



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA TOMA



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^a 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^a Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

AUTORES

- María Isabel Maestre Martínez. Enfermera Especialidad Pediatría. Hospital Virgen del Castillo.

- María Purificación Martínez Gil. Enfermera Especialidad Pediatría. Hospital Virgen del Castillo.

- Jesús Antolí García. Enfermero Especialidad Pediatría. Hospital Virgen del Castillo.

REVISORES

Juana María Martínez Abellán. Matrona. IBCLC. Hospital Rafael Méndez.

Carmen Sánchez Navarro. Matrona. Hospital Rafael Méndez.

María Carmen García García. Matrona. Hospital Rafael Méndez.

Ángeles Carrasco López. Matrona. Centro de Salud Águilas-Sur.

David Harillo Acevedo. Matrón. Hospital Universitario Rafael Méndez.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

- M^a 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^a 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	M ^a Isabel Maestre M ^a Purificación Martínez Jesús Antolí	Juana M ^a Martínez Carmen Sánchez M ^a Carmen García Ángeles Carrasco David Harillo	Comisión Regional Lactancia Materna	6/11/2024	Creación Documento



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
4. POBLACIÓN DIANA.....	8
5. PERSONAL QUE INTERVIENE	8
6. MATERIAL.....	8
7. PROCEDIMIENTO.....	9
8. REGISTRO	16
9. BIBLIOGRAFÍA.....	17



1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las intervenciones en lactancia materna (LM) que ofrecen los profesionales, en el hospital y en el ámbito de la atención primaria, durante los primeros días de vida, tienen una fuerte influencia positiva tanto en el inicio como en la duración de la misma, siempre que estas sean óptimas. Los resultados pueden mejorarse cuando estas intervenciones se realizan de forma individualizada en cada binomio-madre-hijo. Por este motivo, la observación de una toma está fuertemente relacionada con el éxito de la LM (NICE, 2012).

Conocer si el lactante se alimenta adecuadamente es prioritario tanto para la madre como para los profesionales sanitarios, por ello, es necesario disponer de criterios objetivos que nos indiquen un buen inicio y una adecuada instauración de la lactancia y nos permitan detectar cualquier alteración o situación de riesgo, al igual que nos ayudan a decidir si una madre precisa o no, de nuestra intervención.

La importancia de observar la toma y a la diada madre-bebé, es evidente, pues permite valorar la técnica de lactancia materna de la madre, las dificultades que pueden tener tanto ella como su bebé y asegurarnos de que existe una adecuada transferencia de leche, pudiendo así prevenir la aparición de problemas y ofreciendo ayuda si precisa, de forma anticipada.

La observación cuidadosa de una toma completa, es una actividad esencial, que siempre debe formar parte de los cuidados que realizan los profesionales sanitarios que asisten a las madres y a sus hijos lactantes, tanto en la atención primaria como hospitalaria y nos va a proporcionar información sobre el comportamiento del bebé, el nivel de autoeficacia que tiene la madre e incluso identificar a aquellas con riesgo de destete precoz.

Los aspectos clave que se deberían observar a la hora de valorar la toma son:

- La posición tanto de la madre como del bebé y la comodidad de ambos.
- El agarre del bebé al pecho.
- La succión del bebé, los signos de transferencia de leche y su ingesta adecuada.

Es recomendable observar la primera toma tras el nacimiento, varias veces durante los primeros días de vida, siempre que exista alguna dificultad y en cualquier momento de la lactancia, incluso en aquellas madres que han amamantado previamente.

2.- OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la asistencia profesional a la lactancia materna en el Sistema Murciano de Salud.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a los profesionales de la importancia de realizar una adecuada observación de las tomas.
- Dotar de habilidades que ayuden al profesional sanitario a intervenir de forma efectiva, reduciendo su estrés y aumentando su implicación.
- Ayudar al profesional a decidir si una madre y su bebé precisan de su intervención.
- Unificar criterios entre los distintos profesionales, pues la variabilidad de información que se les da a las madres depende, en mayor o menor grado, de la experiencia de cada profesional sanitario.
- Unificar el registro hospitalario, que de esta actividad se realiza, haciendo uso de un instrumento de valoración común a todos los servicios que atienden al binomio madre-bebé (Escala LATCH).

