



Guía

de lactancia materna
para profesionales
de la salud

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Edita:

Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja

Promueve:

Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo

Coordinación y revisión:

Sección de Programas de Salud del Servicio de Promoción de la Salud

Servicio de Pediatría y Servicio de Ginecología y Obstetricia del Servicio Riojano de Salud (SERIS)

Servicio de Pediatría y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Fundación Hospital Calahorra

Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna de La Rioja Al Halda

Depósito Legal:

LR-346-2010

Guía

de lactancia materna
para profesionales
de la salud



1. Presentación	7
2. Introducción	8
3. Justificación	9
4. Objetivos	10
4.1. Objetivo principal	10
4.2. Objetivos secundarios	10
5. Actuaciones	11
5.1. En el Centro de Salud	11
5.2. En el paritorio	13
5.3. En la maternidad	16
5.4. La técnica	18
5.5. En la unidad neonatal	22
5.6. En el domicilio	24
6. Posibles situaciones	30
6.1. Dolor al inicio de la succión	30
6.2. Grietas en el pezón	30
6.3. Ingurgitación mamaria	31
6.4. Congestión mamaria	31
6.5. Obstrucción de un conducto (galactocele)	31
6.6. Mastitis	32
6.7. Dermatitis de la mama	34
7. Continuidad de la lactancia	35
7.1. Variaciones en la cantidad de leche	35
7.2. Dudas frecuentes	35
7.3. Relactación	36
7.4. Opciones anticonceptivas	38
7.5. Mantenimiento	39
7.6. Vuelta al trabajo: extracción y conservación	40
7.7. Destete gradual	41
7.8. Medicamentos y tóxicos	41

7.9. Enfermedades maternas	42
7.10.Situaciones especiales	47
8. Sistemas de información y registro	50
9. Evaluación	51
10. Direcciones web	52
11. Bibliografía	53
Anexos	57
I. Unidad neonatal de puertas abiertas	57
II. Método madre canguro (MMC)	60
III. Métodos de extracción y conservación	62

1. Presentación



La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

La Consejería de Salud lleva años trabajando en el fomento de la lactancia materna. De hecho, en 2006 Salud editó la Guía *“La lactancia materna. Información para amamantar”* dirigida a futuras madres y padres, con el fin de proporcionarles información sencilla sobre la lactancia materna. Además, esta guía se ha ido actualizando y traduciendo a varios idiomas, según las necesidades de la población riojana: inglés, francés, árabe, rumano y urdu.

Desde entonces, han surgido nuevas inquietudes relacionadas con la lactancia natural. Durante el proceso de adaptación al pecho, así como durante toda la lactancia, pueden surgir inconvenientes o, sencillamente, preguntas que las madres harán a la persona más próxima y fidedigna. Esas personas son profesionales de la pediatría, medicina de familia, matronas y DUE de los centros de salud, consultorios médicos y hospitales.

Por este motivo, ahora editamos la presente guía, esta vez dirigida al profesional sanitario, importante colectivo cuyo apoyo positivo a la lactancia será fundamental: unos conocimientos adecuados podrán promover entre madres la satisfacción y la duración del amamantamiento.

La madre es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero el/la profesional debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

Desde el punto de vista social, es importante proporcionar información suficiente para permitir que la mujer que trabaja fuera del hogar pueda mantener la lactancia de forma prolongada. En los últimos años estamos asistiendo a la recuperación de la lactancia. Los esfuerzos de grupos de madres, padres y profesionales han permitido conocer que la causa principal del abandono está en la inseguridad de las madres y en la falta de apoyo familiar y social. Dar el pecho no siempre es fácil, sobre todo las primeras semanas, y hasta que la producción de leche está consolidada, es necesario estar junto a la madre resolviendo sus dudas y dando ánimo.

No quisiera terminar este prólogo sin parafrasear al escritor Carlos González, recordando que la lactancia materna es *“Un regalo para toda la vida”*, además de un nexo de unión insustituible entre el bebé y su madre.

José Ignacio Nieto García
Consejero de Salud

2. Introducción

La estrategia de UNICEF, con respecto a la alimentación de lactantes, se basa en las estipulaciones de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna, que constituye un documento categórico en el que se establecieron políticas y se esbozaron los objetivos fundamentales en materia de amamantamiento. La Declaración fue aprobada en agosto de 1990 y recibió posteriormente el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Ejecutiva de UNICEF.

Los miembros de las Naciones Unidas ratificaron la importancia y la urgencia de implantar una política sanitaria en la denominada *Declaración de Innocenti* conteniendo la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño" de la OMS y UNICEF y que aprobó la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002.

Según datos de la última Encuesta Nacional de Sanidad (2006), en España las madres que dan de lactar durante los 3 primeros meses de vida oscilan entre el 68,4% que salen de las maternidades dando pecho, al 24,7% que mantienen la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, y según aumenta la edad del bebé el porcentaje continúa descendiendo. En La Rioja, según la misma fuente, la prevalencia de lactancia materna a las 6 semanas de vida es del 84,3%, a los 3 meses el 74,4% y a los 6 meses el 35%.

El amamantamiento es un arte innato en los seres humanos que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Antiguamente eran las madres, familiares y contactos próximos a las parturientas las que ejercían esta labor, pero a partir de los años 60 la lactancia materna se quedó relegada y actualmente las madres buscan los consejos de los y las profesionales de la salud.

3. Justificación



La importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden, tal y como se especifica en el II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013.

Por ello, y porque creemos que se trata de un proceso fundamental para promover la lactancia materna en la población, se ha elaborado este protocolo para todo el personal sanitario que, de alguna manera, entra en contacto con la mujer durante la gestación, en el puerperio y en la atención a la mujer y su hijo o hija recién nacida y primeros meses de vida. Esta profesión tiene un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna y por ello deben estar capacitada y formada para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna.

El documento se ha elaborado con la participación y consenso de pediatras de atención especializada y de atención primaria, matronas, enfermeras de pediatría, médicos y médicas de familia, con la intención de abarcar todas las posibilidades en las que una madre se puede poner en contacto con nuestro sistema sanitario. Con esta guía pretendemos que los profesionales tengan un instrumento de trabajo, que les pueda ayudar a establecer una pauta de actuación en lactancia materna. Ahora bien, si unos padres han tomado la decisión de alimentar a su bebé con lactancia artificial se respetará y apoyará en todo momento. No hay que olvidar que la mejor condición para la maternidad es ser una mujer satisfecha.

Por tanto, la profesión sanitaria debe ir en la misma dirección y en este sentido está enfocada la elaboración de una guía común y consensuada, con información adecuada a la hora de recuperar la pérdida de la cultura de la lactancia materna y de fomentarla de cara a adoptar hábitos saludables desde el inicio de la vida. ¿Hasta cuando?, hasta que ellas quieran: el período de lactancia es único e íntimo por tanto, se prolongará lo que madre e hijo o hija deseen.

