.
- Las muestras deben enviarse a microbiología lo antes posible. Si no pueden enviarse en las dos primeras horas tras su recogida, se mantendrán refrigeradas en nevera a Tª < 6ºC hasta un máximo de 24h.

Conducto obstruido

- La obstrucción de un conducto galactóforo surge como consecuencia de un vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario, por una mala técnica de lactancia o por una compresión excesiva. Se manifiesta por la presencia de un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales.

- Se recomendará:
  - Colocar al lactante al pecho con la barbilla orientada a la zona afectada.
  - Utilizar ropa (sujetador sin aros) que no comprima.
  - Comenzar la succión por el pecho afectado.
  - Cambios posturales de la madre y el bebé.
  - Masaje delicado en la mama sobre la zona afectada.
  - Extracción manual o con sacaleches si no se consigue una buena succión.
  - Analgesia si precisa.

11

Anexo 11

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Hay muchas situaciones en las cuales la extracción de leche es útil e importante para permitir a la madre iniciar o continuar la lactancia.

Se aconseja que todas las madres aprendan a extraerse manualmente la leche.

La extracción de leche es útil para:

- Aliviar la ingurgitación.
- Aliviar un conducto obstruido o estasis de leche.
- Alimentar a un bebé mientras aprende a succionar de un pezón invertido.
- Alimentar a un bebé con dificultades para coordinar la succión.
- Alimentar a un bebé que rechaza el pecho, mientras aprende a disfrutar la lactancia.
- Alimentar a un bebé con bajo peso que no puede todavía mamar.
- Alimentar a un bebé enfermo cuya succión es débil.
- Mantener la producción de leche cuando la madre o el bebé están enfermos.
- Incrementar la producción de leche.
- Dejarle la leche materna al bebé cuando su madre debe ir a trabajar.
- Evitar el goteo cuando la madre esté lejos del bebé.
- Ayudar a un bebé a agarrar bien un pecho lleno.
- Extraer leche materna directamente en la boca del bebé.
- Extraer leche para donación.

La leche materna se puede extraer de forma manual o mecánica.

La forma más adecuada para la extracción de la leche dependerá del momento desde el nacimiento en que se vaya a producir la extracción, el objetivo de la misma y las

características y preferencias de cada madre. Es importante que la madre se encuentre en un ambiente cálido y tranquilo y que aprenda a estimular el reflejo de oxitocina.

En todos los casos ha de tenerse en cuenta una adecuada higiene durante la extracción y la manipulación de la leche materna que comienza por el lavado de manos antes de manipular el pecho.

La leche extraída se le dará al bebé en vaso, taza, cucharita, jeringuilla, sonda o suplementador.

Cucharita

Vaso o taza

Jeringuilla

Relactador

A. EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Medidas higiénicas previas a la extracción

- Lavado meticuloso de manos y uñas antes de cada extracción (retirar anillos, pulseras, relojes, etc.).
- Es aconsejable llevar las uñas cortas sin esmalte y el pelo recogido.
- La ducha diaria es suficiente para la higiene del pecho (no utilizar cremas ni ungüentos en pezón y areola), si el pecho está húmedo, es conveniente secarlo antes de cada extracción con un paño o toalla limpios.
- Si se utilizan discos absorbentes para el pecho, es recomendable mantenerlos limpios y secos.
- Todos los componentes del sacaleches y los recipientes deben desmontarse y limpiarse con agua y jabón.
- Una vez al día esterilizar los componentes del sacaleches.

Cómo estimular el reflejo de eyección (reflejo de oxitocina), antes de la extracción

- Facilitar un lugar tranquilo con privacidad.
- La madre debe estar cómoda y relajada.
- Disminuir la ansiedad y el dolor.
- Proporcionarle una bebida caliente si lo desea.
- El CPP – MMC (Método Madre Canguro) favorece la producción y extracción de leche.
- Calentar el pecho aplicando una compresa caliente o tomando una ducha con agua tibia.
- Estimular los pezones tirando con delicadeza o enrollando el pezón delicadamente con los dedos.
- Masajear, acariciar o agitar los pechos sin hacer daño. Masajear los pechos comenzando en la parte superior, con los dedos de la mano y de forma circular,

rodando los dedos hacia el pezón. Acariciar el pecho con los dedos de la mano desde la parte superior hacia el pezón.

Agitar suavemente los pechos inclinándose hacia delante.

Frecuencia de la extracción de leche

La **frecuencia** dependerá del motivo de la extracción:

- **Para iniciar la lactancia,** para alimentar un recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer, ingresado desde el nacimiento:
  Comenzar la extracción **manual** de la leche durante la primera hora tras el parto (periodo sensitivo) si no existe contraindicación. La extracción de calostro es **factor pronóstico** de conseguir LME en las madres de RN ingresados.

  Para asegurar una buena producción de leche posterior, se aconseja realizar entre 8 y 10 extracciones al día los primeros días, recomendándose mantener la extracción nocturna las primeras semanas.

- **Para mantener la producción** de leche necesaria para alimentar a un bebé enfermo:

  Debe extraerse tanta leche como se pueda, con la frecuencia con la que el bebé tomaría, al menos cada 3 horas.