3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Profesionales del SMS implicados en la atención de aquellas madres, que amamanten a sus hijos o deseen hacerlo.





4.- POBLACIÓN DIANA

Toda madre y su bebé lactante desde el nacimiento y durante todo el tiempo de ingreso en los servicios de paritorio, reanimación, maternidad y pediatría, así como durante la atención que estos lactantes reciben al alta, en la primera visita al centro de salud con la matrona, así como en las visitas sucesivas de pediatría y enfermera pediátrica hasta que la lactancia esté instaurada satisfactoriamente y siempre que haya dificultades con la lactancia y/o posibles complicaciones que requieran una nueva valoración de la toma.

La observación y evaluación de la toma es de especial importancia y se debe hacer lo más precozmente posible en situaciones especiales en las que se prevé que puedan aparecer dificultades, como en cesáreas, neonatos prematuros tardíos, pequeños para la edad gestacional, crecimiento intraútero retardado, grandes para la edad gestacional, anquiloglosia, etc.

Criterios de exclusión:

- Todas aquellas madres que no deseen lactancia materna.
- Todas las madres que por su situación clínica no puedan amamantar.
- Todos los bebés que por su situación clínica no puedan ser amamantados.

5.- PERSONAL QUE INTERVIENE

Todo el personal sanitario implicado en los cuidados materno-infantiles, tanto durante la Hospitalización como en consultas de lactancia y de Atención Primaria.

6.- MATERIAL

Puede ser útil todo lo que favorezca la intimidad (cortina separadora, puerta cerrada, esperar el momento en que no haya visitas en la habitación...), la comodidad (un sillón, almohada, cojín...), la tranquilidad (hablar con voz suave, no luces fuertes, temperatura ambiental adecuada...) y el descanso de la madre.



7.- PROCEDIMIENTO

Si como profesionales vemos preciso intervenir, es importante presentarnos con nuestro nombre y categoría profesional, conocer el nombre de la madre y de su bebé, realizar sugerencias verbales con técnica de “manos fuera” y si es preciso para tocar el pecho, solicitar siempre el permiso de la madre.

Independientemente de la posición en la que se realiza la toma, la madre y el bebé deben estar cómodos, tranquilos, y en un ambiente de intimidad, lo que facilitará que aparezcan los reflejos de búsqueda, succión, etc.

Los recién nacidos a término desarrollan al nacimiento reflejos de búsqueda y succión que favorecen un agarre espontáneo. Para favorecer un agarre o afianzamiento espontáneo, lo ideal es que a los bebés se les coloque boca abajo con la cabeza lateralizada en contacto piel con piel sobre el pecho de su madre. Lo ideal es la postura de crianza biológica que permite al recién nacido reptar y moverse sobre el abdomen y el pecho de su madre. Hay que dejarles que busquen el pezón cabeceando y golpeando con el mentón hasta que se agarren solos. La madre sólo tiene que dar apoyo para que no se caiga. Hay que intentar no precipitarse ni meterle el pezón en la boca y darle tiempo para que realice varios intentos. Esto puede tardar de 10 a 60 minutos aproximadamente si es la primera toma, pero después cada vez será más rápido.

Este tipo de agarre espontáneo puede ser muy útil en bebés que, por la razón que sea, no se han enganchado bien al pecho y puede probarse si la madre lo desea.

Si a pesar de todo esto, el bebé no consigue coger el pecho, pues hay ocasiones en las que por la forma del pecho o la anatomía del pezón es más difícil, podemos intentar realizar un agarre dirigido. Para ello le decimos a la madre que coja el pecho con los dedos en forma de C y presione ligeramente hasta darle una forma ovalada, que se adapte mejor a la boca del bebé, en paralelo a sus labios. Esto puede ser de lado a lado (horizontal) o de arriba abajo (vertical) y dejando la areola libre para no interferir en el agarre. Es como si le estuviera ofreciendo un sándwich. Al estimular con el pezón sobre el labio superior y en cuanto el bebé abra la boca, debe empujarlo dirigiendo el pezón por encima de la lengua hacia el paladar manteniendo el pecho pegado en esa posición hasta confirmar que se ha conseguido un agarre profundo.