4. Objetivos

4.1. Objetivo principal

Presentar pautas de actuación enfocadas a favorecer y apoyar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, durante al menos los seis primeros meses de vida, de todas las criaturas sanas a término de madres sin contraindicación o imposibilidad real para amamantar y que deseen hacerlo.

4.2. Objetivos secundarios

- Formar y capacitar a todo el personal sanitario vinculado con la asistencia a mujeres que desean amamantar.
- Proporcionar pautas claras y eficaces a profesionales de la salud para asegurar una buena lactancia en todas aquellas madres que deseen dar de lactar, favoreciendo el contacto precoz.
- Recomendar y apoyar la lactancia materna el mayor tiempo posible.
- Proporcionar, desde los equipos de atención primaria, información nutricional para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables desde el comienzo de la vida.

5. Actuaciones



5.1. En el centro de salud

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la lactancia materna llegó a su punto más bajo (finales de los años 60), pueden ser mujeres que desconozcan la lactancia natural y, sobre todo, que desconfían de su propia capacidad para lactar. Por ello es importante insistir de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Técnicas correctas de amamantamiento.
- Evaluación de las mamas.
- Detección de factores de riesgo para la lactancia.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia.

La educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5-10%. El apoyo persona a persona o por teléfono aumenta su efecto. Durante el embarazo y como parte integrante de esta educación se entregará la "Guía de Lactancia Materna: Información para amamantar" antes de la 32ª semana. La guía está escrita en seis idiomas: castellano, árabe, rumano, urdu, francés e inglés.

En el caso de que la mujer haya optado por lactancia artificial se podrá indagar sobre el motivo de su decisión, ya que puede estar basada en conceptos erróneos o malas experiencias previas personales o familiares. Pero en todo momento, se deberá mostrar una actitud de respeto y cordialidad.

La promoción de la lactancia materna en el ámbito de la Atención Primaria se desarrolla:

Prenatalmente

En las clases de preparación al parto se imparte una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología de la mama, higiene y cuidados, problemas más frecuentes, etc. Además, el contacto y apoyo entre madres y padres, que se establece de manera espontánea y natural tiene un efecto positivo significativo sobre las tasas de lactancia, tanto de inicio como de duración del amamantamiento. Este apoyo hoy en día se canaliza también a través de grupos locales*, donde es conveniente incluir a la familia y personas allegadas en estas actividades de educación y soporte.

* En La Rioja: el Grupo de Apoyo Al Halda: www.alhalda.es, <http://alhalda.blogspot.com> Tfno: 651 196 734. La liga de la leche dispone de asesores de la liga de la leche virtuales <http://groups.google.es/group/la-liga-de-la-leche-virtual?pli=1>

Postnatalmente

En la visita puerperal precoz de la matrona el primer o segundo día después del alta. La “subida de la leche” y las primeras dificultades reales se las van a encontrar las madres en el domicilio. El apoyo profesional en este momento es fundamental para tener éxito en la lactancia materna.

Pediatras y/o personal de enfermería pediátrica explicarán que el amamantamiento a demanda y sin restricciones promueve la lactogénesis, aumenta la duración de la lactancia materna, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa la tasa de ganancia ponderal. El contenido de grasa de la leche incrementa durante la toma, por tanto los límites de tiempo o los cambios forzados del primer pecho al segundo deben evitarse.

La respuesta temprana, a las primeras señales del bebé dispuesto a mamar, facilita el agarre correcto y la succión efectiva. Se aconsejará el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día) al menos las 6 primeras semanas.

Los masajes del pecho antes de la succión aumentan la cantidad de leche extraída sin alterar la composición de la misma. Por tanto, es conveniente indicar cómo masajear los pechos durante el amamantamiento en las zonas que note induradas o que no se ablanden al final de la toma, por retención de leche.

Es importante que las madres sepan que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas. Si se trata de una mujer que trabaja también fuera de casa, se le preguntará por sus planes de incorporación al trabajo, y comprobaremos que conoce las técnicas de extracción y conservación de leche (Anexo III). Si no es así, se enseñará a las madres a extraerse leche, con masaje de los pechos y el ordeño simultáneo de ambos pechos con bomba de extracción eléctrica de doble copa preferiblemente, si es que precisan extraer la leche durante un tiempo prolongado.

El papel del padre o pareja

El papel que el padre o pareja puede desempeñar en este proceso va ser muy importante y puede facilitar muchísimo que sea una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé: puede acariciar, abrazar y mecer al bebé desde su nacimiento así como fomentar el apego y el vínculo con su niño o niña. Todo esto y mantener un estrecho contacto piel a piel, dando largos paseos con su bebé en la mochila o compartiendo la cama con la criatura.



Cuando la pareja se involucra desde el principio en el embarazo, en la elección del método de alimentación, en el parto, en la crianza, . . . supone un gran alivio y descanso para la madre y una manera de vivir más y mejor la maternidad.

5.2. En el paritorio

Antes del parto

- Preguntar a la madre qué tipo de alimentación quiere dar. Se cumplimentarán los datos de la ficha del registro de partos.
- Si la madre ha decidido dar lactancia natural, se preguntará si la madre toma alguna medicación (Capítulo 7.8. Medicamentos y tóxicos) o si existe alguna patología materna (Capítulo 7.9. Enfermedades maternas).

Consideraciones previas

En las dos primeras horas después del nacimiento están en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Este periodo sensible posparto no es indefinido, posponer el contacto conlleva que el instinto no surge con la misma efectividad.

Por tanto, las criaturas recién nacidas necesitan permanecer en íntimo contacto con su madre (**piel con piel**), preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tengan oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma. Este contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas.

Sala de partos

Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel como medio para crear el vínculo afectivo madre-bebé-padre, incluso en bebés que no vayan a ser lactados al pecho.

- Inmediatamente después del parto, si el parto es normal y la madre lo desea, la criatura se coloca sobre el abdomen de la madre, secándola sobre ella para que no pierda temperatura, se cubre con una toalla seca y un gorrito en la cabeza mientras se corta el cordón umbilical.
- La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntas tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.

Sala posparto

La matrona facilitará el contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida, favoreciendo la lactancia precoz.

El primer agarre es importante para la instauración y mantenimiento de la lactancia, por lo que se seguirán los siguientes criterios generales:

- Dejar intimidad, procurando un ambiente agradable de temperatura, sin ruidos y con poca gente en la habitación.
- Posición materna cómoda y correcta para la enseñanza en la técnica de amamantamiento.

Se procurará intervenir lo menos posible, ayudando con recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que deben valorar para identificar que está mamando bien:

- Posición adecuada: abdomen del bebé contra el de la mamá.
- Que agarre bien el pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz.
- Valorar el signo de succión correcta: si al mamar moviliza la oreja correspondiente.
- No ofrecer material que contenga publicidad de productos lácteos ni sustitutos que puedan confundir.



