



Región de Murcia  
Consejería de Salud



# PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD



**Promueve y edita:**

© Región de Murcia  
Consejería de Salud  
Servicio Murciano de Salud

**Creative Commons License Deed**



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1ª Edición: Noviembre 2024.

## COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

## COORDINACIÓN TÉCNICA

Beatriz Garnica Martínez. Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría.

M<sup>a</sup> del Rocío Pérez Crespo. Pediatra. Responsable de la IHAN del SMS.

Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad

María Dolores Hernández Gil. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Esperanza Jiménez García. Enfermera. Coordinación Regional de Pediatría.

M<sup>a</sup> Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

## AUTORA

Rosario López-Sánchez Sánchez. Matrona. Supervisora de Área Materno Infantil. Hospital Comarcal del Noroeste.

## REVISIÓN

Esther Martínez Bienvenido. Matrona. IBCLC. Hospital Universitario Santa Lucía.

### Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

M<sup>a</sup> Ángeles Castaño Molina (Área I)

Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)

David Harillo Acevedo (Área III)

Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)

Mónica Hernández Martínez (Área V)

Aurora Tomás Lizcano (Área VI)

Yolanda López Benavente (Área VII)

Juana M<sup>a</sup> García García (Área VIII)

Encarnación Hernández Torres (Área IX)

### HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Revisado por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Rosario López-Sánchez	Ester Martínez	Comisión Regional Lactancia Materna	06/11/2024	Creación Documento



## ÍNDICE

1.- ABREVIATURAS .....	6
2.- INTRODUCCIÓN .....	7
3.- POBLACIÓN DIANA .....	8
4.- OBJETIVOS .....	8
5.- PERSONAL RESPONSABLE.....	9
6.- MATERIAL .....	9
7.- HABILIDADES DEL PERSONAL .....	10
8.- REGISTROS.....	11
9.- PROCEDIMIENTO .....	15
10.- ACTUACIONES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD .....	17
11.- VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PLANTA DE MATERNIDAD. PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE TOMAS SUCESIVAS.....	19
12.- HIGIENE DE LAS MAMAS .....	24
13.- USO DE CHUPETES O TETINAS.....	24
14.- REQUISITOS PARA SUPLEMENTAR .....	25
15.- CONSIDERACIONES GENERALES.....	26
16.- CESÁREAS .....	27
17.- SEPARACIÓN POR INGRESO EN NEONATOLOGÍA .....	27
18.- SEPARACIÓN POR MOTIVO MATERNO .....	28
19.- RECOMENDACIONES EN CASO DE QUE SEA NECESARIA LA EXTRACCIÓN DE LECHE .....	28
20.- MANEJO DE LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA MADRE Y EL LACTANTE .....	29
21.- PROBLEMAS MATERNOS TEMPRANOS .....	29
22.- PROBLEMAS EN EL RECIÉN NACIDO .....	31
23.- SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA.....	32
24.- CONSIDERACIONES AL ALTA.....	32
25.- INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	33
26.- SISTEMA DE REGISTRO .....	33
27.- NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN. GRADE .....	34
28.- BIBLIOGRAFÍA .....	36
29.- ANEXOS.....	37

## 1.- ABREVIATURAS

- **AEP:** Asociación Española de Pediatría.
- **AP:** Atención Primaria.
- **CPP:** Contacto piel con piel.
- **GR:** Grado de recomendación.
- **IBCLC:** Consultora certificada internacional en lactancia materna.
- **IHAN:** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
- **LM:** Lactancia materna.
- **LMS:** Formulario lactancia materna sucesivas.
- **LMP:** Lactancia materna primeras tomas.
- **NE:** Nivel de evidencia
- **NGC:** National Guideline Clearinghouse.
- **NICE:** National Institute for Clinical Excellence.
- **OMS:** Organización Mundial de la salud.
- **RNAO:** Asociación de Enfermeras de Ontario.
- **RN:** Recién nacido.
- **RP:** Razón de Prevalencia.
- **RS:** Revisiones sistemáticas.
- **SARN:** Sala de Atención al Recién Nacido.
- **SMS:** Servicio Murciano de Salud.
- **PIAM:** Plan integral de atención a la mujer.
- **SMSL:** Síndrome de muerte súbita del lactante.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## 2.- INTRODUCCIÓN

En 1989, la OMS y UNICEF tras identificar que las prácticas inadecuadas contribuían a la caída de las tasas de lactancia materna, elaboraron un documento sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad. En este documento se desarrollan los “Diez pasos hacia una lactancia natural “de la IHAN.

Estos pasos aseguran que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los bebés un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para dar el pecho, si así lo desean.

El sistema que propone la IHAN está basado en la evidencia científica y ha demostrado ser eficaz en incrementar las tasas de lactancia materna y su duración, es la que más contribuye al desarrollo saludable de la infancia en todas sus dimensiones: física, social- emocional, lingüística-cognitiva.

El personal sanitario de la planta de maternidad aborda los cuidados de la madre y del recién nacido desde las dos primeras horas de vida hasta el alta de este.

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

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

Las prácticas hospitalarias de atención al parto y la lactancia deben cumplir los estándares de calidad actualmente establecidos conforme a las recomendaciones de la estrategia nacional de atención al parto normal del SNS, del PIAM de la Región de Murcia por el Ministerio de Sanidad y Política social, y de la IHAN.

### 3.- POBLACIÓN DIANA

Madres y RN ingresados en la planta de Maternidad del Hospital; nacidos sin anomalías severas y dados de alta con la madre.

### 4.- OBJETIVOS

#### 4.1.- OBJETIVO GENERAL

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

#### 4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Unificar el contenido de la educación para la salud y los mensajes a los padres para fomentar la lactancia de forma eficiente.
- Establecer intervenciones que promuevan la lactancia materna durante el ingreso en la unidad de maternidad, garantizando la participación activa de la madre y su familia en el proceso y respetando la decisión informada sobre el tipo de alimentación que desean dar a su hijo.
- Proporcionar una ayuda práctica e individualizada a las necesidades de las madres durante el ingreso, garantizando que al alta la madre dispone de información práctica y oportuna sobre lactancia y extracción y conservación de la leche en caso necesario.
- Evitar y paliar las posibles complicaciones asociadas al amamantamiento.
- Identificar las contraindicaciones maternas para la lactancia materna y asegurarse de que la madre conoce la manera más segura y adecuada de alimentar a su hijo.

## 5.- PERSONAL RESPONSABLE

- **Dirección de Enfermería y Supervisora de Área Materno-infantil:** responsable de la divulgación, despliegue e implementación.
- **La Supervisora de Enfermería de la Unidad de Maternidad** será la responsable de que el protocolo sea conocido y velar por su cumplimiento.
- La LM debe tener un enfoque multidisciplinar. Todo personal en contacto directo con la madre y el RN, debe ser participe en la promoción de la LM (**matronas, enfermeras, TCAE, tocólogos y pediatras, profesionales en formación**) siendo responsables de aplicar y cumplir este protocolo.
- **Servicio de Calidad y Comité de Lactancia:** evaluación periódica de la implementación y/o el resultado de la aplicación del protocolo.

## 6.- MATERIAL

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

- Para alimentación con **vaso o taza**: se puede usar un recipiente casero (vaso o recipiente pequeño) o adquirir vasos especiales comercializados.
- **Almohadas** para facilitar la colocación al pecho.
- **Material audiovisual**. Pantalla de televisión en la sala de monitores para emitir videos e información sobre lactancia y cuidados del RN.
- **Cartelería y folletos informativos** con información sobre el fomento de la LM, CPP, cuidados del RN, etc.
- **Ordenadores** para el registro de información e intervenciones realizadas.

## 7.- HABILIDADES DEL PERSONAL

Entre las habilidades que se requieren para trabajar con las madres y los bebés en las maternidades se encontrarán:

- Disponer de habilidades de escucha y aprendizaje para generar confianza, asesorar y brindar apoyo.
- Conocer los beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé y el modo de transmitirlo a los progenitores.
- Conocer la importancia del inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida y cómo favorecerlo.
- Conocer la técnica de lactancia materna y cómo evaluar una tomas.
- Saber asesorar a las madres sobre el posicionamiento y el enganche adecuado.
- Tener capacidad para resolver las dudas más habituales que tienen las madres respecto a su lactancia (producción insuficiente de leche, lactante con llanto frecuente o escasa avidez por el pecho, madre con pezones planos o invertidos, ingurgitación del pecho, dolor en la toma, grietas o mastitis).
- Conocer los métodos para la extracción de la leche del pecho (manual y mediante extractor).
- Saber cuáles son las indicaciones de suplementar la lactancia materna y el método más apropiado según el caso (sonda, dedo jeringa, vasito, etc.).

- Conocer la normativa de lactancia materna del Servicio Murciano de Salud.

## 8.- REGISTROS

El personal de enfermería y matronas que atienden a las madres y a los recién nacidos en los hospitales del SMS, utilizan una serie de formularios en el aplicativo SELENE, donde se registra todo lo concerniente a la atención del RN y a su madre con respecto a la lactancia materna.

### 1.- Formulario de Lactancia materna primera toma (LMP).

Lo realiza la matrona en el postparto inmediato antes de que la madre sea trasladada a la planta de maternidad. Este formulario incluye:

- Lactancia anterior (si la ha habido); tipo, exclusiva, parcial o fórmula.
- Duración en meses de la misma.
- Si inicia o no inicia, si la respuesta es afirmativa, se registra lugar de inicio de la primera toma (paritorio, planta, quirófano o REA).
- Momento de inicio (durante la 1ª, 2ª o 3ª hora).
- Como ha sido ese inicio (agarre completo, parcial o no consigue agarrarse).

### 2.- Formulario de lactancia materna sucesiva (LMS).

Lo realiza la enfermera o la matrona indistintamente tras la observación de la toma en la planta de maternidad. Al alta del recién nacido será realizado por la matrona, esta información volcará al informe de continuidad de cuidados para que la matrona de atención primaria lo más precozmente posible pueda actuar en caso de que algún patrón esté alterado o esté en riesgo la lactancia. En el SMS las puérperas al alta se van con cita para su matrona de zona antes de las 72 horas tras el alta hospitalaria.

Además, en el SMS la observación de la toma se realiza utilizando la escala LACTCH (Lacth, Audible swallowing, Type os nipple, Confort, Hold) que valora la eficacia de la lactancia materna, permite obtener información sistemática y repetible, es fácil y rápida de utilizar, y está traducida y validada en español. Puede ser útil para detectar madres con riesgo de abandono precoz de la lactancia

materna. Su puntuación va del 0 al 10, siendo las puntuaciones menores las que se identifican con madres que precisan mayor apoyo.

**Este formulario incluye:**

- Lactancia anterior (si la ha habido) y tipo: exclusiva, parcial o fórmula.
- Inicio de la lactancia e inicio de la 1ª toma de LM (agarre completo, parcial o no consigue agarrarse).
- La información de estos dos primeros apartados se vuelca del formulario LMP al LMS.