- **Para aumentar la producción** de leche, si ésta parece disminuir después de algunas semanas, la madre ofrecerá el pecho al bebé, con mayor frecuencia y aumentando la duración de las tomas.

En el caso de que no se produzca la cantidad de leche adecuada, la madre se extraerá leche después de las tomas y si esto no es suficiente para aumentar la producción puede realizar la técnica de la **extracción poderosa**.

Para ello debe extraerse la leche muy frecuentemente durante 24 horas, máximo

48 horas. La extracción será de 5 minutos en cada pecho, cada media hora o cada hora durante el día y por lo menos cada 3 horas durante la noche.

- **Para dejar** la leche al bebé mientras la madre se va a trabajar:
  Extraer tanto como sea posible antes de salir para el trabajo. También es muy importante extraérsela mientras esté en el trabajo, para ayudarle a mantener su producción.

- **Para aliviar** síntomas tales como la ingurgitación o el goteo mientras esté trabajando: extraer solamente cuando sea necesario.

Tiempo de extracción: entre 20 min-30 min en cada pecho.

Una vez que la producción de leche esté bien instaurada, se pueden espaciar las extracciones (no más de 4-6 horas).

Métodos de extracción de la leche

1. Extracción manual: Técnica de Marmet
2. Extracción mecánica:
   2. a Extractores manuales
   2. b Extractores eléctricos

1. Extracción manual de leche: Técnica de Marmet modificada

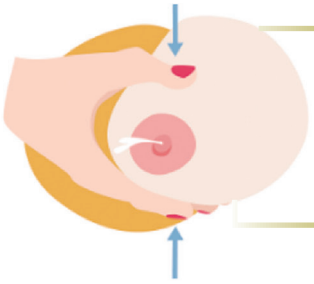
- Masajear ambos pechos durante unos minutos.
- Colocar el dedo pulgar unos centímetros arriba del pezón y el resto de los dedos debajo del pezón.
- Presionar el pecho hacia las costillas.
- Comprimir el pezón con los dedos varias veces.
- Repetir esta acción cambiando los dedos alrededor de la areola para vaciar todos los conductos. Esta maniobra no debe producir dolor.
- Después de algunos minutos disminuye el flujo de leche o parece acabar y se debe pasar al otro pecho, siendo necesario cambiar varias veces de pecho hasta completar la extracción.
- Los primeros días se obtienen pequeñas cantidades de leche (calostro) y es mejor utilizar una jeringuilla de alimentación para aprovechar todo lo que sale.

COLOCAR el pulgar y los dos primeros dedos entre 2,5 y casi 4 centímetros por detrás del pezón.

Situar la yema del pulgar por encima del pezón a las doce en punto y las yemas de los otros dedos bajo el pezón a las seis, formando la letra "C" con la mano.

PRESIONAR el pecho hacia la pared torácica.

- *No separar los dedos.*
- *Si los pechos son grandes, primero levantarlos y luego presionarlos en dirección a la pared torácica.*



RODAR el pulgar hacia delante como al tomar huellas dactilares.

Al mismo tiempo, trasladar la presión del dedo corazón al índice.

2. Extracción mecánica de leche materna

Extractores o sacaleches

Existen dos tipos: los mecánicos (manuales) y los eléctricos. Los mecánicos se accionan a mano, tienen la ventaja de ser más baratos, aunque en general hacen la extracción más lenta. Los eléctricos, en general son más rápidos y requieren menos participación activa de la madre, pueden ser sencillos o de doble extracción.

Es importante que la copa o el embudo se ajusten adecuadamente al pecho ya que la utilización de un embudo incorrectamente, puede ocasionar la aparición de una ingurgitación, lesiones en el pezón y descenso de la producción de leche fundamentalmente.

Existen sacaleches hospitalarios en las Unidades de Atención Materno Infantil.

Limpieza de los sacaleches

- Cada sacaleches tiene su procedimiento de limpieza y desinfección, siempre debemos vigilar hasta dónde puede llegar la leche para evitar que se genere contaminación en la leche extraída.
- Todas las piezas que tengan o puedan tener contacto con el pecho o la leche se deben desmontar, lavar con agua y jabón, aclarar con agua abundante y secar al aire o con paños limpios.
- El motor del sacaleches debe ser estanco para que no entre leche y evitar su contaminación.
- Una vez al día se deben esterilizar los recipientes y los componentes del extractor, hirviéndolos durante 20 minutos, en el lavavajillas a temperatura máxima en la parte de arriba o con otros sistemas de esterilización como el de microondas, no se recomiendan los métodos químicos de esterilización (pastillas).