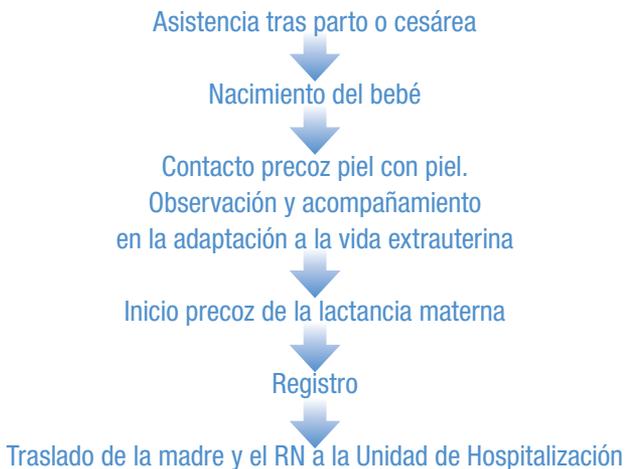
Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre o pareja la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura.

Nacidos y nacidas por cesárea: mientras su madre está en el despertar

En caso de cesárea, y siempre que sea posible, es recomendable realizar el contacto precoz:

- En el quirófano del paritorio, si a la madre se le ha administrado una anestesia epidural y está despierta, se hará contacto precoz piel con piel nada más nacer, para lo que habrá que haber preparado previamente el campo.
- Durante la recuperación de la cesárea se debe facilitar que la madre permanezca con su bebé en reanimación. Si no es posible, por la situación de la madre o del servicio, durante este tiempo se ofrecerá al padre la posibilidad de tenerle en la habitación, en contacto piel con piel.
- Si la madre ha decidido dar lactancia materna, no se le dará ningún alimento mientras permanezcan separados (siempre si la situación lo permite).

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.



5. 3. En la maternidad

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

Consideraciones previas

Será necesario que todo el personal que trabaja en puestos relacionados con bebés en edades de lactar, haya recibido formación sobre la técnica de lactancia materna y artificial, así como que tenga acceso a esta guía. Si su contrato se prolonga más de 6 meses, deberá acudir a un curso de formación en lactancia materna impartido por la Fundación Rioja Salud, o similar.

En la maternidad no se mostrará ningún tipo de publicidad que favorezca la lactancia artificial (calendarios, carteles, bolígrafos, libretas de notas, etc.), ni se entregará ningún tipo de muestra gratuita de sustitutivo o de instrumentos que estimulen técnicas incorrectas (chupetes, tetinas, etc.). Siguiendo el Código de Innocenti, el hospital no deberá adquirir muestras de forma gratuita, a precios simbólicos, etc.

Se favorecerá la cohabitación evitando la separación materno-filial, salvo para técnicas que sea inevitable su separación.

Llegada a la planta

Observar la primera toma del bebé evitando interrumpirla y, si fuera necesario, se explicará la técnica de amamantar de forma correcta. No se trata únicamente de corregir, sino que es conveniente repetir los motivos que justifican cada actitud para afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre.

En las primeras 24-48h la criatura puede estar más adormilada, conviene explicar a las madres que es normal y que no hará falta dar suplementos salvo por indicación del pediatra (pérdida de peso >10%, si la madre no tiene secreción de leche comprobada, hipoglucemias, ...).

Enseñar a detectar en el bebé los primeros signos de hambre, para que las madres puedan responder ante ellos de forma precoz, poniéndole al pecho antes de que inicie el llanto. Es un



momento de gran sensibilidad para las parejas, por ello siempre hay que dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar (“no tiene leche”, “no lo está haciendo bien”, ...) que por otra parte, no suele ser real.

Para transmitir la información es conveniente permitir la presencia de familiares y allegados, que puedan posteriormente influir en la actitud materna.

Respecto a parejas que hayan optado por la lactancia artificial, se respetará su decisión y se instruirá en la técnica de preparación y administración de las tomas con biberón.

Registrar en la historia clínica la primera toma eficaz.

Durante la estancia en la maternidad

En estos primeros días, para favorecer el descanso y la recuperación materna, aconsejar dar las tomas en posición tumbada e insistir en la técnica adecuada, la posición correcta del bebé, los signos precoces de hambre y la lactancia a demanda.

Asimismo, se insistirá y aconsejará evitar el chupete hasta que la lactancia esté bien establecida para evitar la confusión del bebé (10-15 días aproximadamente). No se debe administrar ningún sustitutivo (agua, suero) salvo indicación médica justificada.

A las madres se les recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón, y dejando secar al aire tras la toma, para favorecer la lubricación correcta y evitar la aparición de grietas.

Evitar el uso de *povidona yodada* tanto en recién nacidos como en sus madres, ya que el yodo se concentra en la leche materna, alcanzando concentraciones mucho más altas que en el plasma materno, lo cual puede resultar en una exposición infantil significativa y una posible disfunción tiroidea o bocio.

Las dudas y los problemas que hayan podido surgir (ingurgitación mamaria, aparición de grietas, etc), se resolverán instruyendo a la madre sobre las posibles soluciones. Reflejar en la historia clínica las dificultades así como las soluciones instauradas.

Al alta

Toda madre que haya optado por lactancia natural debe conocer la técnica para continuar en su domicilio, tanto en posición tumbada como sentada y el método para realizar el ordeño manual antes de ser dada de alta.

Preguntar si tiene la Guía "Lactancia materna: información para amamantar" y en caso de duda o negativa se le entregará un ejemplar junto con el Documento de Salud Infantil, los Cuidados con su recién nacido y el folleto informativo de la Asociación de madres pro lactancia materna en La Rioja Al Halda.

Recordarles que deben solicitar cita en su centro de salud para su matrona y pediatra.

5.4. La técnica

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y que salgan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: "ombliigo con ombliigo" o "barriga con barriga").

Independientemente de la postura adoptada, debe **ser él o ella quien se acerque al pecho** y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca "de par en par", sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino **también buena parte de la areola**. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta.

Procedimiento

Antes de dar el pecho debe **lavarse las manos** y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc.

Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que tumbarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro. Se rodeará al bebé con el brazo y tras girarle hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigirle su cuerpo hacia el de la madre: "ombliigo con ombliigo"



o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé.

Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, su cara **no** debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre debe poder ver la cara de su madre y la madre la suya.



Existe otra postura para estar sentada que se llama “de balón de rugby o lateral”: la criatura se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en las costillas de la madre mirándole de frente (ver dibujo pag/19). Esta técnica es utilizada cuando son de bajo peso, han nacido antes de tiempo, después de una cesárea, cuando los pechos son muy grandes o para amamantar simultáneamente a dos bebés, colocando uno/a en cada mama.

De cualquier manera, se recomendará cambiar las posturas de las tomas a lo largo del día para que se vacíen adecuadamente todas las partes del pecho.