**Por otro lado, se incluye:**

- Patrones de comunicación madre- recién nacido.
- La madre reconoce y responde a las señales del bebé (SI o NO).
- La madre mantiene CPP con su bebé (SI NO).
- Intención de la madre: exclusiva, parcial o fórmula.

**Si bien, en los dos primeros casos continuaríamos con la valoración de las tomas, que incluye:**

- Agarre (escala LATCH, anexo 13)
  - Demasiado dormido.
  - No se coge al pecho.
  - Repetidos intentos de cogerse.
  - Mantiene el pezón en la boca
  - Llega a succionar.
  - Agarra el pecho.
  - Lengua debajo.
  - Labios que ajustan.
  - Succión rítmica.
- Deglución audible (escala LATCH)
  - Ninguna.
  - Un poco si se estimula.
  - Espontáneo e intermitente si menor de 24 horas.
  - Espontáneo y frecuente si mayor de 24 horas.

- Tipo de pezón (escala LATCH)
  - Invertidos.
  - Planos.
  - Evertidos tras estimulación.
- Comodidad pecho y pezón (escala LATCH)
  - Ingurgitados.
  - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes.
  - Disconfort o dolor severo.
  - Mamas llenas.
  - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras.
  - Disconfort o dolor medio/moderado.
  - Mamas blandas.
  - No dolor.
- Postura/colocación al pecho (escala LATCH)
  - Ayuda total.
  - Mínima ayuda.
  - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca del otro.
  - El personal lo coloca y la madre sigue.
  - No es necesaria la ayuda del personal.
  - La madre es capaz de mantener el niño al pecho.
  - Dolor al agarre (escala EVA) 0-10.
  - Dolor durante la toma (escala EVA) 0-10.
  - Grado de satisfacción materna:
    - ✓ Satisfecha.
    - ✓ No satisfecha/preocupada/insegura.
    - ✓ Apoyo familiar-social (SI o NO).

En la escala LATCH cada ítem se puntúa de 0 a 2. La puntuación más alta (10) se corresponde con una situación muy favorable que no requiere intervención, y la puntuación más baja (0) es la que más atención va a necesitar por parte de los profesionales

### 3.- Formulario de evolución del RN



En este formulario se registra la actividad diaria y procedimientos, peso, temperatura, micciones y deposiciones en incluye un cálculo del % de pérdida de peso y un apartado sobre alimentación donde se registra:

- Fecha y hora de administración de sucedáneos.
- Volumen toma de sucedáneo (en ml).
- Motivo de indicación del sucedáneo.
- Tipo de sucedáneo.
- Forma de administración de sucedáneos:
  - Biberón
  - Jeringa
  - Vaso
- Formula infantil.
- Glucosa.
- Petición materna previa información.
- Pérdida de Peso.
- Hipoglucemia.
- Motivos clínicos maternos.
- Otro.

#### **4.- Formulario de alta del RN**

En este formulario se vuelcan los datos del formulario evolución del RN, calcula la pérdida fisiológica del RN con el peso al nacimiento y el peso al alta, y el tipo de lactancia al alta, exclusiva, mixta o artificial.

#### **5.- Formulario del RN ingresado**

Es el formulario que se rellena sobre la madre en los casos en los que el bebé se encuentra ingresado en la unidad neonatal y la madre está en la maternidad. En él se registra el estado del pecho y la pauta de extracciones que realiza la madre.

## 9.- PROCEDIMIENTO

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

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

Preguntar a la madre el **tipo de alimentación que desea dar a su hijo y respetar su decisión**. La decisión tomada por la madre es respetable e indiscutible. Sólo en caso de haber recibido información previamente, presentar dudas o indecisión se aconsejará la lactancia, informando sobre los beneficios de la LM.

### ***a.- Si la decisión es la lactancia artificial:***

**Informar sobre la administración de las tomas con biberón durante el ingreso.**

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

### ***b.- Si la decisión es la lactancia materna:***

1.- Revisar historia clínica para obtener información:

- \* **Incidencias del parto**, el tipo de parto, evolución en puerperio inmediato, etc.
- \* Visualizar el formulario de lactancia materna primera toma (**LMP**), así sabremos si ha iniciado la primera toma y si ha sido efectiva.
- \* Si existen **contraindicaciones para la lactancia**.
- \* Identificar factores de riesgo materno/fetales que pueden afectar a la LM para ofrecer ayuda directa y sistemática durante su ingreso y al alta.
- \* **Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.**

2.- **Identificar la medicación** utilizada durante el ingreso (antes, durante y después del parto) que pueda influir en la lactancia (7). Consultar [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)

- 3.- **Registrar en historia clínica**, en los formularios destinados a la madre y el recién nacido y planificar los cuidados necesarios.
- 4.- Si a la llegada de la madre y RN a la planta, **el bebé está mamando**, se esperará a que finalice la toma para realizar los procedimientos rutinarios a la madre y al bebé.
- 5.- **Ofrecer información verbal concisa sobre:** comportamiento del bebé en las primeras horas, cómo son las tomas, cómo despertar al bebé si es preciso, cómo identificar las señales de hambre del recién nacido. Es muy importante explicar cómo funciona **la lactancia materna a demanda y sin restricciones**.
- 6.- **Enseñar la extracción manual y cómo almacenar la leche materna.**
- 7.- **No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebida que no sea la leche materna**, a no ser que esté medicamente indicado, incluyendo las indicaciones médicas para suplementar, la forma de administración y registro de los suplementos.
- 6.- **Se asegurará el alojamiento conjunto madre-hijo** durante su estancia en Maternidad, junto con el acompañante si lo desea. El recién nacido no se separará de su madre, permanecerán juntos las 24 horas del día, salvo por indicación médica.
- 7.- Se sugiere el colecho en la maternidad como una práctica que favorece el buen inicio de la lactancia materna y el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como una opción que ayuda a la madre a mantener la lactancia materna siempre y cuando se mantengan las condiciones que favorecen el colecho seguro. (*Recomendación débil. Anexo 2: Colecho seguro*).
- 8.- Cualquier tipo de actuación rutinaria de asistencia al recién nacido sano se realizará en **presencia de los padres**. La valoración pediátrica del RN a las 24 horas de vida y al alta, se realizarán en presencia de los padres o familiar designado por estos.
- 9.- **Respetar el momento de las tomas y posponer procedimientos**, pase de visita de la madre o el RN hasta que la toma haya finalizado.
- 10.- Las **manipulaciones molestas** o dolorosas que precise el RN como, inyección intramuscular de la vitamina K para profilaxis antihemorrágica, glucemias, pruebas metabólicas, nivel de bilirrubina o pruebas del talón, se intentarán realizar cuando **el niño esté contenido por la madre y succione bien del pecho** o, en casos de seguir alimentación artificial, del chupete, para

aprovechar el efecto analgésico demostrado. Se informará antes a los padres y se respetará su decisión.

**11.- No dar biberones, chupetes ni tetinas a bebés que son amamantados.**

## 10.- ACTUACIONES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD

### A. PIEL CON PIEL E INICIO DE LA LACTANCIA

El recién nacido está especialmente en alerta después de un parto normal, momento que debemos aprovechar si las condiciones de la madre y el RN lo permiten, se coloque al niño sobre el pecho de su madre promoviendo el contacto piel con piel y el mutuo reconocimiento.

El Servicio Murciano de Salud dispone de un protocolo regional normalizado sobre el contacto precoz “piel con piel” que puede consultarse en el espacio virtual de Murcia Salud destinado al programa de atención en los 1000 primeros días de vida. *Recomendación fuerte, Nivel de evidencia (NE) Ia.*

A la llegada de la madre y RN a la planta de maternidad desde paritorio o Reanimación, se debe preguntar a la madre que tipo de alimentación ha decidido.

### B. COLOCACIÓN Y POSTURAS PARA AMAMANTAR

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

Cuando la diada lactante no logra que la posición, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos, pueden surgir problemas o dificultades en la lactancia, como dolor o traumatismo en el pezón, que puede desembocar en el cese precoz de la lactancia. Para evitar el dolor y/o traumatismo en el pezón se dará a las madres información y ayuda para que la posición y agarre sean efectivos. La primera estrategia de apoyo en este sentido es la valoración y ayudar a lograr un agarre adecuado. (Anexo 3: Posturas para amamantar).



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

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

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

### **C. LACTANCIA MATERNA A DEMANDA Y SIN RESTRICCIONES**

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

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

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

- Necesitan alimentarse con más frecuencia que los que se alimentan con biberón o con biberón y pecho.
- Es normal que las tomas varían en frecuencia y duración y esto no es indicativo de que la cantidad de leche sea insuficiente.
- El apoyo de los profesionales y familiares es fundamental para lograr una alimentación basada en las señales del bebé, siendo de ayuda aspectos como comprender las señales, adoptar posturas y agarre efectivos, favorecer la lactancia con un ambiente tranquilo. Se involucrará al padre o acompañante para que apoye y favorezca la lactancia a demanda.
- Los RN sanos no suelen mamar mucho el primer día de vida; tienen reservas de energía que pueden usar hasta que aumente la cantidad de leche en el pecho. El calostro les proporciona todo lo que necesitan. No obstante, se recomienda que la madre le ofrezca el pecho con regularidad 8-12 veces al día hasta que se produzca la subida de la leche
- El recién nacido debe de hacer tomas frecuentes, y que si es preciso hay que despertarle. Se recomienda estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cuatro horas de la última toma.
- Algunos fármacos para aliviar el dolor en el parto hacen que los niños estén algo más dormidos. Si es así, animar a la madre a permitir el contacto de su hijo con su pecho todo el tiempo que pueda y darle el calostro extraído manualmente si está muy adormecido y no consigue agarrarse.

## **11.- VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PLANTA DE MATERNIDAD. PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE TOMAS SUCESIVAS**

- 1. Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas. (Nivel de Evidencia IV).**
- 2. Observación de la toma (buena postura, buen agarre y signos de transferencia de leche):**

- 2.1. Para promover el inicio del amamantamiento se realizarán valoraciones de la toma durante el ingreso en la maternidad, así dispondremos de una buena oportunidad para tratar cualquier preocupación relacionada con la lactancia, detectar posibles problemas y determinar las intervenciones más adecuadas de forma precoz.
- 2.2. La matrona valorará la primera toma en paritorio, se registra en el formulario (LMP).
- 2.3. Posteriormente a la llegada a planta y antes de las 6 horas de vida, se observará la toma, la valoración será llevada a cabo por la enfermera y/o auxiliar de la maternidad.
- 2.4. Si un recién nacido no ha realizado la primera toma al pecho en paritorio, tras revisar historia clínica, se procederá a ayudar a la madre y se observará una toma.
- 2.5. La observación de la toma se realizará una vez por turno las primeras 24 horas, y se procederá al registro en SELENE del formulario LMS. En lactancias que no haya ningún problema, una vez al día.

La matrona de planta, coordinándose con la enfermera-auxiliar, vigilarán más estrechamente, a las madres que presentan un amamantamiento ineficaz y a las que se irán de alta al día siguiente. Para ello es importante presenciar una toma para valorar la técnica de amamantamiento para poder corregir el tipo de agarre del recién nacido, la posición de amamantamiento y solucionar problemas como el dolor o las grietas, si existieran. Asimismo, se darían respuesta a todas las dudas e inquietudes de los padres en ese momento.