Extracción de leche con sacaleches

- Colocar el embudo sobre el pecho, haciendo un buen sellado. Poner el pezón en el centro.
- El pezón se debe mover libremente en el túnel y el tejido de la areola apenas entra en el túnel.
- Estimular la eyección láctea, usando succiones cortas y rápidas.
- Una vez se obtenga algo de leche, realizar aspiraciones largas y uniformes comenzando con poca succión e ir subiéndola poco a poco el máximo posible. **No debe hacer daño**.
- Si entra leche en el tubo de goma, éste se debe cambiar.
- Si el extractor tiene regulador, comenzar con el nivel más bajo, aumentando la succión hasta que fluya bien la leche y la madre se sienta cómoda. La extracción no debe de ser dolorosa.
- Si el extractor es sencillo, usarlo entre 7 y 9 minutos en cada pecho y repetir al menos 2 veces.
- El extractor doble permite reducir el tiempo a la mitad.
- Un bebé succiona a un ritmo de 40-60 veces por minuto y el extractor tiene que oscilar entre estos ciclos.
- Es bueno registrar la cantidad que se extrae en cada pecho y en cada toma.
- Existen varios tamaños de embudo y ha de elegirse el adecuado para cada mujer, ya que si no, puede producirse un vaciado incompleto del pecho, dolor y lesiones en el pezón.
- La mejor manera de aumentar la cantidad de leche, es aumentar el número de extracciones y realizar un buen vaciado del pecho en cada extracción. Nunca se deben utilizar tratamientos como hierbas, medicaciones, etc. para aumentar la producción salvo los prescritos por el personal sanitario.
- El volumen de leche extraída a las 2-3 semanas oscila entre los 350 y los 1000 ml al día.

B. CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

1. Recipientes para el almacenaje (de uso alimentario)

- La leche debe recogerse siempre en recipientes de uso alimentario con tapa:
  - Vidrio
  - Plástico para conservación de alimentos

No deben utilizarse envases de PVC

2. Cantidad de leche por recipiente

Pequeñas cantidades para ajustarnos lo más posible al apetito del lactante, entre 60 y 120 cc, dejando 2-3 cm del recipiente sin llenar si la leche va a ser congelada.

3. Mezcla de leche

Las extracciones del mismo día se pueden mezclar en un mismo recipiente siempre que la leche de las diferentes extracciones se haya refrigerado para que esté a la misma temperatura. También se puede mezclar leche descongelada con leche refrigerada si esta última es una cantidad menor y ambas se encuentran a la misma temperatura.

4. Identificación de los recipientes

Cada recipiente que contenga leche materna extraída tiene que marcarse con el día, la hora y el mes, para así consumir siempre la más antigua. Cuando en un mismo envase mezclemos leches de distintas extracciones la fecha la marcaremos con la primera extracción.

5. Tiempos de conservación de la leche madura

- La leche debe guardarse en la nevera lo antes posible, si no va a consumirse inmediatamente.
- La leche debe colocarse en una nevera específica al fondo de la balda, no en la puerta, para evitar los cambios de temperatura.
- Temperaturas y Tiempos:
  - A 25ºC → 4-6 horas
  - De 19 a 22ºC → 10 horas
  - A 15º C → 24 horas
  - Refrigerada a 4ºC → 3-5 días
  - En congelador dentro de la misma nevera (- 15ºC) → 2 semanas
  - En congelador con puerta separada (combi -18ºC) → 3-6 meses
  - En arcón congelador (- 20ºC) → hasta 12 meses
- Debe de congelarse la leche extraída que no va a ser consumida en las siguientes 24 horas.

6. Descongelación de la leche

- Sacar la leche del congelador la noche anterior y dejarla en la nevera. Esta leche se puede administrar en las 24 horas siguientes.
- Si se desea descongelar de forma inmediata, colocar el recipiente que contiene la leche congelada en otro con agua caliente o tibia, sin poner al fuego. Esta leche se puede administrar en las 4 horas siguientes.
- Una vez descongelada, agitarla suavemente para mezclar bien los componentes.
- Si sobrara leche y ésta se hubiera calentado o entrado en contacto con la saliva del niño, debe ser desechada.
- No descongelar ni calentar la leche materna directamente sobre el fuego ni en el microondas, porque las altas temperaturas desnaturalizan ciertas vitaminas y proteínas e interfieren con las propiedades anti infecciosas que ella contiene.
- Nunca volver a congelar leche que ha sido descongelada

7. Temperatura de la leche para su administración

No es necesario calentar la leche para administrarla a los bebés, se puede sacar de la nevera y templar a temperatura ambiente 30 minutos antes de su administración.

Si se decide calentarla, se recomienda hacerlo:

- En un recipiente con agua caliente, sin ponerla al fuego.

8. Características de la leche almacenada

- La leche almacenada se sedimenta en capas de diferentes colores (la grasa arriba) este aspecto es normal. Cuando vayamos a utilizarla se debe agitar suavemente para mezclar las diferentes capas.
- La leche congelada puede adquirir un olor y/o aspecto a rancio y amarillento. Esto se debe a un cambio en la estructura lipídica como consecuencia de los ciclos de congelación y descongelación. Este efecto es más aparente en unas madres que en otras. Se puede evitar calentando la leche directamente al fuego, a 70º, sin llegar a hervir antes de congelarla, (sólo en este caso se recomienda calentar la leche directamente al fuego).

C. LECHE MATERNA PARA RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS

Las ventajas de la LM se hacen más evidentes en los RN enfermos, pretérmino o con necesidades especiales. Las medidas higiénicas y el proceso de extracción, conservación y transporte de la leche materna requieren unas consideraciones específicas para este grupo de niños. Se ha observado que el método madre canguro (MMC) aumenta la producción y facilita la extracción de leche.