Características de la leche

La leche varía a lo largo de la **¡misma toma!** Al principio de la tetada es más “aguada” para calmar la sed del bebé y preparar su estómago, y a medida que va saliendo aumenta la cantidad de grasas, de manera que al final de la toma proporciona mayor aporte de calorías (como el postre) y aporta sensación de saciedad. Por tanto, debemos transmitir que la criatura

debe mamar hasta que quede satisfecha, **y no retirarle del pecho aunque lleve tiempo en el mismo**, sólo el niño o niña sabe cuándo se ha quedado satisfecha.

Duración

Cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, como cada madre tiene su propio ritmo de salida de leche: la madre y su bebé se regulan entre sí. Hay quienes maman durante 20 minutos y sin embargo reciben la misma cantidad que otras u otros en 4 ó 5 minutos, si se le ofrece el pecho y lo acepta, **es porque lo necesitan**, no es cierto que se malacostumbren y que deban esperar 3 horas entre toma y toma.

Deben ofrecer siempre los dos pechos, empezando por el último que se haya ofrecido; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero. Si ya ha comido bastante lo hará saber, si en el pecho hay todavía mucha leche, en la próxima toma se empieza por ese mismo y se vaciará la leche acumulada. Si molesta la leche que queda se puede exprimir un poco y aplicar frío.

Si con la succión traga aire, es aconsejable facilitar el eructo, para lo cual basta con mantener al niño o la niña apoyada sobre el hombro de la madre o **sobre el del padre o pareja**. No es necesario dar golpecitos, con un suave masaje en la espalda es suficiente. Tampoco es necesario estar mucho rato, si no eructa en 2 minutos se recomendará acostarle.

Tomas nocturnas

No hay ninguna razón médica para suprimir las tomas de la noche. Son importantes durante los primeros días y semanas para el establecimiento de una adecuada lactancia, ya que previenen problemas como la mastitis, producen picos más elevados de las hormonas que ponen en marcha la lactancia, ayudan a mantener la producción de leche y hacen posible un contacto íntimo madre-hijo/a en unas condiciones que a menudo no se tienen durante el día.

Gemelaridad

La madre puede producir leche para dos gemelos o gemelas como se demuestra en innumerables casos, incluso para trillizos y/o trillizas. En este caso el estímulo de la succión será doble y, por tanto,



habrá doble producción de leche. Siempre que se pueda, se amamantarán a la vez y alternando el pecho que se ofrece a cada bebé en las tomas sucesivas.

Para estos casos se recomendarán algunas posiciones:

- Posición lateral: estando sentada o tumbada, situar una almohada o cojín sobre el regazo y colocarles sobre la almohada mirando a la madre. Se deben asir uno/a con cada brazo como si se llevara dos balones de rugby.



- Posición cruzada: es la misma situación que la anterior, pero poniendo a ambas criaturas a lo largo de la almohada (o sobre tu regazo) mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que ambos cuerpos se crucen.



- Posición mixta: combinando las dos posturas anteriores. Se coloca a un bebé en la posición de “balón de rugby” y a la otra criatura sobre el regazo o sobre una almohada o cojín.



5.5. En la unidad neonatal

La lactancia materna es la ideal para toda criatura recién nacida, incluyendo aquellas nacidas pretérmino o ingresadas en la unidad neonatal. Para favorecer su instauración se debe cumplir una serie de requisitos mínimos, tanto estructurales y de equipamiento, como de personal suficientemente formado, que favorezcan la lactancia.

Actuación del personal

Ante un ingreso en la unidad neonatal, su responsable hablará con la madre y el padre o pareja en la sala de neonatos ó en la habitación de la madre si ésta no pudiera moverse todavía. Después de explicar la situación de su bebé, se les informará sobre las posibilidades y los beneficios de la lactancia materna, intentando resolver todas las dudas que planteen. Se explicará a la madre que, si lo desea, puede darle de mamar (siempre que su estado de salud lo permita) o bien administrarle su leche previamente extraída.



En aquellas situaciones en las que sea posible se hará el ingreso conjunto, de tal forma que pueda permanecer en la habitación junto con su madre. En cuanto ésta pueda, se le animará a que acuda a ver a su bebé y comenzar la lactancia si es posible.

Por tanto y, siempre que lo desee, se favorecerá la entrada de la madre y de la pareja en Neonatología salvo en aquellos momentos en los que el personal así lo requiera. Si el bebé permanece en la unidad neonatal se explicará a la madre la forma de sacarse la leche para ir estimulando lo más pronto posible el reflejo de succión (Anexo I).

Actuación en casos especiales

- Neonato ingresado a dieta absoluta:

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

Si se prevé que la dieta absoluta va a prolongarse en el tiempo y la madre obtiene calostro, se deberá guardar hasta 48 horas en la nevera de la unidad, para ser utilizado como primeras tomas al inicio de la lactancia natural. Todos los biberones se marcarán con la fecha y hora de la extracción.

¡No tirarlo, es insustituible!

- Neonato ingresado con dieta normal, pero con imposibilidad de tomar el pecho directamente de la madre:

Durante la charla con los padres, se les explicará que el bebé puede comer, pero no directamente del pecho, y que no por ello hay que renunciar a la lactancia materna. La madre deberá extraerse la leche, que se le dará con jeringuilla, vasito o cucharilla (Anexo I).

- Neonato ingresado con dieta normal sin problemas para lactar del pecho:

Durante la entrevista con la madre y su pareja se les informará que no hay ninguna contraindicación para la lactancia materna. Si la madre se encuentra bien para caminar ó moverse en silla de ruedas, pasará a la unidad neonatal cada vez que su hijo o hija necesite comer.

- Prematuro o de bajo peso que necesite estar en incubadora:

Si tiene succión tomará la leche directamente del pecho (Anexo I) y se utilizará el método canguro (Anexo II) durante el mayor número de horas posibles al día. Si no tiene succión, se utilizará el método canguro (Anexo II) para estimular el reflejo de succión. La leche materna se le dará por boca con jeringa o por sonda. Se incluirá en la historia clínica la hoja de registro.



© Medela AG 2010

- Madre momentáneamente ausente (en otra clínica, uci):

Hasta que se disponga de leche materna, se administrará provisionalmente una fórmula adaptada con jeringuilla o vasito para no interferir en el aprendizaje posterior de la lactancia.

5.6. En el domicilio

Consideraciones previas

El apoyo positivo, con conocimiento apropiado de la lactancia por parte del personal sanitario, aumenta la incidencia, duración y exclusividad de la misma. La información inconsistente o inexacta proporcionada por los y las profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.

Será necesario que todo el personal que trabaja en puestos relacionados con bebés en edades de lactar haya recibido formación sobre la técnica de lactancia materna y artificial, tenga acceso



a este protocolo. Si su contrato se prolonga más de 6 meses, deberá acudir a un curso de formación en lactancia materna impartido por el programa docente del SERIS, o similar.

En el Centro de Salud no se mostrará ningún tipo de publicidad que favorezca la lactancia artificial (calendarios, carteles, bolígrafos, libretas de notas, muestras de leches, etc.), ni se entregará ningún tipo de muestra gratuita de sustitutivo (leche, sueros, ...) o de instrumentos que estimulen técnicas incorrectas (chupetes, tetinas, etc.).