Si bien, se comenzará con la visita de aquellos recién nacidos susceptibles de alta hospitalaria ese día, con el objetivo de poder identificar y solventar, en la medida de lo posible, los problemas detectados para que los padres se vayan seguros y reforzados en el tema de la lactancia. Para ello, se debe establecer un ambiente tranquilo y de confianza donde la madre sienta validados sus sentimientos y sea capaz de expresar sus dificultades, necesidades y deseos. La relación que se establezca puede determinar que los cambios deseados se lleven a la práctica. Además, se preguntará a la madre por la frecuencia de las tomas, forma de alimentación en las últimas 24h, deseos de alimentación del bebé tras el alta hospitalaria, presencia de dolor u otras dudas.

En las lactancias que no presenten dificultades, no será necesaria ninguna valoración adicional (en ese turno), quedando el personal a disposición de la madre para lo que pueda necesitar.

Si bien, las lactancias en las que se haya identificado algún tipo de problema, serán reevaluadas cada vez que se considere necesario en el turno, transmitiendo los problemas detectados al relevo de la noche para mantener una atención continuada de los mismos. Por ello, con el fin de facilitar la

identificación precoz de complicaciones, cuando un recién nacido llega a la planta tras el nacimiento, puede ser útil y ágil, usar una tabla para visualizar los pesos desde el nacimiento al alta y ver el porcentaje de pérdida de peso por día. (Anexo 4: Tabla de seguimiento en planta recién nacidos en planta).

La evaluación de la toma y las intervenciones que se realicen se registrarán en la historia electrónica

2.6. En caso de dificultades se realizará extracción manual precoz de leche materna para favorecer la producción láctea y prevenir la hipogalactia. (Anexo 5: Técnica de extracción de leche)

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

### 3. Pérdida de peso y suplementación

Cabe destacar que es fundamental realizar un seguimiento de la pérdida de peso del recién nacido. Durante los primeros días, los recién nacidos experimentan, de forma universal, una pérdida de peso que se considera fisiológica. La tabla siguiente (adaptada de Flaherman y col.) está elaborada a partir de una muestra de recién nacidos de edad gestacional igual o superior a 36 semanas alimentados exclusivamente con pecho. En ella se resume la media de esta pérdida de peso y el percentil 90, según las horas de vida, desagregados según vía de parto.

Horas de vida	12h	24h	36h	48h	60h	72h	84h
<b>Parto vaginal media</b>	2%	4%	6%	7%	7%	6,5%	
<b>Parto vaginal (p90)</b>	3,5%	6%	8%	9%	10%	10,5%	
<b>Parto por cesárea (media)</b>	3%	5%	7%	8%	8,5%	8,5%	7,5%
<b>Parto por cesárea (p90)</b>	4%	6,5%	8,5%	10%	11%	11.5%	11%

Tabla 1. Tabla adaptada de Flaherman y col. Elaborada por: Proyecto Mimala.

Aunque la pérdida de peso fisiológica es bien tolerada por la mayoría de recién nacidos, una pérdida excesiva se asocia con complicaciones como la deshidratación y la hiperbilirrubinemia. Por ello, aquellos casos en los que se rebase el percentil 90, será necesario analizar en profundidad el estado de la lactancia. En caso de que sea preciso suplementar la lactancia materna, esto se planteará como algo transitorio, haciendo un rescate progresivo a la lactancia materna al pecho a demanda conforme aumente la cantidad de leche que tome del pecho.

- Identificar de forma precoz las pérdidas excesivas nos va a ayudar a establecer la estrategia de alimentación del recién nacido más adecuada durante su estancia en la maternidad.
- De forma general, si la pérdida es superior al 5% en las primeras 24h de vida, se fomentará la extracción manual de calostro y suplementación del mismo mediante técnica dedo-jeringa o sonda colocada al pecho. De esta forma se conseguirá, en primer lugar, frenar la pérdida de peso y, en segundo lugar, tanto estimular la producción de calostro como estimular al recién nacido para que realice mejor las tomas.
- Nuestra primera elección será suplementar con leche materna extraída. En los primeros días postparto, la forma más adecuada de extraer el calostro es de forma manual.
- Una vez tiene lugar la lactogénesis II son igualmente válidas la extracción manual o mediante extractor.
- Si no fuera posible suplementar con leche materna extraída, la alternativa es la fórmula artificial disponible en la maternidad. En aquellos casos con riesgo elevado de alergia a proteína de leche de vaca (familiares directos con alergia o proteína de leche de vaca), la evidencia respecto al efecto protector de emplear una fórmula hidrolizada es controvertido.
- Utilizar métodos de suplementación que mejor se adecue a las necesidades del bebé y de la madre, evitando el uso de tetinas siempre que sea posible y utilizar otros métodos alternativos que no comprometan la transición al pecho.
- Si es necesario suplementar ya sea con leche materna como con leche artificial, se hará siempre después de la toma de pecho o durante la misma con un suplementador.
- En cuanto a volumen del suplemento, no existe pauta general válida para todos los recién nacidos. Será necesario individualizar el caso. La suplementación no debe

constituir el aporte completo del niño. Su alimentación principal debe seguir siendo el pecho. Por ello no debemos dar volúmenes muy cuantiosos ni muy frecuentes, que ocasionarían escaso interés en el enganche del pecho.

- Cuando existan pérdidas de peso por encima del 7% será avisada la matrona y por encima del 8% se le comunicará también al pediatra. Además, a todo recién nacido que se vaya de alta con pérdidas de peso por encima del 8% se le realizará un seguimiento en la consulta de lactancia materna hasta que se evidencie la ganancia ponderal, siempre informando a los padres de los signos que deben vigilar en su domicilio para asegurar el adecuado estado de hidratación del bebé.

#### **4. Valoración de la madre**

- No hay dolor o molestias durante o entre las tomas.
- No hay signos de ingurgitación mamaria.
- Signos de lactogénesis II a partir de las 48/72 horas.
- Aumento notable del volumen de leche antes del quinto día.
- La madre reconoce las señales de hambre. (Anexo 6: Cómo identificar las señales de hambre).
- La madre sabe despertar al recién nacido si fuera necesario.
- Se siente segura y confía en su capacidad para amamantar.
- Tiene apoyo de su pareja, familia, grupos de apoyo, etc.

#### **5. Valoración del RN.**

- Realiza al menos ocho tomas en 24 horas sin ayuno de más de cuatro-seis horas.
- Da señales de disposición para mamar al menos 8 veces al día: bostezos, movimientos oculares, chupeteo o búsqueda, chuparse el puño
- Está alerta al principio de la toma y cuando está saciado suelta el pecho espontáneamente y se muestra satisfecho y relajado.
- Muestra un buen agarre realizando succiones efectivas y se le oye tragar

- Muestra signos de buena hidratación (mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente)
- Muestra coloración normal de piel y mucosas y no está excesivamente icterico.
- Un patrón adecuado de deposiciones y micciones indica una ingesta adecuada según el día de vida. (Anexo 7: Excretas normales en el lactante hospitalizado).
- Se debe examinar la cavidad oral para observar la integridad del paladar, su simetría y cualquier signo de limitación de la movilidad de la lengua (anquiloglosia o “frenillo”), en función de los resultados, se indicará la valoración por el pediatra o cirujano pediátrico.
- Dar ayuda práctica concreta y concisa en los primeros momentos, con lenguaje verbal y no verbal. Si la madre lo requiere, o se observan signos de un amamantamiento ineficaz, se reforzará la técnica y posición
- A las madres cuyos hijos succionen de forma ineficaz, se les recomendará la estimulación y extracción de leche. La madre debe ser informada de que la capacidad gástrica del RN es pequeña y de que no necesita preocuparse por el volumen extraído, ya que es adecuado para sus necesidades y que por eso es importante que las tomas sean frecuentes.

## 12.- HIGIENE DE LAS MAMAS

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

## 13.- USO DE CHUPETES O TETINAS

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

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

profundamente, lo que puede conllevar una reducción del suministro de leche por insuficiente estimulación del pecho.

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

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

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

Recomendar evitar el uso de biberones y chupetes al menos durante el primer mes, hasta que la lactancia esté bien establecida, ya que puede producir, en las primeras semanas, mal enganche posterior al pecho e ingurgitación mamaria con disminución de la producción de leche.

En los momentos en que no se encuentre la madre presente o hubiese que dar suplementos, se administrará la alimentación con un método respetuoso con la LM (dedo-jeringa, jeringa, cucharita o vasito).

## 14.- REQUISITOS PARA SUPLEMENTAR

- Evaluación de la toma y apoyo en caso de detección de dificultades.
- Información a los padres de los inconvenientes para el niño y la lactancia.
- Indicación médica que lo justifique.
- Consentimiento verbal de los padres.

### RECOMENDACIONES SI ES PRECISO SUPLEMENTAR

- Mantener el contacto directo (CPP), seguir poniendo al lactante al pecho con cada señal de hambre.
- Expresión manual después de cada toma y extracción (manual/sacaleches) durante 10- 15 minutos cada vez que el lactante reciba suplementos para estimular la producción de leche.

- Utilizar siempre la leche materna exprimida de la propia madre y, a continuación, cantidades limitadas de leche de inicio.
- Registrar en la historia del RN si ha recibido suplementos de leche artificial por cualquier tipo de dificultad con la lactancia y/o indicación médica los primeros días, a petición paterna, independientemente de que al alta esté con lactancia exclusiva
- Cuando los padres solicitan un suplemento, ofrecer la información y apoyo adecuados, no ser autoritarios, calmar al RN y dar suplemento habiendo informado. Es responsabilidad del profesional sanitario informar plenamente a los padres de los beneficios y riesgos de los suplementos, dejar constancia de las decisiones de los padres y apoyarles una vez que hayan tomado una decisión (13).
- Registrar en la pestaña de alimentación del formulario del RN indicando que se administra suplemento a petición de los padres y que la decisión ha sido informada.

## 15.- CONSIDERACIONES GENERALES

### 1.- Vigilar estrechamente la evolución de la lactancia en las siguientes situaciones:

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

### 2.- La administración de suplementos debe realizarse teniendo en cuenta las indicaciones médicas para su administración por lo tanto ante la sospecha de ingesta insuficiente de leche:

- Informar a la madre de la necesidad de poner más a menudo a su hijo al pecho y/o enseñar técnica de extracción para poder suplementar con leche materna.
- En caso de duda, comentar con el pediatra para que valore la necesidad de administrar suplementos y los prescriba.

## 16.- CESÁREAS

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

La separación madre-hijo se evitará siempre que sea posible, no separar a la madre de su hijo a no ser que esté medicamente indicado.

En caso de separación madre-hijo, y que el RN esté siendo vigilado en la SARN, informar al padre/acompañante de que la madre puede tardar en llegar a la planta 2-3 horas mientras está en proceso de recuperación en la sala de despertar y que en caso de desear lactancia materna podemos esperar para iniciarla, vigilando signos de hipoglucemia. Si bien, en caso de que el padre o familiar nos informe de que la madre no desea dar lactancia materna, administrar lactancia artificial según protocolo. Además, cuando llegue la madre a planta, seguir los mismos pasos que para los partos vaginales.