Las madres cuyos RN han de ser ingresados recibirán información específica sobre la importancia de la leche materna para su hijo/a y ayuda práctica para el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Esta información deber ser verbal y por escrito, e incluirá aspectos relacionados con las medidas higiénicas recomendadas, extracción (manual y/o sacaleches en casa y el hospital), conservación y transporte de la leche materna, que son específicos para los bebés ingresados.

Inicio de la extracción

- Cuanto antes se estimule el pecho, antes se obtendrá leche.
- En las primeras extracciones siempre se obtienen escasas cantidades de leche.
- Se recomienda extraer el calostro manualmente.
- Las madres de los bebés ingresados deben empezar a extraerse con regularidad y lo más pronto posible después del parto, preferiblemente en las primeras 2 horas después del parto.

Recogida y conservación de la leche

- La leche debe recogerse siempre en recipientes de uso alimentario que proporcionará el propio hospital: envases de cristal o plástico duro/jeringas de alimentación...
- Dejar siempre 2-3 cm sin llenar el recipiente para poder congelar si no se utiliza y que no se rompa el recipiente.
- Los envases deben ir identificados de forma inequívoca. Constará nombre y apellidos, CIC del RN y fecha.
- Conservación en domicilio:
  - Se recomienda refrigerar la leche tras su extracción.
  - Refrigerar en la nevera en las baldas, al fondo, nunca en la puerta.
  - No mezclar la leche a distinta temperatura en el mismo envase. Una vez que estén a la misma temperatura (igual de frías) se pueden mezclar.
  - De forma general, se recomienda congelar lo antes posible tras la extracción todos aquellos recipientes que no se van a entregar en el hospital antes de 24 horas, utilizando preferentemente cajones diferenciados del resto de alimentos congelados. Si no se puede, introducir los recipientes en bolsa de congelación de alimentos con cierre.

Traslado de la leche

- Tanto la leche fresca como congelada, debe trasladarse en una nevera portátil o bolsa isotérmica (para congelados) con varios acumuladores de frio (barra o molde congelado) para mantenerla bien refrigerada hasta su entrega o consumo.

- A la entrega de la leche en el hospital se debe revisar el envase y el etiquetado: identificación del lactante y fecha.
- Registrar la cantidad de leche entregada.
- Introducir inmediatamente en la nevera o el congelador.

Preparación de alícuotas y manipulación de leche materna en el hospital

- Se dispondrá de un manual detallado sobre la técnica e higiene de la preparación.
- Espacio físico exclusivo para la manipulación de la leche. Limpiar con desinfectante la encimera de preparación.
- Medidas recomendadas: lavado de manos, uso de guantes desechables, bata, mascarilla y gorro, con cada paciente.
- Preparación paciente a paciente, con recipientes adecuados al volumen y vía de administración.
- Preparación de alícuotas por turno, etiquetarlos con las etiquetas del RN (nombre 2 apellidos, CIC) e introducir en la nevera.
- La leche debe atemperarse antes de su administración. Las Unidades Neonatales definirán el procedimiento de la sistemática a utilizar.

Administración de leche materna autóloga en el hospital

- Verificar la identificación del paciente con la de la alícuota antes de su administración.
- Comprobar volumen y vía de administración.
- Lavado de manos antes y después de cada administración.
- La leche se puede administrar a temperatura ambiente.

12

Anexo 12

COHABITACIÓN Y COLECHO

A. Cohabitación

En lactantes menores de seis meses, para favorecer la lactancia materna, la OMS recomienda la cohabitación y la define como el niño/a que duerme en la misma habitación que sus padres pero sin compartir la cama.

Se recomienda tener la cuna próxima a la cama de los padres o disponer de una cuna tipo sidecar (superficie independiente y contigua a la cama de los padres) que se encuentre al mismo nivel de la cama sin espacios libres entre ambos.

Se tendrán las mismas precauciones para la seguridad, que los bebés en cuna.

La cohabitación durante los 12 primeros meses de vida se considera la forma más segura de dormir, ya que disminuye el riesgo de SMSL.

B. Colecho

Se define el colecho como la práctica de compartir la cama el niño/a con uno o los dos progenitores, durante los periodos de sueño.

El propio comportamiento maternal lleva a muchas madres a practicar el colecho durante la lactancia de una forma espontánea, natural, a veces en momentos puntuales y en otras ocasiones de forma rutinaria.

Diversos estudios demuestran que la práctica del colecho favorece la instauración y la duración de la lactancia materna, siendo una práctica muy utilizada en nuestro

entorno entre las madres y los bebés amamantados y que se asocia con una mayor prevalencia de la lactancia.

Sin embargo actualmente existe una gran controversia al haberse relacionado la práctica del colecho con el SMSL, aunque no existe evidencia suficiente para desaconsejar el colecho. Por ello los esfuerzos de los profesionales sanitarios han de dirigirse a informar a los padres de la situación actual del conocimiento y de las condiciones que deben darse para la práctica del colecho seguro, así como de aquellas situaciones en que debe evitarse, para que puedan tomar una decisión informada.