La matronas de atención primaria son las primeras profesionales que van a estar en contacto con la púerpera y por tanto, las primeras en valorar y observar una toma entera de lactancia materna.

Tabla orientativa a la hora de observar y valorar una toma de lactancia

Nombre:

Hora inicio de la mamada:

Signos de normalidad:

Signos de alerta:

Posición

Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinada sobre el bebé
Bebé muy junto y bien encarado	Bebé separado de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	El bebé ha de torcer o doblar el cuello
El mentón toca el pecho	El mentón no toca el pecho.
Bebé bien sujeto por detrás	Sólo sujeta el hombro o la cabeza

Respuestas

Busca el pecho si tiene hambre	El bebé no responde al pecho
Movimientos de búsqueda	No hay reflejo de búsqueda
Explora el pecho con la lengua	No muestra interés por el pecho
Mama tranquilo y despierto	Bebé inquieto y lloroso
Se mantiene en el pecho	Se le escapa el pecho
Signos de eyección de leche	No se observan signos de eyección (goteo...)

Tabla orientativa a la hora de observar y valorar una toma de lactancia

Vínculo afectivo	
Abrazo seguro y confiado	Abrazo nervioso o flojo
La madre le mira a la cara	No hay contacto visual entre ambos
La madre le acaricia	Apenas le toca, o le sacude y atosiga
Anatomía	
Pechos blandos después de la toma	Pechos ingurgitados
Pezones salientes, protáctiles	Pezones planos o invertidos
Piel de aspecto sano	Piel irritada o agrietada
Pecho redondeado durante la toma	Pecho estirado
Succión	
Boca muy abierta	Boca poco abierta, "morrito"
Labio inferior doblado hacia afuera	Labio inferior doblado hacia adentro
La lengua rodea el pecho	No se ve la lengua
Mejillas redondeadas	Mejillas tensas o hundidas
Más areola por encima de la boca	Más areola por debajo de la boca
Succión lenta y profunda, con pausas	Chupadas rápidas
Se ve u oye cómo traga	Se oyen chasquidos
Duración	
Suelta el pecho espontáneamente	La madre lo saca del pecho
Hora en que acaba la mamada:	Tiempo de succión en minutos:

Fuente: "Manual Práctico de Lactancia Materna" González C.

Primeros quince días

El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los primeros días. Se debe observar al menos una toma y, si fuera preciso, se corregirá la técnica de amamantar.



Es importante transmitir a la madre que la criatura amamante sin esperar al llanto, para ello se le recordará los primeros signos de hambre. Asimismo, hay que asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar al menos un pecho en cada toma; la madre debe permitir al lactante que se desprenda espontáneamente, antes de cambiarle al segundo pecho.

Comprobar el peso de la criatura: un bebé sano a término debería haber recuperado, como mínimo, el peso al nacimiento hacia el día 14. Enseñar a los padres a reconocer las señales de amamantamiento ineficaz y aconsejar pedir ayuda si hay pérdida continuada de peso después de la primera semana de vida. Para transmitir la información es conveniente permitir la presencia de familiares y allegados que puedan, posteriormente, influir en la actitud materna. Se facilitará información sobre la

existencia de los grupos de apoyo y el díptico informativo de la asociación de madres pro lactancia materna en La Rioja "Al Halda".

Reflejar en la historia clínica la decisión de continuar con lactancia materna, o los motivos de suspensión en caso contrario.

La pareja puede brindar todo el soporte necesario para mantener la lactancia y respaldar a la madre. Criar a una hija o un hijo no sólo es darle de comer. Si el bebé llora, y no necesita comer, el padre o pareja es la persona más adecuada para consolarle y así establecer un vínculo afectivo. La intimidad física y emocional que surge entre la madre y su bebé, puede provocar en la pareja un recelo normal, todo irá mejor si participa desde el primer momento apoyando el embarazo, asistiendo al parto, cuidando a la madre y compartiendo los cuidados no nutritivos que necesita cualquier bebé.



Principales signos a observar:

- Pérdida de peso de la criatura mayor del 7% respecto al peso al nacimiento
- Pérdida continuada de peso después del día 3
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días
- Heces meconiales después del día 4
- Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del día 4
- Lactante irritable e inquieto, somnoliento o que rehúsa las tomas
- Deglución no audible durante las tomas
- No hay cambio discernible en el peso o tamaño de los pechos, y no hay cambio aparente en la composición y el volumen de la leche entre los días 3 y 5
- Dolor de pezones persistente o creciente
- Congestión mamaria que no mejora amamantando
- Lactante que no ha empezado a ganar peso después del día 5
- Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14

Ante esto:

- Un solo signo puede no indicar un problema, está indicada la evaluación a fondo y el seguimiento
- Los patrones clínicos de deposiciones, en el lactante amamantado al pecho, varían ampliamente. Sin embargo las excretas son un indicador clave de una ingesta adecuada
- La deglución audible es un signo positivo de transferencia de leche
- La pérdida continuada de peso, después del día 3, está fuertemente relacionada con el abandono precoz de la lactancia materna
- Durante el primer mes se citará a la criatura a visita en la consulta de atención primaria o en la maternidad, las veces necesarias hasta que se haya establecido un patrón adecuado de ganancia ponderal
- No se debe entregar a las madres productos de promoción de las casas comerciales y cualquier entrega debe ser respetuosa con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna



Primeros 6 meses

Recomendar la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, ya que reduce la frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias en lactantes, y ha demostrado beneficios para su desarrollo y ningún déficit nutricional.

En criaturas prematuras es conveniente respetar este tipo de alimentación hasta que alcance los 6 meses de edad corregida.

A partir de los 6 meses

A partir de los 6 meses los depósitos de hierro quedan depleccionados y se hace necesario el aporte de hierro de fácil absorción. Por tanto se recomienda la introducción de alimentación complementaria, siempre que sea posible, sin sustituir la lactancia natural por leche artificial e introduciendo alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad.

6. Posibles situaciones

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.

6.1. Dolor al inicio de la succión

Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera.

Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grietas, ... En estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

6.2. Grietas en el pezón

Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir:

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera
- No se debe limitar el tiempo de succión

La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.





6.3. Ingurgitación mamaria

La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros.

La clínica varía:

- Dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado)
- Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho
- El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos

6.4. Congestión mamaria

Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “subida de la leche”.

El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. Si es posible se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos.

6.5. Obstrucción de un conducto (galactocele)

La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste



en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante **no interrumpir la lactancia**. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé “ordeña” con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada. Se puede recomendar antiinflamatorios y/o analgésicos.

6.6. Mastitis

Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos.

Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas.

Los **principios del tratamiento de la mastitis** son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico (*cotrimoxazol*, *ciprofloxacino* a dosis de 750mg, etc.) y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos).