Por otro lado, se animará y ayudará a la madre a realizar el CPP independientemente del tipo de alimentación que haya decidido. Además, facilitaremos la primera puesta al pecho si la madre desea lactar y aún no se ha producido la primera toma.

Se proporcionarán a la madre almohadas, toallas, para soportar el peso del bebé, así como medidas de apoyo para facilitar una correcta colocación al pecho. La guía NICE recomienda ofrecer apoyo adicional a las madres que han tenido parto por cesárea, ya que pueden necesitar ayuda con la colocación del RN para proteger la cicatriz. Sugerir posturas para evitar la presión sobre el abdomen como la del “balón de rugby”, acostada de lado. Manejar el nivel de dolor tras la cesárea para fomentar el inicio de la LM.

## 17.- SEPARACIÓN POR INGRESO EN NEONATOLOGÍA

Cuando la madre llegue a la planta preguntar cómo había pensado alimentar a su hijo y dejarlo reflejado en la historia clínica. No presionar a los padres si han tomado la decisión informada de no dar el pecho. Además, si se desea LM, La madre deberá comenzar a extraerse la leche lo antes posible, idealmente dentro de las primeras horas posparto si la madre se encuentra bien. La

matrona le enseñará la extracción manual en la unidad de paritorio (Anexo 8: Algoritmo prevención hipogalactia).

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

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

## 18.- SEPARACIÓN POR MOTIVO MATERNO

En caso de legrado puerperal u otras intervenciones: la madre dará de mamar justo antes de ir a quirófano para la intervención. Si no es posible el amamantamiento directo, la madre se extraerá leche para ofrecérsela al RN cuando demande mamar y ella todavía no haya regresado a la planta.

Revisar compatibilidad de la medicación usada con la lactancia. Se deben usar fármacos compatibles y con vida media corta, así cuando la madre vuelva a la planta podrá reanudar la lactancia de forma inmediata.

Por otro lado, si la madre tiene que ingresar en la unidad de reanimación, la matrona enseñará a la madre las técnicas de extracción manual o con bomba.

## 19.- RECOMENDACIONES EN CASO DE QUE SEA NECESARIA LA EXTRACCIÓN DE LECHE

1. Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna, cuando proceda. (NE V)
2. Se sugiere que las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente, preferentemente con extracción manual, y el calostro obtenido se le ofrezca al RN con vasito, cuchara o jeringa. Recomendación débil.

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

## 20.- MANEJO DE LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA MADRE Y EL LACTANTE

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

COMPLICACIONES TEMPRANAS DE LAS MAMAS	COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS MAMAS
<ul style="list-style-type: none"><li>-Dolor en los pezones</li><li>- Grietas</li><li>- Ingurgitación mamaria</li><li>- Pezón plano, invertido o pseudoinvertido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dificultades que pueden aparecer trascurridas las 48 horas del parto.</li><li>- Obstrucción de un conducto lácteo.</li><li>- Mastitis secundaria a la ingurgitación mamaria.</li></ul>

Tabla 2. Complicaciones de las mamas.

## 21.- PROBLEMAS MATERNOS TEMPRANOS

### 1. Ingurgitación mamaria

- Se recomienda valorar la toma (posición y agarre adecuados) y aumentar la frecuencia de las tomas. *Recomendación fuerte.*
- Se recomienda, si no hay alergia o contraindicaciones, tomar ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol. *Recomendación fuerte.*

- Se sugiere que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se dé una ducha caliente o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho. *Recomendación débil.*
- Se recomienda descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
- La presión inversa suavizante puede ayudar a favorecer el agarre cuando se da una ingurgitación mamaria. (Anexo 9: Presión inversa suavizante).

## 2. Pezones planos/invertidos/pseudoinvertidos

- Tanto en el caso de pezones invertidos como planos, se recomienda prestar apoyo para favorecer el agarre al pecho, el contacto piel con piel y la utilización de la postura de afianzamiento espontáneo. Asimismo, también se puede estimular el pezón rotándolo un poco, mojándolo con agua fría justo antes de mamar o aspirando con un extractor de leche o con una jeringa. *Recomendación débil.*
- Si tras estas medidas no se consigue un buen agarre, se recomienda probar con la utilización de pezoneras. (Anexo 10: Uso adecuado de pezoneras)
- Es importante saber que se recomienda el uso de pezoneras, se debe asesorar en cuanto a la talla adecuada y se vigilarán las tomas de forma más estrecha, asegurándonos de que las tomas son efectivas.
- Cuando se usan pezoneras, se recomienda vaciar el pecho mediante extracción manual o con sacaleches después de las tomas, si el bebe no es capaz de vaciarlo adecuadamente..

## 3. Grietas

- Añadir lanolina no reduce el dolor, ni las lesiones ni aumenta la duración de la lactancia materna, aunque la satisfacción materna es ligeramente superior con lanolina frente a no hacer nada.
- Aplicar leche materna no difiere de forma significativa con no hacer nada.
- Aplicar leche materna extraída reduce el dolor y mejora la curación de las lesiones pezón entre el 4º y 5º día frente al uso de lanolina.
- Se debe identificar la causa y prestar el apoyo necesario hasta conseguir una posición y agarre adecuados. Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad para ella y para el lactante, respetar su uso, siempre y cuando no

se trate de una crema que haya que retirar. (Anexo 11: Abordaje del dolor en el pezón y las mamas).

## 22.- PROBLEMAS EN EL RECIÉN NACIDO

### 1.- Pérdida excesiva de peso en el lactante amamantado.

- Ante un lactante amamantado que presenta una pérdida excesiva de peso del 7 % o más en los tres primeros días se debe investigar cuál es la causa de esa pérdida de peso excesiva. (Anexo 12: Algoritmo para la pérdida excesiva de peso).

### 2.- Recién nacido adormilado, que no demanda o no realiza tomas efectivas.

- Estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma, mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa y ayudarles a engancharse al pecho si es preciso
- Los intervalos largos entre tomas normalmente no comportan riesgo y por lo tanto, no es necesario administrar suplementos de modo rutinario. *Recomendación fuerte.*
- Hasta conseguir una toma eficaz se recomienda que la madre se extraiga calostro para estimular y mantener la producción de la leche y se la ofrezca al recién nacido con vasito, cucharita o jeringa. *Recomendación fuerte.*

### 3.- Anquiloglosia

- Antes de practicar una frenotomía en los lactantes con anquiloglosia, se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna. La evaluación y diagnóstico debe ser realizado por un profesional formado y utilizando herramientas validadas.
- Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería derivar para la realización de una frenotomía por profesionales expertos antes del alta para mejorar la efectividad de la lactancia.
- Cuando se detecte un lactante con posible anquiloglosia, se comentará con el pediatra que valorará si es necesaria la derivación, en tal caso, se hará una interconsulta a cirugía pediátrica para que sean valorados tras el alta.

## 23.- SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA

Existen dos situaciones ante la decisión de inhibir la lactancia:

1. Cuando la inhibición se decide antes de comenzar la lactancia
2. Cuando ya se ha establecido la lactancia y se decide inhibirla.

La supresión de la lactancia se puede realizar mediante:

- Inhibición fisiológica. En la que se ofrecen una serie de medidas para disminuir la producción como evitar el estímulo, frío local, antiinflamatorios y extracción mínima de leche para conseguir confort.
- Inhibición farmacológica. El fármaco más usado es la cabergolina, que inhibe la secreción de prolactina. Su administración no evita al 100% una potencial “subida de la leche”

## 24.- CONSIDERACIONES AL ALTA

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

1. Se hará la valoración de una toma. (NE IV).
2. Se enseñará la extracción manual (NE Ia, V).
3. Se enseñará la técnica de la presión inversa suavizante.
4. Confirmar que los padres saben identificar los signos de alarma que les pueden indicar problemas con la lactancia.
5. Favorecer la primera visita con el pediatra y matrona en las primeras 96 horas tras el alta.
6. Informar a los padres que ante cualquier duda o dificultad pueden acudir a su centro de salud para asesorarse.
7. Informar acerca de los grupos de apoyo y los talleres de lactancia.
8. Dar informe de alta en el que se deje constancia del tipo de lactancia, estado de las mamas y cualquier complicación potencial como el riesgo de lactancia materna ineficaz.

## 25.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

### 1. Indicadores de proceso

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

### 2. Indicadores de resultado en pacientes

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

## 26.- SISTEMA DE REGISTRO

Registrar en historia clínica el tipo de alimentación deseada y planificar los cuidados en la madre y el bebé derivados del tipo de alimentación decidida, así como la información proporcionada a la madre y la evolución de la lactancia. Formularios de SELENE destinados para tal fin.

## 27.- NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN. GRADE

CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA EN EL SISTEMA GRADE			
Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si:	Aumentar la calidad si:
<b>Alta</b>	ECA	Limitación en el diseño: -Importante (-1) - Muy importante (-2) - Inconsistencia (-1) Evidencia directa: -Alguna incertidumbre (-1) -Gran incertidumbre (-2) - Datos imprecisos (-1) Sesgo de publicación -Alta probabilidad (-1)	Asociación Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1) Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
<b>Moderada</b>			
<b>Baja</b>	Estudios observacionales		
<b>Muy baja</b>	Otros tipos de diseño		

Tabla 3. Escala Grade.

<b>IMPLICACIONES DE LA FUEZA ED RECOMENDACIÓN EN EL SISTEMA GRADE</b>		
<b>Implicaciones de una recomendación fuerte</b>		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
<b>Implicaciones de una recomendación débil</b>		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

Tabla 4. Escala Grade.

## 28.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS | Lactancia materna. WHO [Internet]. 2013; Available from:  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/)
2. Proyecto Mimala. Servicio Murciano de Salud.
3. Pediatrics TAA of. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2012;129(3):e827-41. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22371471>
4. Garcia-Roldan A, Guerrero Etxeberria E, Hernández-Aguilar MT, Legarra Pellicer C, Martínez-Herrera Merino B, Quintana Pantaleón R, Ibarroyen Roteta N FGR. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES IGUALDAD. 2017;316. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/guia\\_de\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf)  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf)
5. Baby-friendly Hospital Initiative. Implementation Guidance [Internet]. 2018. Available from:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
6. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre. Guía de Actuación en el Nacimiento y La Lactancia Materna para profesionales sanitarios. 2011;63:340–56. Available from:  
[http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia\\_lm\\_h12o\\_2011.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf)
7. Asociación de enfermeras de Ontario (RNAO). Lactancia materna- Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la Continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición julio 2018. Disponible versión en español en:  
[http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015\\_Lactancia\\_Materna.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015_Lactancia_Materna.pdf)
8. NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en Febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.
9. Kellams A, Harrel C, Omege S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(4):188–98.
10. Lozano De La Torre, M.J.; Lactancia Materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Capítulo 1. Lactancia Materna: (279-286), Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.SEGHNP-AEP.