Beneficios

La práctica del colecho de forma segura tiene efectos beneficiosos para la madre y su hijo/a:

- Facilita la lactancia materna a demanda y aumenta su prevalencia.
- Hay una mayor percepción materna de los signos de hambre del bebé, previo al llanto.
- Existe una sincronización mayor de los periodos de sueño de la madre e hijo/a.
- Mejor regulación térmica del bebé.
- Disminución de los periodos de llanto del bebé.
- Potencia el vínculo afectivo entre padres e hijos/as.

Riesgos

- Aumenta el riesgo de asfixia del lactante.
- Aunque algunos estudios lo han relacionado con un aumento del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, esto no se ha demostrado en los bebés amamantados si se practica de forma segura.

Recomendaciones para la práctica del colecho seguro

Se debe realizar de una manera responsable, para lo cual se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El colecho debe consensuarse entre ambos progenitores, asegurándose que son conocedores de que el niño/a duerme en la cama.
- Únicamente se compartirá la cama con los progenitores, no debiéndose compartir con otro hijo/a.
- El colchón debe ser firme y liso.
- No utilizar edredones y mantas que sobrecalienten la cama, ni almohadas de apoyo, cojines o peluches.
- La temperatura de la habitación debe estar alrededor de los 18-22 ºC.
- No se le debe poner demasiada ropa al bebé, ni envolverlo, ni cubrirle la cara y cabeza.
- El bebé debe estar en posición decúbito supino y la madre en decúbito lateral mirando hacia él, evitando el contacto del bebé con la almohada.
- Los animales domésticos no deben compartir la cama con el bebé.
- Se debe asegurar que el bebé no tenga riesgo de caerse de la cama o quedar atrapado en algún hueco (entre la cama y pared).
- No se debe dejar solo al bebé encima o dentro de la cama, porque incluso bebés muy pequeños pueden ponerse en posiciones peligrosas.

Situaciones que desaconsejan la práctica del colecho

- Si alguno de los dos progenitores es fumador. El tabaco aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante.

- Si uno de los padres ha consumido alcohol, alguna droga o medicamento que disminuya la capacidad de atención, del sueño o nivel de conciencia.
- Si uno de los dos progenitores padece una enfermedad que disminuya el nivel de respuesta (diabetes, epilepsia inestable)
- Si los padres tienen obesidad.
- En situaciones de cansancio extremo de los padres, sueño profundo o si uno de los dos tiene fiebre.
- En sofás, sillones, colchones de agua o aire, o cualquier otro sitio que no sea la cama.
- En bebés prematuros o de bajo peso al nacer.
- En RN alimentados con fórmula infantil.
- El bebé tiene fiebre.

Se ha señalado un mayor riesgo de SMSL en menores de 3 meses.

Indicadores

Indicadores de lactancia materna

Los indicadores se calcularán anualmente por hospital y por UAP.

1. Prevalencia de Lactancia materna exclusiva durante la estancia en el hospital

Definición: Porcentaje de recién nacidos en el año que durante toda la estancia en el hospital fueron alimentados con lactancia materna exclusiva (LME).

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº de RN que han recibido leche materna menos Nº de RN que han recibido fórmula durante la estancia en el hospital x 100}}{\textit{Total RN vivos en el hospital}}$$

2. Prevalencia de Lactancia materna durante la estancia en el hospital

Definición: Porcentaje de recién nacidos en el año que durante la estancia en el hospital fueron alimentados con lactancia materna (LME + LMx).

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº de RN que recibieron leche materna durante la estancia en el hospital x 100}}{\textit{Total RN vivos en el hospital}}$$

3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida

Definición: Porcentaje de lactantes en el año que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva en las 24 horas anteriores a cumplir 1 mes de vida.
(Dato recogido en la revisión del mes)

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº de lactantes alimentados con LME en las 24 horas anteriores a cumplir 1 mes de vida x 100}}{\textit{Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión del mes de vida}}$$

4. Prevalencia de lactancia materna al mes de vida

Definición: Porcentaje de lactantes en el año que recibieron leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir 1 mes de vida.
(Dato recogido en la revisión del mes)

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº de lactantes alimentados con LME + Nº de lactantes alimentados con LMP + Nº de lactantes alimentados con LMx, en las 24 horas anteriores a cumplir 1 mes de vida x 100}}{\textit{Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión del mes de vida}}$$

5. Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida

Definición: Porcentaje de lactantes en el año que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva en las 24 horas anteriores a cumplir 6 meses de vida.
(Dato recogido en la revisión de los 6 meses)

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº de lactantes alimentados con LME en las 24 horas anteriores a cumplir 6 meses de vida x 100}}{\textit{Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión de los 6 meses de vida}}$$

6. Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de vida

Definición: Porcentaje de lactantes en el año que recibieron leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir 6 meses de vida.
(Dato recogido en la revisión de los 6 meses)

Cálculo:

Nº de lactantes alimentados con LME + Nº de lactantes alimentados con LMP + Nº de lactantes alimentados con LMx, en las 24 horas anteriores a cumplir 6 meses de vida x100

Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión de los 6 meses de vida

7. Prevalencia de Lactancia materna al año de vida

Definición: Porcentaje de niño-as en el año que reciben leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir 1 año de vida.
(Dato recogido en la revisión del año)

Cálculo:

Nº de niño-as que reciben leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir 1 año de vida x 100

Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión del primer año de vida

8. Prevalencia de Lactancia materna a los dos años de vida

Definición: Porcentaje de niño-as en el año que reciben leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir 2 años de vida.
(Dato recogido en la revisión de los 2 años)

Cálculo:

Nº de niño-as que reciben leche materna en las 24 horas anteriores a cumplir los dos años de vida x 100

Total niños/as atendidos en el UAP en la revisión de los dos años de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)	Introducción en la alimentación del lactante de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos. Incluye la fórmula de alimentación infantil.
LACTANCIA MATERNA (LM)	El lactante recibe leche materna y otros alimentos o bebidas, incluida la fórmula infantil.
LACTANCIA MATERNA COMPLETA (LMC)	LME + LMP.
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)	El lactante recibe **únicamente** leche materna directamente o extraída. Puede haber recibido medicamentos prescritos por su médico.
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE (LMP)	El lactante recibe leche materna directamente o extraída y agua o infusiones hechas con agua, medicamentos, sueros, bebidas rituales puntuales. No ha recibido otros alimentos: purés, sólidos o leche de origen no humano.
LACTANCIA MIXTA (LMx)	El lactante recibe leche materna y fórmula infantil.

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
RN	Recién nacido
UAP	Unidad de Atención Primaria

Abreviaturas

Abreviaturas

AC	Alimentación complementaria
AEP	Asociación Española de Pediatría
CPP	Contacto piel con piel
HTLV	Infección del virus de la leucemia humana de células T
LA	Lactancia artificial
LM	Lactancia materna
LMC	Lactancia materna completa
LME	Lactancia materna exclusiva
LMP	Lactancia materna predominante
LMx	Lactancia mixta
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico. Droga semisintética
MMC	Método madre canguro
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PIS	Presión inversa suavizante
PVC	Policloruro de vinilo
RN	Recién nacido
SMSL	Síndrome de muerte súbita del lactante
TBC	Tuberculosis
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Bibliografía

Bibliografía

- *Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. Breastfeed Med 2009 Sep; 4(3):175-182. 10.1089/bfm.2009.9991 [doi]. Disponible en: http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2009.9991.*
- *Amitay EL, Keinan-Boker L: Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA Pediatr 2015 Jun;169(6):e151025. 10.1001/jamapediatrics.2015.1025 [doi]. Disponible en: http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2299705.*
- *Asamblea Mundial de la Salud: Código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. 1981; Consultado: 9 de mayo de 2015. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Codigo.pdf.*
- *Becker GE, Smith HA, Cooney F: Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev 2016 Sep 29;9:CD006170. 10.1002/14651858.CD006170.pub5 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006170.pub5/pdf/standard*
- *Bergman NJ: The neuroscience of birth - and the case for Zero Separation. Curationis 2014 Nov 28;37(2):1-4 . 10.4102/curationis.v37i2.1440 [doi].*
- *Bergman NJ: Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. Acta Paediatr 2013 Aug;102(8):773-777. 10.1111/apa.12291 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12291/epdf.*
- *Blair P, Inch S: The health profesional`s guide to: "Caring for your baby al night". Consultado: 27 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/HPs_Guide_to_Coping_At_Night_Final.pdf.*
- *Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ: Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. PLoS One 2014 Sep 19;9(9):e107799. 10.1371/journal.pone.0107799 [doi]. Disponible en: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0107799.*

- *Brimdyr K, Cadwell K, Widstrom AM, Svensson K, Neumann M, Hart EA, et al: The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. Birth 2015 Oct 13. 10.1111/birt.12186 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12186/full.*
- *Brown A, Arnott B: Breastfeeding duration and early parenting behaviour: The importance of an infant-led, responsive style. PLoS ONE 2014;9(2). 10.1371/journal.pone.0083893. Disponible en: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84895760566&partnerID=40&md5=81fc300143e0a6a3294668be29e53e22;.*
- *Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al: Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 1992 Jun-Jul; 81(6-7):488-493.*
- *Colson SD, Meek JH, Hawdon JM: Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Hum Dev 2008 Jul;84(7):441-449. 10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003 [doi]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378207002423.*
- *Comité de lactancia materna de la AEP: Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso 2014. Consultado: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso.*
- *Cotterman KJ: Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. J Hum Lact 2004 May; 20 (2):227-237 . 10.1177/0890334404264224 [doi].*
- *Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA: Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2012 Oct 17;10:CD007239. 10.1002/14651858.CD007239.pub3 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007239.pub3/epdf.*
- *Dani C, Cecchi A, Commare A, Rapisardi G, Breschi R, Pratesi S: Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. J Hum Lact 2015 Jan 22. 0890334414566238 [pii].*
- *Davanzo R, Cannioto Z, Ronfani L, Monasta L, Demarini S: Breastfeeding and Neonatal Weight Loss in Healthy Term Infants. Journal of Human Lactation 2013 February 01;29(1):45-53 . 10.1177/0890334412444005.*
- *De Alba Romero C, Aler I, Olza I: Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf.*