Es importante no interrumpir la lactancia ya que agravaría el problema.

Se debería realizar un análisis microbiológico de la leche de cualquier mujer lactante que refiera dolor en el pecho injustificado, grietas y/o mastitis recurrentes.

La recogida de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico se debe efectuar mediante expresión manual en un envase estéril; la única precaución previa que cabe considerar es el lavado de las manos con agua caliente y jabón/detergente, y un secado con una toalla limpia o con una toallita de un solo uso. Para este tipo de análisis es suficiente con una muestra de 1 ml. El hecho de descartar o no las primeras gotas no parece afectar al resultado del análisis.

La leche se debe analizar en los primeros 30-45 minutos tras su obtención. Si no es posible, mantenerla en refrigeración (<6 °C) durante un máximo de 24 horas o en congelación a una temperatura igual o inferior a -20 °C, sin que se rompa la cadena de frío. De otro modo, podrían proliferar las bacterias y dar lugar a un resultado falso. Descartar el uso de bombas extractoras.



Diagnóstico diferencial del dolor mamario y del pezón

	Ingingurgitación mamaria	Conducto obstruido (galactocele)	Mastitis	Grietas, traumatismo del pezón
Comienzo	Gradual. A los 3-6 días del parto.	Gradual. Después de mamar, por un vaciado incompleto.	Tras varios días de lactancia (7-14 días) aparece de manera súbita.	En los primeros días de lactancia.
Localización del dolor	Bilateral y generalizado. Empeora justo antes de la toma y se alivia con ella.	Unilateral, localizado y cambiante de lugar. Si no se resuelve se puede transformar en un galactocele (diagnóstico ecográfico).	Continuo, unilateral, localizado.	Dolor al contacto con el pezón y en la manipulación del mismo.
Exploración física	Dureza, aumento de la sensibilidad, con enrojecimiento y calor bilateral. Distensión de la areola, pezón borrado y dificultad en el agarre.	Dureza y dolor localizado.	Puede haber signos externos inflamatorios.	Fisura o erosión sangrante.
Tª y síntomas generales	<38,5°C sin afectación general.	<38,5°C sin afectación general.	>38,5°C incluso con afectación general.	<37,5°C sin afectación general.
Medidas preventivas	Lactancia precoz, frecuente y correcta posición. Antes de lactar: calor seco, masaje suave y circular. Aplicación de frío entre tomas. Uso de sujetador adecuado las 24 horas.	Lactancia precoz, frecuente y correcta posición. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama. La zona que mejor se vacía es la que queda en contacto con la barbilla del lactante. Durante el amamantamiento realizar un suave masaje de la zona afectada hacia el pezón. Cambiar de posturas para el correcto vaciado de la mama (mención del bebé dirigido hacia el conducto obstruido). Un galactocele no resuelto requiere punción e incluso extirpación quirúrgica.	Evitar grietas en el pezón. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama.	Correcto agarre al pezón y areola. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama.
Tratamiento			Tratamiento antibiótico precoz 10-14 días, con antitérmicos y/o AINES. Es muy importante NO INTERRUMPIR LA LACTANCIA MATERNA y estimular el vaciado frecuente, ya que no se transmite al bebé y mejora la evolución.	Corregir la causa. Hacer tomas frecuentes para disminuir la ingurgitación y la dificultad de agarre. Conviene empezar con el pezón no afectado y realizar extracción manual.

Modificado de "Beneficios de la lactancia materna en situaciones especiales" Heranz-Atance

6.7. Dermatitis de la mama

Aunque son infrecuentes, las asociadas a la lactancia materna son:

Impétigo

Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por *estreptococo del grupo A beta-hemolítico* y el *estafilococo aureus*. Generalmente existen lesiones previas como eczema, dermatitis de contacto, etc que se sobreinfectan. Se extiende con el rascado de las lesiones y es contagiosa. El tratamiento es tópico con *mupirocina* o *ácido fusídico*. La madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelto.

Dermatitis vírica por herpes simple o varicela

Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta.

Dermatitis de contacto

Causada por contacto directo con irritante o alérgeno. El tratamiento consiste en evitar la sustancia irritante y aplicar corticoides tópicos. No contraindica la lactancia.

Candidiasis

Causada por diversas variedades de *cándida*, parásitos de 'hongos', especialmente *cándida albicans*. Puede manifestarse en el pezón, areola, pliegue intermamario y submamario. ¡Pueden aparecer en lactantes cuya madre tenga una mastitis estafilocócica!

La piel está enrojecida, ligeramente edematosa y puede que en la superficie haya elementos vesículo-pústulosos. Es muy típico observar como estas áreas están delimitadas por un fino reborde escamoso, apareciendo lesiones satélites, provoca prurito intenso y quemazón, sin fiebre.

Tópicamente se puede emplear *miconazol*, *ketoconazol* o *terbinafina*. Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta.

7. Continuidad de la lactancia



7.1. Variaciones en la cantidad de leche

Cuando un lactante muestra un aumento brusco de hambre, o de la frecuencia de las tomas durante 48 horas, se producirá un incremento en la producción total de leche. El primer aumento brusco de leche aparece generalmente en la segunda semana de vida, por ello la congestión mamaria disminuye por entonces, pero esto no es un signo de menor producción de leche.

Las deposiciones y las micciones del lactante son los mejores indicadores de una ingesta adecuada. Si está irritable, muestra una excreción adecuada y su ganancia de peso también lo es, la irritabilidad no se debe a la falta de leche.

La percepción de una producción láctea insuficiente es una causa significativa de destete a destiempo y ocurre hasta en un 50% de las madres lactantes.

Es importante el apoyo a la madre, para continuar amamantando durante estas crisis de disminución percibida de producción láctea. Para que el crecimiento del lactante no se vea afectado se puede aumentar el número y la duración de cada toma.

Para reforzar los conocimientos y actitudes adquiridas es conveniente poner en contacto a los padres o parejas con el grupo de apoyo local y hacer partícipe a la familia o personas allegadas, ya que su apoyo aumenta la duración de la lactancia. La identificación temprana de los problemas facilita la intervención precoz, por tanto reforzar los hechos, deshacer los mitos y malentendidos ayuda a establecer expectativas realistas.

7.2. Dudas frecuentes

Frecuencia y duración de las tomas

Cualquier bebé hará un mínimo de 8-12 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y hay que respetárselo: habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día y dormirán de 4 a 6 horas, y a otras y otros habrá que despertarles para las tomas, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado.

Hay que transmitir que si después de un pecho, rechaza el segundo no se debe preocupar, a medida que el lactante se hace mayor, la frecuencia de la demanda disminuye.

Excretas

Hay lactantes que realizan una deposición con cada toma, otros sin embargo, realizarán al menos tres en 24 horas. Las deposiciones cambian de meconio a amarillas y semi-acuosas hacia el 4º día. Respecto a las micciones se esperan al menos seis al día hacia el 4º día.