## 29.- ANEXOS

### ANEXO 1. CONSEJOS PARA DAR EL BIBERÓN CON SEGURIDAD

**CONSEJOS PARA DAR EL BIBERÓN CON SEGURIDAD**

#### LIMPIEZA



Lávese las manos con agua y jabón



Lave concienzudamente todos los utensilios con agua jabonosa caliente con cepillos específicos para biberones



Aclare bien con agua potable limpia

#### ESTERILIZACIÓN

Los utensilios, una vez limpios, pueden esterilizarse mediante un esterilizador comercial o una cazuela con agua hirviendo:



Llene una cazuela con agua



Sumerja los utensilios limpios. Deben estar cubiertos de agua y sin burbujas en su interior



Tape la cazuela, lleve a ebullición y mantenerla durante 10 minutos.



Mantenga la cazuela tapada hasta que necesite los utensilios

#### PREPARACIÓN

1. Lea las instrucciones que figuran en el envase para saber qué cantidad de agua y polvo necesita. Usar más o menos polvo del indicado puede hacer enfermar a su bebé.
2. Vierta la cantidad apropiada de agua hervida en un biberón limpio y esterilizado. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no la deje enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla. **¡NUNCA UTILIZAR MICROONDAS!**
3. Agregue la cantidad exacta de polvo al agua del biberón. Cierre el biberón y agítelo suavemente. Enfríe bajo el grifo.
4. Vierta unas gotas en el interior de la muñeca para comprobar la temperatura; la teta debe estar tibia no caliente.

- Dárselo **siempre en brazos**, y favoreciendo el mayor contacto piel con piel posible, con contacto visual, especialmente las primeras semanas, para favorecer el vínculo.
- A demanda
- Mantener el biberón lo más horizontal posible sin levantar la base del biberón, para que el bebé regule la cantidad de leche que necesita.
- Procurar que sea siempre la misma persona la que alimente al bebé.
- **Cambiar de lado** en cada toma.
- Permitir que el bebé eructe a mitad y al final de la toma.

#### EMPLEO



Deshechar la toma que no haya sido consumida en un plazo máximo de 2 horas.

**FUERA DE CASA:** puede preparar las tomas utilizando agua envasada a temperatura ambiente, añadir la leche y administrar inmediatamente.

Lo más higiénico es preparar el alimento para cada toma y administrárselo al bebé de inmediato. Si necesita preparar tomas por adelantado para alimentar al bebé más adelante, habrá de preparar cada biberón por separado, enfriar los biberones rápidamente y meterlos en el frigorífico (a menos de 5°C). Deseche toda toma refrigerada que no haya sido utilizada en 24 horas. Las tomas preparadas con agua a menos de 70°C deben consumirse inmediatamente; no deben almacenarse para utilizarlas más adelante.



## ANEXO 2. COLECHO SEGURO

# COLECHO SEGURO

### Pautas para un colecho seguro

- El bebé es saludable y ha nacido a término.
- El bebé es amamantado a demanda tanto de día como de noche. Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el bebé fuma (aunque no lo haga en presencia del bebé).
- Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el bebé ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.
- El bebé siempre debe acostarse boca arriba.
- Nunca boca abajo ni de lado.
- No debe arroparse demasiado al bebé ni ponerle excesivo abrigo para dormir.
- La temperatura de la habitación no debe superar los 20°C. No cubrir la cabeza del bebé.

### Los bebés deben dormir en superficies firmes.

- Evitar edredones y almohadones extra que puedan tapar accidentalmente la cabeza del bebé.
- Asegurarse de que el bebé no pueda caerse de la cama ni quedar atrapado entre la cama y la pared o cabecero.
- Despejar la cama de cordones, juguetes...
- No permitir a ningún animal doméstico compartir la cama con el bebé.
- Asegúrese de que su pareja sabe que el bebé está en la cama si no se acuestan al mismo tiempo.
- Si en la cama duerme otro niño mayor, que sea el adulto el que se sitúa siempre entre el bebé y el niño más mayor.

### ¿En qué situaciones se desaconseja el colecho?

No es recomendable dormir en la misma cama que el bebé si no se cumple alguna de las condiciones mencionadas o si:

- Alguno de los adultos que va a compartir cama con el bebé se encuentra demasiado cansado y cree que le costaría despertarse si el bebé lo necesita.
- Alguno de los adultos padece alguna enfermedad que disminuya el nivel de respuesta, como diabetes, epilepsia inestable u obesidad mórbida.
- El bebé es prematuro o de bajo peso al nacer. El bebé tiene fiebre.

### IMPORTANTE

## NUNCA DEBE DORMIRSE CON UN BEBÉ EN UN SOFÁ O SILLÓN

### ANEXO 3. POSTURAS PARA AMAMANTAR

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

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

#### Principios básicos

Independientemente de la postura que adopte la madre para amamantar, se deben tener en cuenta estos principios que facilitan el agarre del bebé mejorando la transferencia eficaz de leche y el vaciado adecuado del pecho.

- La madre debe de sentirse cómoda con la postura. La utilización de cojines o almohadas puede resultar útil.
- El cuerpo del bebé debe de estar en estrecho contacto con el de la madre. Cuando la madre está recostada, el peso del bebé descansa sobre el cuerpo de la madre y resulta más fácil mantener ese contacto estrecho que facilita la puesta en marcha de los reflejos en el lactante.
- La cabeza debe de estar frente al pecho, bien alineada con el cuerpo (el cuello no debe de estar flexionado, ni la cabeza girada). Es preferible desplazar al bebé que desplazar el pecho de la madre.
- El mentón debe de estar apoyado en el pecho con el pezón encima del labio superior, a la altura de la nariz. De esta forma, cuando el bebé ponga en marcha el reflejo de búsqueda y agarre el pecho, el cuello quedará en ligera hiperextensión, facilitando la coordinación succión, deglución, respiración.



*Figura 1: El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón.*



Posición adecuada

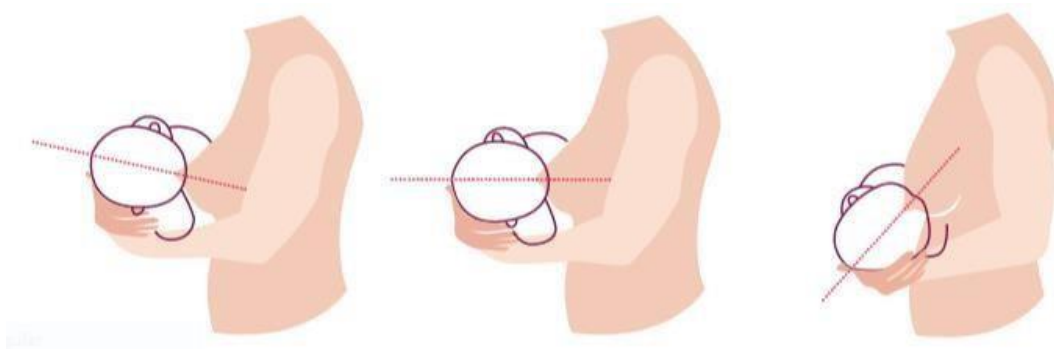


Posición inadecuada

*Figura 2. El cuerpo del bebé se encuentra frente al pecho, pegado, alineado y sostenido.*

Es preferible favorecer el afianzamiento espontáneo, cuando la boca del bebé esté bien abierta, acercarle al pecho y permitir que sea él quien lo agarre. Si el bebé no lo consigue, puede ser útil el agarre dirigido.

Para prestar un apoyo eficaz a las madres con dificultades deberemos de tener en cuenta sus condiciones físicas y la forma y tamaño de sus pechos para adoptar una postura en la que la boca y la cabeza del bebé estén alineadas con eje del pecho y pezón de su madre, tal como se muestra en esta figura.



### POSICIÓN DE CRIANZA BIOLÓGICA

Madre semirecostada (entre 15º-65º) y cómoda.  
Bebé colocado encima de la madre con la cara entre sus pechos.  
Permitir que sea el bebé quien se desplace hacia el pecho de la madre y realice un agarre espontáneo.  
Esta postura es especialmente útil cuando existen dificultades con el agarre, ya que facilita que el recién nacido ponga en marcha sus reflejos instintivos. El recién nacido cabecea y se desplaza buscando el pecho de la madre.  
Esta postura también es útil cuando existe dolor en el periné.



### POSICIÓN DE CUNA

Es una de las posturas más utilizadas.  
La madre sujeta el cuello y la cabeza del bebé con el mismo brazo y mano del pecho que ofrece.  
Para que el cuello no esté flexionado, en la mayoría de los casos, es necesario colocar la cabeza en el antebrazo en lugar de en el codo y la mano en la espalda en lugar de en las nalgas.



### POSICIÓN REPOSTADA DE LADO

Esta postura es especialmente útil para favorecer el descanso materno cuando existe dolor en el periné (parto instrumental, hemorroides...).

La madre se coloca de lado de forma que su pecho descansa sobre el colchón.

El bebé acostado de lado, mirando a la madre y con la cabeza apoyada en el colchón (no sobre el brazo de la madre).

Desplazar al bebé (no el pecho) hasta que el pezón quede a la altura de la nariz.



### POSICIÓN DE RUGBY

Esta postura es especialmente útil en:

- Cesáreas, para proteger la herida quirúrgica.
- En las madres con mamas muy grandes o con obesidad mórbida.
- Cuando se precisa probar otras posturas para mejorar el agarre del bebé al pecho.
- En amamantamiento simultáneo de gemelos.

En ella la madre sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el antebrazo y la mano del mismo pecho que va a dar, por lo que le queda una mano libre para poder realizar un agarre dirigido si lo precisa.

El cuerpo del bebé queda por debajo del brazo de la madre, y lo pies del niño dirigidos hacia la espalda de la madre.



### POSICIÓN DE DANCER

La técnica de Dancer aumenta la estabilidad del niño al pecho al disminuir el espacio intraoral, disminuyendo así las dificultades asociadas a la hipotonía.

Esta postura es especialmente útil en:

- Problemas con el paladar.
- Hipotonía (síndrome de Down...)
- Retrognatia.
- Reflujo gastroesofágico.

En ella la madre coloca al bebé sentado a caballito sobre su muslo, con la cabeza frente al pecho.

Con una mano sujeta al bebé por la espalda y con la otra afianza el mentón del bebé a su pecho. Coloca la mano en forma de bandeja bajo el pecho y con el índice y el pulgar en forma de U afianza el mentón.



*Fuente de información e imagines gráfica: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.*

#### ANEXO 4. TABLA DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN PLANTA DE MATERNIDAD

<b>NIDO</b>															
	Nombre Madre	Fecha	Hora	Parto/Ces	Lac	%	Peso 1	Peso 2	Peso 3	Peso 4	Talón	PULSI	OTO	VRS	Observaciones
105-1															
105-2															
106-1															
106-2															
107-1															
107-2															
108-1															
108-2															
109-1															
109-2															
110-1															
110-2															
111-1															
111-2															
112-1															
112-2															

## ANEXO 5. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

### Recomendaciones para la extracción

Lávese las manos con agua caliente y jabón antes de extraer o manipular la leche materna.