En cualquier posición, para favorecer un buen agarre y una toma eficaz, es recomendable que el cuerpo del bebé esté en estrecho contacto con el de la madre, sin utilizar mantas ni nada que suponga una barrera, (mejor ponerlas por encima una vez que esté enganchado) y bien alineado



con la cabeza, de manera q esta no esté girada. Acercaremos entonces el bebé al pecho, no el pecho al bebé, acercándolo desde la parte alta de la espalda, no desde la cabeza, de manera que el pezón se sitúe entre la nariz y el labio superior. Cuando la madre está sentada, se recomienda colocar la cabeza del bebé en el tercio medio del brazo, sin apoyarla en la flexura del codo, aunque hay madres que, por la forma de sus pechos, generalmente grandes y un poco caídos lateralmente, podrían estar cómodas así.

Es conveniente que la boca y cabeza del bebé también estén alineadas en altura con el eje del pecho y pezón de su madre. A veces puede ser útil en caso de una mama grande o muy caída, colocar una pequeña toalla debajo de ésta, para levantarla un poco. Este truco ayuda a que la madre no tenga que estar durante la toma, sujetando el pecho para que el bebé no pierda agarre y pueda tener la mano libre, lo que aporta comodidad y/o posibilidad de masajearse el pecho.

La barbilla del bebé debe estar en contacto con el pecho y el cuello ligeramente hacia atrás, con lo que se consigue que la nariz esté muy cerca o apoye, pero no esté muy hundida. Esto es útil para evitar que la madre tire del pecho hacia atrás, en un intento de separarlo de la nariz del bebé (“para que pueda respirar”, “para que no se ahogue”), lo que puede dar lugar a un agarre menos profundo y a la aparición de lesiones. Se puede comentar a los padres que los bebés tienen una forma chata de la nariz, que les permite respirar aunque estén pegados al pecho.

En aquellos casos en que el labio inferior no quede evertido hacia fuera, puede ser útil tirar de la barbilla del bebé con cuidado hacia abajo, cuando éste ya haya empezado a succionar, no antes, pues podemos hacerle perder agarre.

Normalmente, el bebé busca el pecho con la boca abierta, manteniendo la lengua colocada en el suelo de la boca y así, consigue un agarre mejor que si lo acercamos cuando está llorando y la lengua está elevada, por lo que se sugiere intentar calmarlo antes si está muy enfadado.

Como profesionales, nos deben llamar la atención, aquellas madres que sostienen a sus bebés de forma insegura, nerviosa, que no los miran a la cara, los sacuden o los dejan llorar largo tiempo sin cogerlos. También aquellos bebés que no se muestran interesados en mamar, están demasiado dormidos o lloran mucho.

SIGNOS DE BUEN AGARRE

- Boca bien abierta.
- Labios evertidos realizando un buen sellado.
- La lengua rodea el pezón por abajo y sobrepasa la encía inferior.
- Mejillas redondeadas.
- Mentón del bebé tocando el pecho y nariz tocando o muy cerca.
- El bebé toma el pezón y una buena parte de la areola, sobre todo de la parte inferior, por lo que vemos más areola por encima del labio superior
- La succión es más rápida al inicio, mientras el bebé agarra y para estimular la bajada de la leche, pero luego se hace más lenta y profunda, con movimientos de la mandíbula hacia abajo en coordinación con la respiración y la deglución, que se transmiten hasta la oreja y sien del bebé ya que afecta a los músculos temporales y maseteros.
- Deglución audible, aunque en los primeros días puede ser difícil de valorar por ser volúmenes pequeños. Podremos escuchar mejor si estamos en silencio y nos acercamos al bebé.
- Signos de eyección de leche como entuertos, sed, goteo del otro pecho...
- Al final de la toma, el bebé suelta el pecho espontáneamente, con signos de estar saciado, relajado y frecuentemente dormido, aunque a veces se duermen antes de soltarlo. Si se duerme muy pronto, es recomendable estimularlo.