- *De Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, et al: Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. Journal of Human Lactation 2014 August 01;30(3):283-286 . 10.1177/0890334414535506.*
- *Delgado S, García-Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero B: Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54. Padilla B (coordinadora). Procedimientos en microbiología clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R/editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) 2015. Disponible en: http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia54.pdf.*
- *Dennis CL, Jackson K, Watson J: Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2014 Dec 15;12:CD007366. 10.1002/14651858.CD007366.pub2 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007366.pub2/full.*
- *Departamento de Salud Gobierno Vasco. DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. 2015. Disponible en: http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2015/08/1503424a.pdf.*
- *Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Euskadiko osasun politikak: Osasun Plana/Políticas de salud para Euskadi 2013-2020. 2. argit. = 2ª ed. ed.: Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2014; 2014. p. 132. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf.*
- *Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nystrom B, Widstrom AM: Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. Clin Nurs Res 2013 Aug; 22(3):310-336. 10.1177/1054773812468316 [doi].*
- *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe: Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2008. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf.*
- *European Commission, Karolinska Institutet, Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo, WHO Collaborative Centre for Maternal and Child Health: Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: normas recomendadas por la Unión Europea. UE; 2006. Disponible en: www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/Alimentaciónlactantes_Normas20recomendadasUE.pdf.*

- *Evans A, Marinelli KA, Taylor JS, Academy of Breastfeeding Medicine: ABM clinical protocol #2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "The going home protocol," revised 2014. Breastfeed Med 2014 Jan-Feb;9(1):3-8. 10.1089/bfm.2014.9996 [doi]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3903163/.*
- *Fleming P, Pease A, Blair P: Bed-sharing and unexpected infant deaths: what is the relationship? Paediatr Respir Rev 2015 Jan;16(1):62-67. 10.1016/j.prrv.2014.10.008 [doi]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054214001328.*
- *Gagnon AJ, Sandall J: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jul 18;(3)(3):CD002869. 10.1002/14651858.CD002869.pub2 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002869.pub2/full.*
- *González C: Manual práctico de lactancia materna. 3rd ed. Barcelona. ACPAM. 2016.*
- *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal: Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria-Gasteiz: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2010. p. 316. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf.*
- *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guías de Práctica Clínica del SNS. : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017. Disponible en: http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051983&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf.*
- *Gutiérrez de Terán Moreno, G: Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna. Tesis doctoral no publicada. Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del Pais Vasco; Leioa, 2016.*
- *Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA: Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health 2013;13 Suppl 3:S20-2458-13-S3-S20. Epub 2013 Sep 17. 10.1186/1471-2458-13-S3-S20 [doi]. Disponible en: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S20.*
- *Herlenius E, Kuhn P: Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. Transl Stroke Res 2013 Apr;4(2):236-247. 10.1007/s12975-013-0255-4 [doi]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599160/.*

- *Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A et al: Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia): Una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2009; 11(43):513-529. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400012&lng=es.*
- *Holmes AV, McLeod AY, Bunik M: ABM Clinical Protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. Breastfeed Med 2013 Dec; 8(6):469-473. 10.1089/bfm.2013.9979 [doi]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868283/.*
- *Horta BL, Bahl R, Martines J, Victoria GC: Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. OMS, editor. Ginebra: World Health Organization; 2007. Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf.*
- *IHAN: Pasos para ser IHAN centros de salud. 7 pasos en centros de salud. Consultado: 12 de octubre de 2014. Disponible en: https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-centros-de-salud/.*
- *IHAN España, UNICEF. Cuestionario de autoevaluación de los hospitales IHAN España 2015. Consultado: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/.*
- *International Confederation of Midwives: Lactancia materna. Declaración de postura. 2011. Consultado: 5 de marzo de 2014. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20Spanish/PS2011_004%20SPA%20Lactancia%20Materna.pdf.*
- *International Lactation Consultant Asociation. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. 2005. Disponible en: http://www.breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf.*
- *Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al: Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001 Jan 24-31;285(4):413-420. joc00933 [pii]. Disponible en: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193490.*
- *Kramer MS, Kakuma R: Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012 Aug 15; 8:CD003517. 10.1002/14651858.CD003517.pub2 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/full.*

- *Lawrence RA; Lawrence RM: Breastfeeding: a guide for medical profession. 8ª ed, Elsevier, 2015*
- *New Zealand College of Midwives. Consensus Statements Breastfeeding. 2016. Consultado: 25 de septiembre 25 de 2016. Disponible en: https://www.midwife.org.nz/pdf/Consensus%20Statements/Consensus%20Statement%20Breastfeeding.pdf.*
- *NICE Guidance: Postnatal care up to 8 weeks after birth. Clinical guideline [CG37]. 2015. Consultado: 26 de septiembre de 2016. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-recommendations#maintaining-infant-health.*
- *Organización Mundial de la Salud: Cómo preparar biberones de alimento para lactantes en casa. 2007. Consultado:26 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_sp.pdf.*
- *Organización Mundial de la Salud/UNICEF: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte I. Definiciones. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington DC, EE.UU. Francia: OMS; 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf.*
- *Organización Mundial de la Salud/UNICEF: Razones médicas aceptables para la alimentación con sucedáneos de la leche materna. 2009; .Consultado: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/es/.*
- *Organización Mundial de la Salud/UNICEF: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta de la OMS/UNICEF [Internet]. 1989. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.*
- *Organización Mundial de la Salud/UNICEF: Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf*
- *Pallas Alonso CR, Rodriguez Lopez J, Comite de Estandares de Sociedad Espanola de Neonatologia: Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. An Pediatr (Barc) 2014 Apr;80(4):203-205. 10.1016/j.anpedi.2014.02.006 [doi]. Disponible en: http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/consideraciones-relacion-con-seguridad-del/S1695403314000848/.*