Pérdida y/o incremento de peso

En la primera semana se espera al menos el 7-10% de pérdida de peso, el cual se recupera hacia los 14 días de vida. Se suele producir una ganancia ponderal de 120 a 140 grs por semana hasta que el lactante dobla el peso del nacimiento.

La dieta de la madre

Debe ser variada y equilibrada, los mitos sobre reglas dietéticas son una barrera para el amamantamiento y no tienen base científica. En muy pocos casos el lactante se ve afectado por los alimentos que come su madre.

Sí hay que tener en cuenta que sus necesidades energéticas y nutritivas son más elevadas, debe ingerir 500 calorías extra cada día debido al esfuerzo metabólico que implica la producción de leche. El incremento en la ingesta de líquidos de ésta **no** afecta a la cantidad de leche producida, por tanto la madre beberá para satisfacer su sed. No es necesario que sea leche, puede ser zumo, infusiones, batidos, o simplemente agua.

7.3. Relactación

Relactar es restablecer la lactancia materna después de haberla interrumpido durante un tiempo (días, semanas o incluso meses), por ejemplo:

- Separación de sus madres, por hospitalización de la madre o del bebé.
- Bajo peso al nacer, o bebés que no pudieron mamar eficazmente en las primeras semanas y recibieron alimentación artificial.

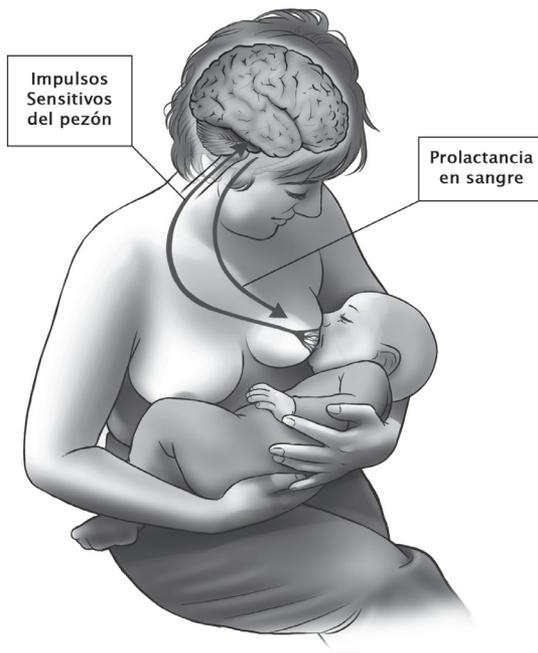


- Situaciones de desamparo o de emergencia.
- Madres que deciden volver a dar el pecho.

Se han dado casos de madres adoptivas que, con ayuda de profesionales, han conseguido amamantar aunque no hayan tenido gestaciones, en este caso se habla de **lactancia inducida o adoptiva**.

Ambos casos necesitan de un asesoramiento y seguimiento por parte de profesionales sanitarios. De cualquier manera, aunque no se consiga, hay que transmitir que por eso no se deja de alimentar bien al bebé, ni de establecer una relación afectiva fuerte.

La relactación es posible para cualquier mujer. En estos casos es esencial la **motivación** de la madre y, por supuesto, el apoyo de profesionales y grupos de apoyo.



Al principio se administrará la cantidad completa de alimentación artificial (mejor con una jeringa o cuenta gotas que con biberón).

Lo más importante es dejar que el bebé mame cuanto más mejor, al menos unas 10 o más veces en 24 horas. Se recomienda ofrecer el pecho cada dos horas y siempre que parezca que quiera. Si al principio rehuye succionar, se le dará la leche materna por boca con jeringa o por sonda (ver imágenes de la página 22). También se le puede “engañar” echando leche con un cuentagotas o un vaso directamente sobre el pecho mientras está mamando. No usar chupete, no sacan nada, les cansa y quita fuerza para mamar después.

Es muy importante proporcionar contacto piel con piel con el bebé el mayor tiempo que se pueda. Para ello hay que evitar el exceso de barreras de ropa entre la madre y la criatura, así como dejarle todo el tiempo que necesite en cada pecho hasta que se retire.

En una semana pueden aparecer las primeras gotas de leche, si se estimula el pecho por lo menos diez veces al día. Aproximadamente, la mitad de todas las madres que relactan son capaces de amamantar exclusivamente, es decir sin suplementos de leche artificial, en un mes. Es importante transmitir que, independientemente de la cantidad de leche que se vaya produciendo y el tiempo que se necesite, lo importante es el contacto y la relación afectiva que se establece.

7.4. Opciones anticonceptivas

Lo más aconsejable es evitar las relaciones sexuales con penetración durante el primer mes después del parto. Respecto a las opciones anticonceptivas aconsejables en el período de lactancia materna son:

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

Consiste en el uso de la lactancia materna como método de planificación familiar temporal. El MELA tiene aproximadamente una protección eficaz del 98% contra el embarazo, si se cumplen los tres criterios siguientes:

1. La madre continúa sin menstruación desde el parto
2. Lactancia materna exclusiva cada 4-6 horas, con varias tomas nocturnas
3. El bebé tiene menos de seis meses de edad



Se han dado muchos casos de embarazos en este período de tiempo, por creer que sirve una única condición. Se han de cumplir los tres criterios y, aún así, existe un 2% de posibilidad de embarazo imprevisto.

Es importante que la madre sepa que este método de amenorrea lactacional no es efectivo al 100% para prevenir el embarazo. Está enfocado al uso de los propios ritmos corporales. Se da en lactancias maternas EXCLUSIVAS, en mujeres sin menstruación durante los 6 primeros meses de vida del lactante.

Métodos de barrera y espermicidas

No introducen hormonas sintéticas en el organismo de la mujer y, por tanto, no interfieren con la producción láctea, siendo una buena opción en los primeros meses.

Métodos hormonales

Los métodos de progesterona sola, si se inician **después de la instauración adecuada** de la lactancia no interfieren generalmente con la producción de la leche. Sin embargo, si se dan antes de que ocurra la lactogénesis (tanto en comprimidos, inyecciones o implantes) inhiben la producción láctea. Por tanto, deben retrasarse hasta al menos 6 semanas.

DIU

No está contraindicado y no se incrementa la tasa de expulsión del dispositivo. Su presencia no induce efectos adversos sobre la lactancia. Se debe decidir el momento adecuado para su implantación anticipándose a la ovulación y garantizando siempre la aceptación por parte de la mujer.

7.5. Mantenimiento

Una vez instaurada, y después de la etapa de introducción de la alimentación complementaria, es posible mantener la lactancia a demanda hasta que la madre y su bebé quieran, incluso es posible mantenerla con dos tomas al día.

La lactancia prolongada ofrece beneficios de salud física y psíquica tanto al lactante como a la madre. Por tanto, la recomendación de la continuidad de la lactancia materna, se hará hasta los 24 meses de edad o bien, tanto tiempo como deseen la madre y/o su bebé.