SIGNOS DE AGARRE DEFICIENTE

- Dolor.
- La boca está poco abierta.
- Los labios, sobre todo el inferior, no están evertidos.
- El mentón está muy separado del pecho.
- El pezón sale deformado, como aplastado, tras la toma.
- Se ve más areola por debajo del labio inferior.
- Las mejillas están hundidas, como con hoyuelos.
- Se oyen chasquidos durante la toma.
- Las succiones son muy rápidas y poco profundas.
- El pecho se ve estirado, no redondeado.
- Al bebé se le escapa el pezón con frecuencia y suele llorar mucho.

CAUSAS DE AGARRE DEFICIENTE

- Comienzo tardío, con retraso de la primera toma.
- Anestesia y parto instrumentado.
- Incorrecta posición al pecho.
- Madre inexperta con dificultades para el manejo de un bebé.
- Características anatómicas individuales que dificultan el agarre, como la retrognatia y la anquiloglosia.
- Pezones muy grandes, planos o invertidos.
- Presionar el pecho durante la toma con la mano en forma de pinza o tijera, lo que estira el pezón dificultando el agarre y haciéndolo más superficial.
- Mamas muy grandes y a veces muy caídas de difícil manejo.
- Introducción muy precoz de tetinas o chupetes que pueden alterar el patrón de succión, provocando confusión al bebé lo que le dificulta la correcta colocación de los labios y la lengua.
- Algunos bebés pueden tener dificultades con la succión como son los prematuros, los nacidos con crecimiento intrauterino retrasado, hipotónicos (Síndrome de Down, Pierre Robin...), o los que han sido separados de sus madres.

CONSECUENCIA DE UN AGARRE DEFICIENTE

- Generalmente la madre refiere dolor, el pezón puede salir deformado y con frecuencia aparecen lesiones. Suele aparecer el chupete y acortarse las tomas pues la madre no las tolera bien
- Tomas excesivamente largas, el bebé nunca quiere soltar el pecho y suele estar irritable y llorón aunque si la situación se prolonga puede estar muy adormilado. También puede ocurrir que el bebé frustrado empiece a rechazar el pecho.
- Disminución de la producción de leche.
- Escasa ganancia ponderal, lo que conduce a la introducción de suplementos de fórmula, en muchos casos con biberón que puede agravar el rechazo.
- Complicaciones como ingurgitación mamaria, mastitis.
- Agotamiento y desmotivación de la madre.



FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS TOMAS

El tiempo que se precisa para completar una toma difiere en cada tándem madre-bebé. También varía de una toma a otra y a lo largo de la lactancia. Hay bebés que maman sólo de un pecho en cada toma y otros que maman de los dos. En todo caso lo importante es que al bebé se le permita estar al pecho lo suficiente para que consiga extraer la “leche del final”, que es más rica en grasas evitando, con un cambio demasiado rápido de pecho, que el bebé ingiera un exceso de “leche del principio”, que es más rica en lactosa y que podría producirle molestias gastrointestinales.

La lactancia materna tendrá más posibilidades de resultar exitosa si:

- El bebé agarra el pecho de forma precoz, succiona de forma eficaz (nos aseguramos de que eso sea así) y se le permite estar al pecho hasta que lo suelta de forma espontánea.
- Las tomas son “a demanda”, es decir que al bebé se le permite succionar, ofreciéndole el pecho a la menor oportunidad sobre todo los primeros días. Aunque lo habitual es que tras las 2-4 primeras horas de vida en los que la mayoría están despiertos y activos, los bebés recién nacidos pasan a un estado de somnolencia y desinterés que puede durar varias horas. Pasado ese tiempo es conveniente asegurarse de que hagan 8/10 tomas al día, recomendando a los padres que intenten despertarlos con suavidad y poniéndolos en contacto piel con piel para estimular sus reflejos y facilitar el inicio de la toma.
- No se intenta marcar un horario, ni una duración determinada para la toma, ni se le entretiene con un chupete para que “aguante hasta las tres horas”. Es conveniente informar a los padres de la interferencia que supone el chupete mientras la lactancia se está instaurando e intentar ayudar a las madres que tienen dolor en los pezones o que creen que su bebé “pide mucho”, pues se suele recurrir al chupete en esos casos.
- La madre conoce un poco como funciona la lactancia, la necesidad de estímulo y la importancia de que el bebé mame o ella se extraiga la leche con frecuencia para mantener la producción.
- La madre se siente bien consigo misma, apoyada por el ambiente que la rodea y recibe ayuda práctica para las labores domésticas y el cuidado de los otros hijos.