- *Perinatal Services BC: Breastfeeding healthy term infants. Health promotion guideline. 2013.Consultado: 26 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf.*
- *Philipp BL: Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). Breastfeed Med 2010 Aug; 5(4):173-177. 10.1089/bfm.2010.9986 [doi]. Disponible en: http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2010.9986.*
- *Porter RH: The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. Acta Paediatr 2004 Dec; 93(12):1560-1562. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2004.tb00843.x/epdf.*
- *Pound CM, Unger SL: The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding. 2012. Updated 2015. Consultado: 17 de junio de 2016. Disponible en: http://www.cps.ca/documents/position/baby-friendly-initiative-breastfeeding.*
- *Redondo D, Fraile P, Segura R, Villena G, Rodriguez Z, Bois P, et al: Abordaje de las dificultades mas frecuentes en lactancia materna. Evidencia científica FAME. Barcelona: Esmon Publicidad SA; 2016. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19957/70/abordaje-de-las-dificultades-mas-frecuentes-en-lactancia-materna.*
- *Rodríguez-Alarcón J, Asla I, Fernández-Llebrez L, Pérez A, Uría C, Osuna C: Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contacto piel con piel. Incidencia y factores de riesgo. Prog Obstet Ginecol 2010; 54:55-9. 10.1016/j.pog.2010.10.005. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-episodios-aparentemente-letales-las-primeras-S0304501310004383.*
- *Rosenblatt JS: Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. Acta Paediatr Suppl 1994 Jun; 397:3-8.*
- *Royal Brisbane and women´s hospital. Baby feeding cues (signs). 2015. Consultado: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: https://www.health.qld.gov.au/rbwh/docs/maternity/feeding-cues-term.pdf.*
- *Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Mussons FB, Urcelay IE, Conde JR, Narbona E, et al: Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc) 2009 Oct; 71(4):349-361. 10.1016/j.anpedi.2009.07.012 [doi]. Disponible en: http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/recomendaciones-el-cuidado-atencion-del/S1695403309004378/.*

- *Skugarevsky O, Wade KH, Richmond RC, Martin RM, Tilling K, Patel R, et al: Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: a cluster-randomized trial. Int J Epidemiol 2014 Aug;43(4):1263-1271. 10.1093/ije/dyu072 [doi]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121559/.*

- *Smith HA, Becker GE: Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev 2016 Aug 30;(8):CD006462. doi(8):CD006462. 10.1002/14651858.CD006462.pub4 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006462.pub4/full.*

- *The Coalition for Improving Maternity Services. Step 10: Strives to Achieve the WHO/UNICEF Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative to Promote Successful Breastfeeding. J Perinat Educ 2007 Winter; 16 Suppl 1:79S-80S. 10.1624/105812407X173227 [doi]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409135/.*

- *Thorley V: The Tenth Step of the BFHI: What midwives need to know about optimal support for mothers, post-discharge. Midwifery 2015 Jun 15. S0266-6138(15)00186-2 [pii]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815001862.*

- *Thulier D. Weighing the Facts: A Systematic Review of Expected Patterns of Weight Loss in Full-Term, Breastfed Infants. J Hum Lact 2015 Aug 7. 0890334415597681 [pii].*

- *U.S. Preventive Services. Breastfeeding: Counseling. 2008. Consultado: 15 de octubre de 2014. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breastfeeding-counseling.*

- *UNICEF UK. A guide to bottle feeding. 2015. Consultado: 27 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/start4life_guide_to_bottle_%20feeding.pdf.*

- *VVAA: La primera serie The Lancet sobre lactancia materna 2016. Lancet 2016. Disponible en: http://www.incap.org.gt/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc_view/782-the-lancet-serie-sobre-lactancia-materna-2016-espanol.*

- *VVAA: Impact of Breastfeeding on Maternal and Child Health. Acta Paeditr 2015 Diciembre 2015; Volume 104, Issue Supplement S467:134. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.2015.104.issue-S467/issuetoc.*

- *Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E: Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr 2011 Jan; 100(1):79-85. 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x/full.*
- *Winberg J: Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. Dev Psychobiol 2005 Nov;47(3):217-229. 10.1002/dev.20094 [doi]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dev.20094/epdf.*
- *Zanardo V, Straface G: The higher temperature in the areola supports the natural progression of the birth to breastfeeding continuum. PLoS One 2015 Mar 27; 10(3):e0118774. 10.1371/journal.pone.0118774 [doi]. Disponible en: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0118774.*