La extracción se puede realizar de las maneras siguientes:

#### A. Extracción manual o técnica de Marmet.

1. Coger el pecho con la yema de los dedos, colocando el pulgar arriba y los dedos índice y medio abajo formando una letra "C" a unos 3 o 4 cm. por detrás del pezón (no tiene que coincidir con el final de la areola).
2. Levantar un poco el pecho y entonces empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), comprimir el pecho ligeramente entre los dedos, y sin soltarlos se dirigen hacia el pezón, con movimiento como de rodillo.
3. Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos de leche.
4. Rotar la posición de los dedos para vaciar todas las partes del pecho.

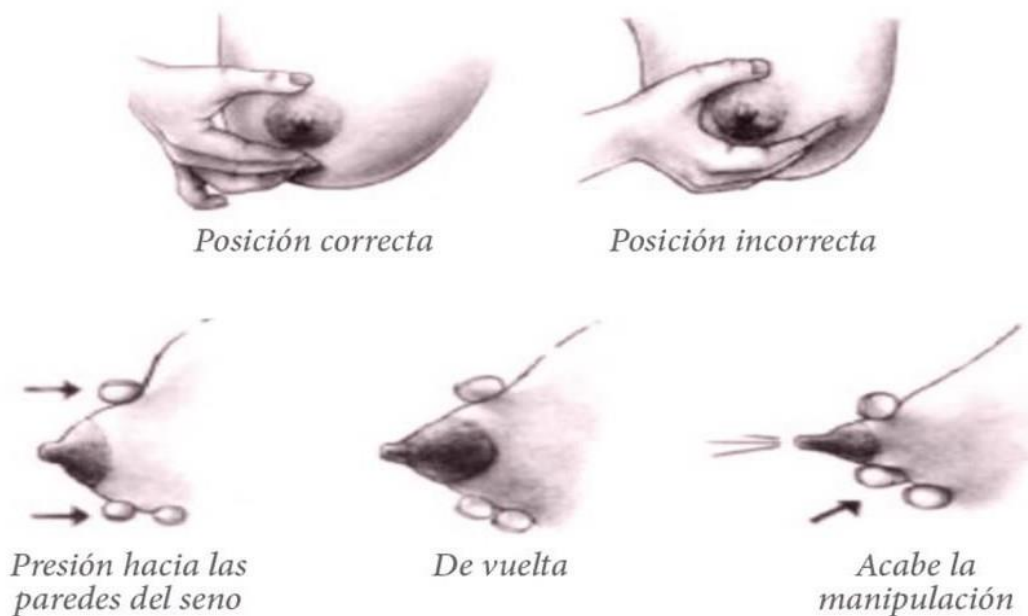
#### B. Realizar la extracción alternando ambos pechos.

Extraer durante 5 a 7 minutos o hasta que empiece a gotear más lentamente, cambiar de pecho, masajear, sacudir y volver a extraer. En total unas tres o cuatro veces en cada pecho, o hasta que deje de fluir.

Los primeros días posparto se producen pequeñas cantidades de calostro, las gotas que van saliendo del pecho se recogerán con cucharilla o jeringa que facilitaremos en la unidad de neonatología o la de tocología. A medida que se consiga extraer mayor cantidad, utilizar los envases que se proporcionarán en la unidad. Si la extracción se realiza en tocología y el bebé está ingresado en la unidad de Neonatología o UCI Neonatal, la leche extraída se llevará a la unidad de neonatos lo antes posible por la madre o quien ella designe. Cuando la leche extraída se le va a administrar al bebé que está con su madre en el momento se puede recoger en cucharilla o jeringuilla.

Se el bebé está ingresado en neonatología, se cogerán las gotas que salen inicialmente en una jeringuilla de alimentación enteral (de 1 o 5ml) que llevan tapón.

Alentar a la madre que está separada de su hijo de la importancia de extraer la leche de forma precoz y a hacer extracciones frecuentes. Animar y dar el mensaje de que cada gota cuenta. Poco a poco irá consiguiendo volúmenes mayores. Sobre todo en las madres de recién nacidos prematuros.



### **Mantenimiento y conservación de la leche materna**

Si no va a utilizar la leche inmediatamente, enfríela tras la extracción. Si no va a utilizar la leche en las próximas horas, congélela.

#### **Pautas para el almacenamiento**

- Puede utilizar cualquier recipiente que sea apto para uso alimenticio (envases de plástico duro, vidrio o bolsas específicas para almacenamiento de leche materna).
- Toda la leche debe ser fechada antes de su almacenamiento.
- Almacene la leche materna en pequeñas cantidades (aproximadamente 50-60ml) para poder descongelar solo la que el bebé vaya a tomar inmediatamente.
- Para juntar leche de distintas extracciones es recomendable que se hayan enfriado previamente. Se pueden mezclar y guardar o congelar la leche de las mismas 24h.
- Si la leche adquiere un sabor rancio o agrio en pocas horas (por la acción de las lipasas), es mejor escaldarla antes de almacenarla.

- La leche fresca puede juntarse con la leche congelada, siempre y cuando la primera haya sido enfriada y sea menor cantidad que la congelada, de modo que, al mezclarse, la leche fresca no derrita la capa superior de la leche congelada.
- Almacene la leche en la parte central trasera del frigorífico o congelador, donde la temperatura es más constante.

#### **Pautas para la utilización de la leche materna previamente refrigerada o congelada**

- Utilice leche fresca (no congelada) preferentemente.
- No es necesario calentar la leche materna, basta con llevarla a temperatura ambiente.
- Atempere la leche bajo agua tibia corriente o sumergiéndola en un recipiente con agua tibia. Nunca caliente directamente en el fuego, al baño maría o en el microondas y nunca deje que la leche hierva.
- Mezcle la leche antes de probar la temperatura.
- Mezcle la leche (sin agitarla) antes de la toma para redistribuir la nata.
- Una vez descongelada, puede mantenerse refrigerada hasta 24 horas para usarse después. No debe volver a congelarse.
- Se podrá guardar la leche descongelada siempre y cuando no haya sido ofrecida al bebé.
- Por ello, es conveniente **ofrecerla en pequeñas cantidades**.

#### **TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LA LECHE**

LUGAR	TEMPERATURA	TIEMPO
Temperatura ambiente	19-26°C	4-8 horas
Bolsa térmica	15°C	24 horas
Frigorífico	4°C	3-8 días
Congelador dentro del frigorífico	-15°C	2 semanas
Congelador con puerta separada del frigorífico*	-18°C	3-6 meses
Arcón congelador	-20°C	6-12 meses

## ANEXO 6. SEÑALES DE HAMBRE

¿CÓMO SABER SI MI BEBÉ TIENE HAMBRE?

# Señales de hambre

1 SEÑALES TEMPRANAS: TENGO HAMBRE	2 SEÑALES INTERMEDIAS: TENGO MUCHA HAMBRE	3 SEÑALES TARDÍAS: CÁLMAME Y DESPUÉS AMAMÁNTAME
 SE AGITA	 SE ESTIRA	 LLORA
 ABRE LA BOCA	 + MOV. FÍSICO	 MOV. AGITADOS
 MUEVE LA CABEZA BUSCA EL PECHO	 MANO A LA BOCA	 SE PONE COLORADO
 AMAMÁNTAME		 CÁLMAME

¡Olvídate del reloj, ofrécele el pecho cada vez que te lo pida!



## ANEXO 7. TABLA DE EXCRETAS

CÓMO IDENTIFICAR SI MI BEBÉ ESTÁ TOMANDO SUFICIENTE LECHE			
Edad en días del bebé	Número de pañales mojados con pis y color que debe esperar	Número de pañales sucios con cacas y color que debe esperar	Número veces al día que el bebé debe mamar
1	1 al día amarillo pálido (puede haber uratos: manchas de color rosado, rojizo o teja)*	1 o más negra como alquitrán, o verde oscura llamada meconio**	8-10 veces
2	2-3 al día amarillo pálido o transparente (el pañal se siente más pesado) *hasta el tercer día puede haber uratos	1 o 2 meconio: como café alquitrán o verdosas oscuras	8-10 veces
3	3-4 al día amarillo pálido o transparente (el pañal se siente más pesado) *hasta el tercer día puede haber uratos	3 o más al día, cambiando de color y consistencia: Verdosas- marrón- amarillo cada vez más líquidas	8-12 veces Tras el 3-4 día oyes tragar al bebé
4	4 o más pañales, orina clara o amarillo pálido, cargados***	Al menos 3 deposiciones de color amarillo mostaza líquidas/ grumosas	8-12 veces
5	5 o más pañales orina transparente (pañal cargado)	Al menos 3 deposiciones de color amarillo mostaza líquidas/ grumosas	8-12 veces
6	6 o más pañales orina transparente (pañal cargado)	Al menos 3 deposiciones de color amarillo mostaza líquidas/ grumosas	8-12 veces
7	6 o más pañales orina transparente (pañal cargado)	Al menos 3 deposiciones de color amarillo mostaza líquidas/ grumosas	8-12 veces

**Deposiciones:** cuenta sólo aquellos pañales cuyo contenido sea del tamaño del círculo que se forma al tocarse las puntas del pulgar e índice.

\***Uratos:** las micciones escasas o rojizas o de color amarillo intenso después del tercer día de vida pueden indicar ingesta insuficiente.

\*\*Si ha habido expulsión de meconio en el parto puede disminuir la cantidad y/o frecuencia de las deposiciones meconiales.

\*\*\* Referencia: un pañal mojado pesa lo mismo que tres cucharadas soperas de agua.

CUÁNDO CONSULTAR	
FALSAS ALARMAS	CUÁNDO CONSULTAR CON TU MATRONA, ENFERMERA DE PEDIATRÍA O PEDIATRA DE TU CENTRO DE SALUD
Notas los pechos diferentes. Sentir los pechos más blandos no quiere decir que tu producción haya disminuido, sino que se ha ajustado a las necesidades de tu bebé.	Si tu bebé está aletargado, no se despierta para mamar o se duerme al pecho sin haber mamado entre 10-20 minutos o más.
El bebé está más inquieto. Algunos bebés pasan por momentos de irritabilidad, que se calme con el pecho no es una señal de que no está recibiendo suficiente leche.	Si tienes la sensación de que no está recuperando el peso tras el nacimiento o no está ganando peso.
Súbitamente quiere mamar con más frecuencia. Los bebés pasan por fases de crecimiento rápido en las que sus necesidades aumentan. Si durante 2 o 3 días ofreces el pecho con más frecuencia, aumentará la producción y volverán a regularse las tomas. Si esto no es así, consulta.	Si a partir del cuarto día y durante el primer mes no hace caca todos los días, o si la consistencia es mayor que la de un puré.
El bebé toma el pecho durante menos tiempo. Los bebés adquieren progresivamente una gran habilidad en la extracción y requieren menos tiempo de succión.	Si sospechas que tu bebé no está tomando suficiente leche.
	Tienes dolor durante o entre las tomas: consulta para que se valore una toma y descartar grietas o lesiones en los pezones.
	<b>ACUDE A TU CENTRO DE SALUD</b>

Los bebés sanos a término tienen el estómago pequeño y la leche se digiere rápidamente, por lo que necesitan mamar un mínimo de 8 veces en 24 horas. Además las tomas frecuentes estimulan el cuerpo de la madre para producir la cantidad de leche que su bebé necesita para su correcto desarrollo.