ESCALA LATCH

La evaluación de la toma depende de la observación clínica de los profesionales y para ello no son suficientes descripciones del estilo “toma bien”, o criterios subjetivos similares, que pueden variar de una persona a otra, son inespecíficos y no permiten realizar un diagnóstico adecuado de los problemas. Es recomendable pues, utilizar una herramienta de evaluación de la toma que pueda ayudarnos y realizar un correcto registro de los datos obtenidos. En la Guía Clínica de Lactancia Materna (Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, 2017), se hace mención expresa al beneficio del uso de herramientas en la valoración de la toma, y la importancia de que éstas queden registradas en la historia de la madre al alta, para poder hacer su seguimiento en Atención Primaria, especialmente en la primera visita, tras el alta hospitalaria.

Para ello existen numerosos instrumentos, que evalúan actitudes de la madre, autoeficacia, habilidad de la madre y del bebé, ayuda que precisa la madre etc., algunos de ellos son las escalas LATCH, MBA, IBFAT, BSES-SF, la ficha para la observación de la toma de la Unión Europea o la ficha del Manual para la capacitación en Consejería de lactancia materna de la OMS y UNICEF.

En el Servicio Murciano de Salud la observación de la toma se realiza utilizando la escala LATCH (Lacth , Audible swallowing, Type of nipple, Confort, Hold), que valora la eficacia de la lactancia materna, permite obtener información de forma sistemática y repetible, es fácil y rápida de utilizar y está traducida y validada en español. El LATCH 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 de mayor apoyo. La herramienta LATCH fue desarrollada por Jensen et al. (1994) en relación con el sistema de puntuación APGAR y consta de cinco áreas que son:

1. “Agarre/Coger”
2. “Deglución audible”
3. “Tipo de pezón”
4. “Comodidad/confort”
5. “Mantener colocado al pecho”.

Esta escala tiene el fin de proporcionar un instrumento de valoración de la lactancia materna para profesionales, para así identificar áreas en las que la intervención es necesaria, pues se precisa de una herramienta que sea efectiva, tenga un impacto positivo en todo el proceso de la lactancia, que sea eficiente, precisando de pocos recursos y de sencilla utilización en los servicios de atención al binomio madre-bebé (Sowjanya, S. y cols., (2018).

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Coger	<ul style="list-style-type: none">• Demasiado dormido• No se coge al pecho	<ul style="list-style-type: none">• Repetidos intentos de cogerse• Mantiene el pezón en la boca• Llega a succionar	<ul style="list-style-type: none">• Agarra al pecho• Lengua debajo• Labios que ajustan• Succión rítmica
Deglución audible	<ul style="list-style-type: none">• Ninguna	<ul style="list-style-type: none">• Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación	<ul style="list-style-type: none">• Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida• Espontáneo y frecuente si más 24h de vida
Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none">• Invertidos	<ul style="list-style-type: none">• Planos	<ul style="list-style-type: none">• Evertidos tras estimulación
Comodidad/ Confort (pecho / pezón)	<ul style="list-style-type: none">• Ingurgitados• Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes• Disconfort, dolor severo	<ul style="list-style-type: none">• Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos• Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas• Molestia leve o moderada	<ul style="list-style-type: none">• Mamas blandas• No dolor
Mantener colocado al pecho	<ul style="list-style-type: none">• Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	<ul style="list-style-type: none">• Mínima ayuda (colocar una almohada)• Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro• El personal lo obliga y luego la madre sigue	<ul style="list-style-type: none">• No es necesaria la ayuda del personal• La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

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

En puntuaciones menores de 9, se debe incidir en la necesidad de apoyo a la lactancia tanto a madres como a los profesionales de la salud implicados en su cuidado. Además, el profesional deberá hacer un relevo de la situación detectada en cada turno de trabajo.

8.- REGISTRO

Los profesionales hospitalarios, que atienden a las madres y a los recién nacidos en los hospitales del SMS, realizan una serie de registros, que son:

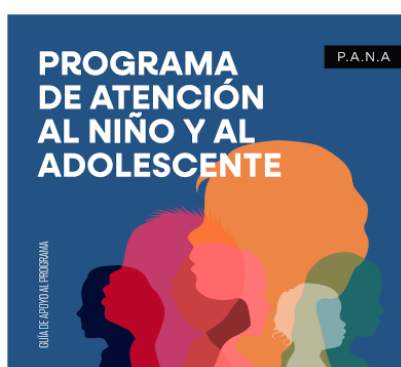
Formulario de 1ª toma (LMP): Generalmente se cumplimenta al nacimiento por parte de la matrona que asiste o ya en maternidad/neonatos si el RN hace allí su primera toma.

Formulario de tomas sucesivas (LMS): Se cumplimenta por la matrona, enfermera o TCAE de la planta de maternidad, tras la observación de las siguientes tomas, cuando la madre ya se encuentra en planta con su RN o en caso de ingreso por parte del bebé en el servicio de neonatos.

Formularios de evolución del RN: Se cumplimenta por la TCAE, donde se refleja el peso diario, el control de excretas, los suplementos recibidos y la razón de los mismos.

Informe de Cuidados de Enfermería al alta de Maternidad: Se cumplimenta por la enfermera de maternidad, la última valoración LATCH con la puntuación obtenida, el tipo de lactancia en las últimas 24 horas, la intención de lactancia de la madre, el dolor al agarre y durante la toma (con la puntuación de la escala EVA), el apoyo familiar y social y una serie de recomendaciones, se reflejan en el informe, donde podrán ser consultados por los profesionales de primaria logrando así una mejor continuidad de cuidados.

Formulario de revisión del niño sano: Se cumplimenta por la matrona del centro de salud en la primera visita del recién nacido y posteriormente por la enfermera pediátrica en las revisiones sucesivas en el centro de salud incluidas dentro del Programa de Atención al Niño y al Adolescente del SMS (PANA). Dentro de dicho programa, hay un apartado de obligado cumplimiento en el que se realiza y se registra la valoración de la lactancia materna.





9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP [Internet]. 2012 2022].
- 2.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2011. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
- 3.- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2017).
- 4.- Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP [Internet]. 2012 2022].
- 5.- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Recommendation for Guidance. Executive Review of Clinical Guideline (CG37)- Postnatal care. 2012. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/cg37-postnatal-care-reviewdecision-march-20122>.
- 6.- N. Altuntas, C. Turkyilmaz, H. Yildiz, F. Kulali, I. Hirfanoglu, E. Onal, et al. Validity and reliability of the infant breastfeeding assessment tool, the mother baby assessment tool, and the LATCH scoring system. Breastfeed Med., 9 (2014), pp.191-195. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2014.0018> | Medline
- 7.- Protocolo de valoración y seguimiento de la instauración de la lactancia materna. LATCH. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Fecha de Publicación: noviembre de 2020. N.º ISBN: 978-84-16878-19-2.
- 8.- Sowjanya, S. V. N. S., & Venugopalan, L. (2018). LATCH score as a predictor of exclusive breastfeeding at 6 weeks postpartum: A prospective cohort study. Breastfeeding Medicine. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0142>
- 9.- C. Báez León, R. Blasco Contreras, E. Martín Sequeros, M.L. Del Pozo Ayuso, A.I. Sánchez Conde, C. Vargas Hormigos.
Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm., 17 (2008), pp. 205-209