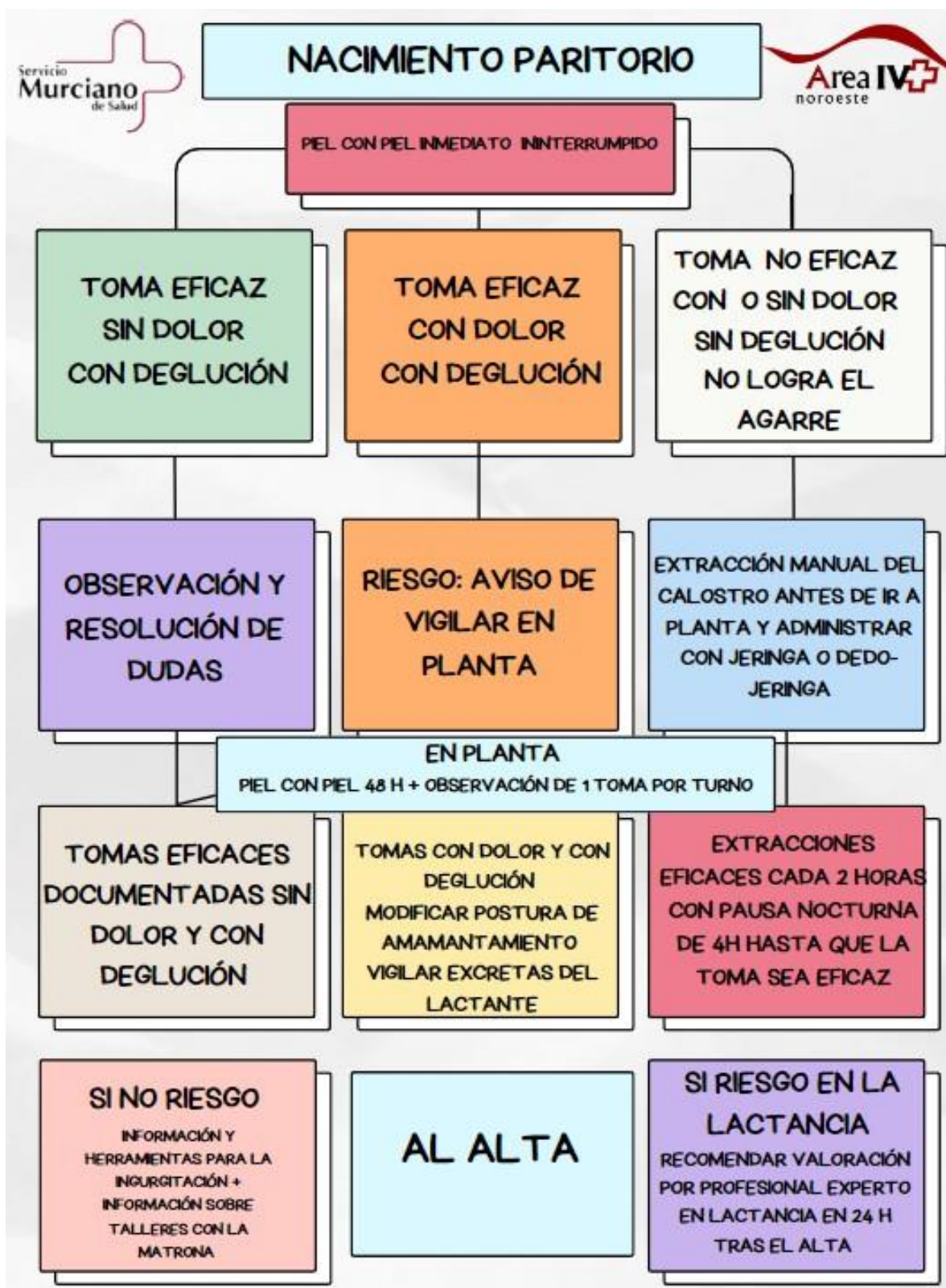
Amamanta a tu bebé a demanda atendiendo sus primeras señales de hambre: abrir la boca, mover la cabeza hacia los lados, realizar muecas de succión o llevarse la mano a la boca. Ofrece el pecho sin esperar a que llore, la ansiedad dificulta el inicio de la toma.

La frecuencia y duración de las tomas disminuye progresivamente a medida que el recién nacido crece, aunque pueden producirse picos de aumento de la frecuencia durante los brotes de crecimiento, enfermedades del bebé o cambios bruscos en el entorno.

Fuente de información:

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/6ac13e56b632c2302e4e7a494ea2f4ee.pdf>

### ANEXO 8. ALGORITMO PREVENCIÓN DE HIPOGLUCEMIA



## ANEXO 9. TÉCNICA DE LA PRESIÓN INVERSA SUAVIZANTE

La presión inversa suavizante (PIS) es una intervención sencilla y de gran utilidad en el caso de ingurgitación.

Consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de dos a cuatro cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objeto de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho.

Esta técnica puede ser aplicada por un profesional de la salud o por la misma madre u otra persona. El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente antes de poner al bebé al pecho y durante el número de tomas que resulte necesario:

- Es posible que la madre prefiera aplicarse la técnica ella misma; el profesional de la salud también puede hacerlo, siempre que tenga consentimiento de la madre, de una de las siguientes maneras:
  - Colocándose frente a ella.
  - Desde detrás, pasándole las manos por encima de los hombros.
  - Colocando los dedos encima de los de la madre para reforzar la presión.
- El tiempo necesario de aplicación de la técnica para ablandar el tejido areolar dependerá de la dureza o del estado de hinchazón del mismo.
  - Es frecuente que la aplicación de la PIS dé lugar a la aparición de “depresiones” o “fóveas” en el tejido, que se vuelven a rellenar por el edema en cuanto deja de aplicarse la presión.
  - En casos de edema agudo, acostar a la madre boca arriba ayuda a retrasar la reaparición de la hinchazón, proporcionando así más tiempo para el agarre.
  - De forma suave pero firme, presiona sobre la areola, justo en la base del pezón.
  - La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, aplica menos presión durante intervalos más largos.
  - Mantén la presión en dirección al tórax durante 60 segundos o más (10-20 minutos o más si resulta necesario; éste es un buen momento para dar instrucciones).

### **Puede utilizarse cualquier combinación de dedos.**

- Es posible que las madres encuentren que el método de uñas cortas y punta de los dedos curvada sea el más efectivo.
- Los métodos de una mano son convenientes si la otra mano está ocupada.

- Puede que los profesionales de la salud encuentren más conveniente el uso de los métodos de aplicación de presión con los dedos rectos o con los pulgares.
- Tras la utilización de la PIS, la extracción manual adicional para ablandar aún más la areola resulta más fácil, más cómoda y más productiva.

#### Método de dos manos y un solo paso



#### Método de dos manos y dos pasos



#### Método de dos dedos pulgares y dos pasos



Fuente de información: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica SNS.

## ANEXO 10. USO ADECUADO DE LAS PEZONERA

En algunas ocasiones no se consigue que el bebé se agarre de forma adecuada al pecho. Se puede recurrir al uso de pezoneras cuando:

- El bebé no se agarre al pecho después de haber intentado que lo consiga.
- Cuando el bebé es prematuro, ya que mejoran el estímulo de succión mejorando la transferencia de leche.
- En bebés con el frenillo lingual corto y dificultades de transferencia o agarre.
- En bebés que rechazan el pecho por confusión tetina-pezón.
- En caso de heridas en el pezón el uso de las pezoneras adecuadas puede disminuir el dolor.

### ***Cuando es necesario el uso de las pezoneras, el profesional:***

- Asesorará a la madre en cuanto a talla adecuada de la pezonera, teniendo en cuenta el tamaño de su pezón. En el mercado existen varias marcas con tallas (S, M, L).
- Vigilará las tomas de forma más estrecha, asegurándose de que las tomas son efectivas. Cuando se usan pezoneras, se recomienda vaciar el pecho mediante extracción manual o con sacaleches después de las tomas, si el bebe no es capaz de vaciarlo adecuadamente.

### **¿CÓMO CALCULAR EL TAMAÑO DE LAS PEZONERAS?**

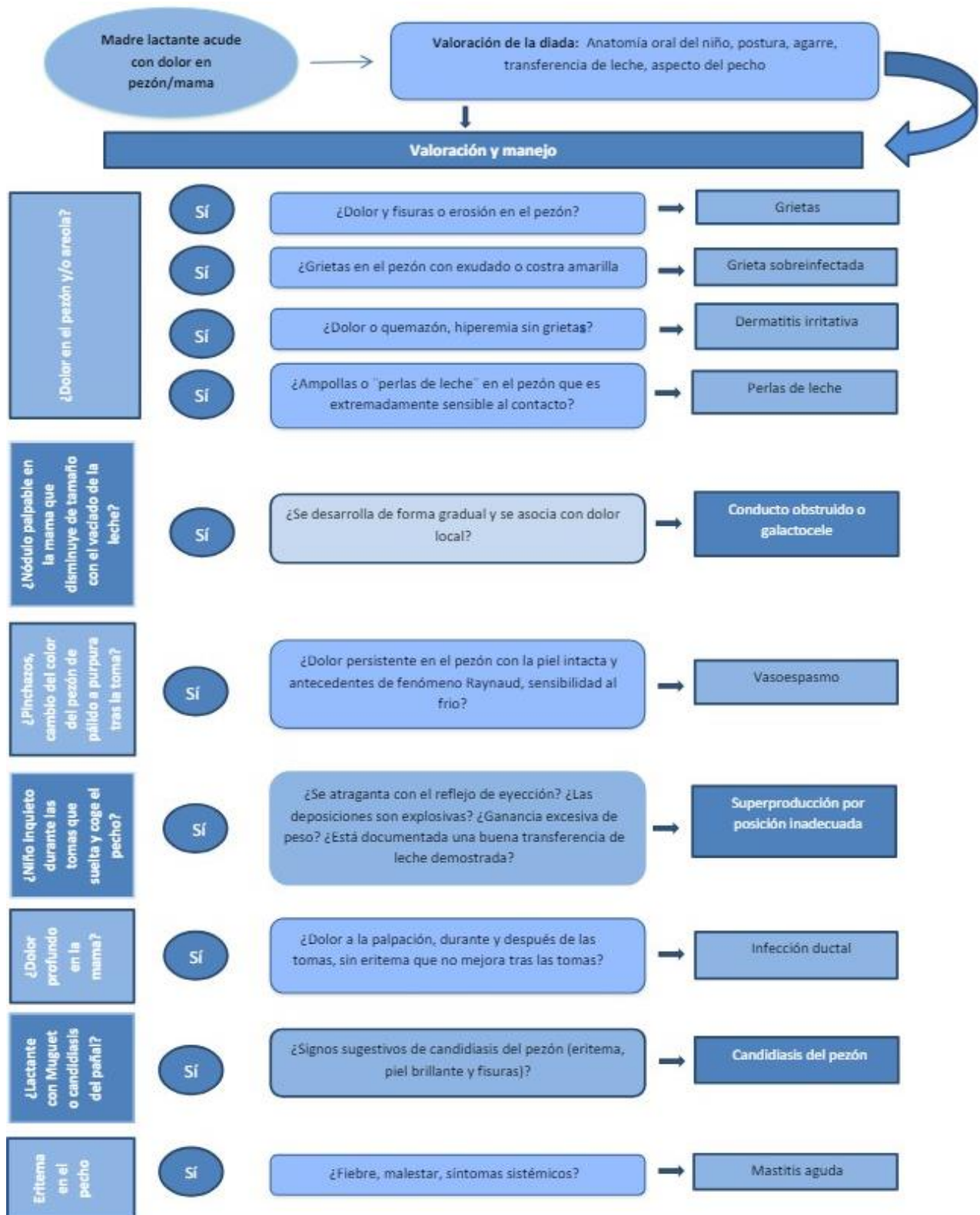
Se mide el diámetro del pezón desde la base (en sentido transversal) en milímetros (mm). No incluir la areola.

Tamaño recomendado: diámetro pezón en mm +2 (según marca).



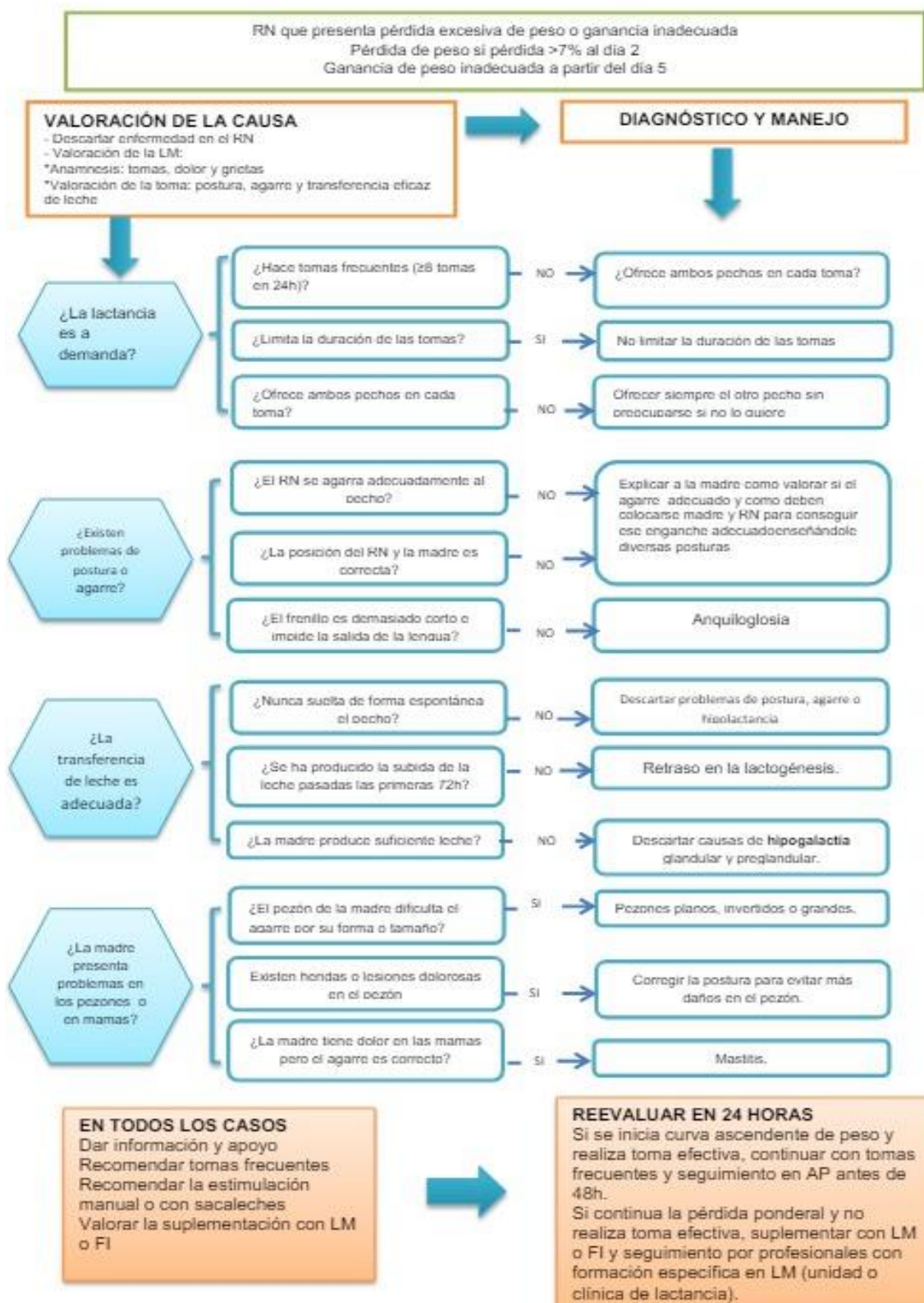
*Fuente de información: Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica SNS.*

### ANEXO 11. ABORDAJE DEL DOLOR EN EL PEZÓN Y LAS MAMAS



Fuente de información: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/6ac13e56b632c2302e4e7a494ea2f4ee.pdf>

## ANEXO 12. ALGORITMO PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO



Fuente de información: Guía de Práctica Clínica sobre la lactancia materna en el SNS.

### ANEXO 13. ESCALA LATCH

PARÁMETROS	ESCALA DE PUNTUACIÓN LATCH		
	0 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	1 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	2 SE CUMPLEN TODOS LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN
<b>(L - LATCH)</b> FORMA EN LA QUE EL BEBÉ SE ENGANCHA AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Demasiado dormido</li> <li>No se coge al pecho</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Repetidos intentos de colocarse</li> <li>Mantiene el pezón en la boca</li> <li>Llega a succionar</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Agarra al pecho</li> <li>Lengua debajo</li> <li>Boca ajustada</li> <li>Succión rítmica</li> </ul>
<b>(A - AUDIBLE SWALLOWING)</b> CANTIDAD DE LA DEGLUCIÓN AUDIBLE	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Espontáneo e intermitente &lt; 24 horas de vida</li> <li>Espontáneo y frecuente &gt; 24 horas de vida</li> </ul>
<b>(T - TYPE OF NIPPLE)</b> TIPOLOGÍA/ FORMA DE PEZÓN	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Invertidos</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Planos</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Evertidos tras estimulación</li> </ul>
<b>(C - CONFORT)</b> COMODIDAD DE LA MADRE	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Mamas ingurgitadas</li> <li>Grietas</li> <li>Dolor severo</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Mamas llenas</li> <li>Pezón lesionado</li> <li>Daño medio</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Mamas blandas</li> <li>No hay dolor</li> </ul>
<b>(H - HOLD POSITIONING)</b> NIVEL DE AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado en el pecho)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Minimiza la ayuda (colocar almohada)</li> <li>El profesional se coloca de un lado y la madre del otro</li> <li>El profesional lo coloca y luego la madre continúa</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>No necesita ayuda</li> <li>La madre es capaz de mantener al niño colocado</li> </ul>

INTERPRETACIÓN:

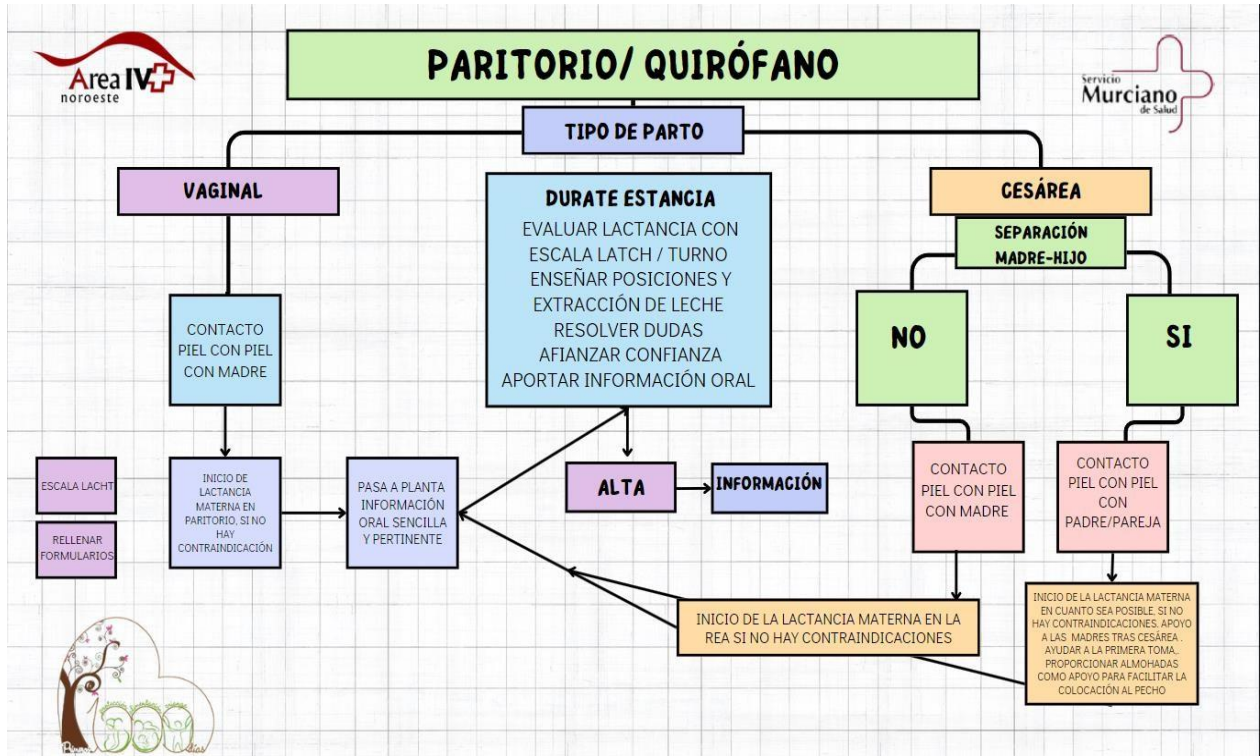
0-3 PUNTOS	DIFICULTAD IMPORTANTE
4-8 PUNTOS	DIFICULTAD MODERADA
9-10 PUNTOS	SIN DIFICULTAD/SITUACIÓN ÓPTIMA

Las puntuaciones bajas de LATCH indican la necesidad de **intervención activa, soporte, y seguimiento posterior al alta**. Una evaluación < 9 indica necesidad de mayor apoyo y vigilancia de la lactancia de esas madres por parte de los profesionales



Fuente de información: <https://campusvygon.com/es/escala-latch/>

**ANEXO 14. ALGORITMO TIPO DE PARTO Y ACCIONES DEL PERSONAL SANITARIO**



**ANEXO 15. ALGORITMO DE DECISIONES DEL POSPARTO INMEDIATO**



### ANEXO 16. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN PLANTA

## ¿QUÉ TIPO DE LACTANCIA A ELEGIDO LA MADRE ?