7.6. Vuelta al trabajo: extracción y conservación

La vuelta al trabajo es perfectamente compatible con seguir dando el pecho. De hecho, los estudios indican que las madres que trabajan son las que dan de mamar durante más tiempo. La actitud y colaboración de la pareja y de la familia son fundamentales.

Métodos de extracción

Cuando la madre vuelve al trabajo existen distintas opciones para seguir con la lactancia materna. Una de ellas es adelantar la introducción de las comidas complementarias (frutas, verduras, ...) y hacerlas coincidir con las horas en las que la madre está trabajando. El resto del tiempo se puede continuar perfectamente con la lactancia natural.

Hay madres que tienen la posibilidad de que les lleven a su hijo o hija al trabajo para darle el pecho o bien acudir donde se encuentre a la hora de lactancia. Cuando son mayores de tres meses maman con mucha rapidez por lo que la hora o las dos medias horas de permiso pueden ser suficientes para darles de mamar.

La leche se puede extraer en el lugar de trabajo o antes en casa. Conviene practicar unos días antes de volver al trabajo ya que, al principio, es normal que no salga nada o muy poco. Como norma habitual **hay que lavarse las manos** antes de comenzar la extracción, darse un **masaje** en el pecho y tener a mano aquello que se pueda necesitar:

- Sacaleches, si se opta por esta opción
- No hace falta un recipiente especial, únicamente un recipiente de plástico duro sin pvc bien lavado (no conviene utilizar de vidrio, ya que las defensas de la leche se quedan adheridas a sus paredes y no se aprovechan) y boca ancha para recoger la leche
- Nevera portátil con hielo

En el **Anexo III** se exponen distintos **métodos de extracción y conservación**.



Cuándo y cómo dar la leche extraída

Para calentar la leche **no se utiliza microondas**, ya que la leche no se calienta toda por igual y pierde parte de sus propiedades (inmunoglobulina A). Sí se puede utilizar un método como el baño maría, aunque siempre teniendo en cuenta que **no debe llegar a hervir**, cuando la toma de su madre está a 36°, por tanto no se debe calentar a temperatura más elevada.

Las niñas y los niños amamantados al pecho pueden no saber succionar de las tetinas, por lo que se les aconsejará que les den la leche extraída con un vaso, cucharilla o jeringa (recordándoles ¡sin aguja!).

Cuánto tiempo necesitan para adaptarse a esta nueva forma de “amamantar”

Quando se amamanta se les calma el hambre, la sed, se les da calor, consuelo,... por eso está bien acostumbrarles a la “nueva modalidad” de amamantar **1 ó 2 semanas** antes de la incorporación al trabajo.

De nuevo es una ocasión excelente para que esa toma se la dé el padre, pareja u otra persona que **no** sea la madre. Las niñas y los niños son muy “listos” y saben perfectamente quién les puede dar aquello que más les gusta.

7.7. Destete gradual

El destete se recomendará que sea gradual eliminando una toma cada 3 o 4 días. Si hubiera congestión mamaria, las compresas alivian el dolor provocado por ésta, así como la extracción manual del pecho.

7.8. Medicamentos y tóxicos

Existe una página de consulta muy útil y recomendable sobre la compatibilidad de medicamentos y lactancia materna: **www.e-lactancia.org**

Se debe transmitir que lo mejor que puede hacer por sí misma y por su bebé es continuar sin fumar o dejar el tabaco lo antes posible. Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar y disminuir el número de cigarrillos no es suficiente, ya que no hay un nivel de consumo seguro.

Asimismo, es importante impedir que el bebé respire el humo del tabaco, para ello no se debe permitir que nadie fume en su presencia.

El alcohol se debe suprimir **por completo** de la dieta, incluyendo las cervezas ya que no hay una base científica que justifique que “aumente la producción de leche”. No existe ningún nivel de consumo de alcohol durante la lactancia que se pueda considerar seguro.

Evidentemente **todo tóxico** llega a la leche materna y por tanto el lactante sufrirá sus efectos, así como los del síndrome de abstinencia. Si se necesita más información o ayuda, acentuar que no está sola, se puede remitir a profesionales de referencia o facilitar el teléfono gratuito y anónimo **900 714 110**.

7.9. Enfermedades maternas

Hay situaciones en las que la madre se encuentra enferma, ingresada o sometida a exploraciones, etc. En esos casos la lactancia puede y debe continuar, tenemos que conocer la forma de ayudar a proseguir con la lactancia, sólo en casos excepcionales hay contraindicación.

Ingreso hospitalario

La madre debe mantener un contacto lo más frecuente posible con su bebé, excepto cuando la enfermedad exija aislamiento, es importante que se **le permita permanecer al lado de su bebé**.

Si durante unas horas resulta imposible que el lactante mame hay que evitar la ingurgitación y vaciar el pecho manualmente o mediante sacaleches. Si el ingreso es programado, la madre puede sacarse leche unos días antes y almacenarla. Cuando el estado de la madre lo permita, la succión al pecho debe reestablecerse, esto no entorpece su recuperación.

Anemia

Una madre anémica que recibe tratamiento puede dar pecho sin ningún inconveniente. Ni la anemia ni el tratamiento la contraindican, más bien al contrario, el inicio inmediato de la lactancia aumenta la oxitocina que produce la contracción uterina disminuyendo la hemorragia y el retraso de menstruaciones, ahorra hierro y aumentan los niveles de ferritina.



Diarrea

La diarrea materna no contraindica la lactancia y menos cuando es de origen infeccioso, ya que los gérmenes NO se transmiten por la leche y sí los anticuerpos que crea la madre pueden proteger al bebé. Es muy importante el lavado de manos riguroso, así como aumentar el aporte de líquidos de la madre, para ello se puede utilizar una solución de rehidratación oral.

Infecciones

La mayoría de las enfermedades infecciosas permiten continuar con la lactancia. Los anticuerpos específicos presentes en la leche materna protegen al lactante, por lo que continuar con la lactancia no sólo es aconsejable sino muy recomendable. Las infecciones más comunes son los catarros o la gripe, en ningún caso hay que interrumpir la lactancia, sino tomar medidas higiénicas.

Las infecciones del tipo de la hepatitis A, B, C, no contraindican la lactancia. Actualmente en nuestro medio **la única contraindicación es la infección por VIH.**

En el caso de enfermedad tuberculosa

Si es activa y lleva menos de 30 días de tratamiento la madre puede extraerse la leche, **desecharla.** Una vez que pase este periodo puede dar de lactar. Mientras la madre sea bacilífera se debe separar a la madre de su hijo o hija por el riesgo de contagio.

De la misma manera, si tiene una mastitis con eliminación de bacilos no se debe dar leche hasta que se asegure de que no los elimina por esa vía, mientras, puede hacer extracción para mantener la lactancia y **desecharla.**

Si lleva más de 2 meses de tratamiento en el momento del parto, comprobar la negatividad en **dos** esputos y continuar el tratamiento si fuera necesario.

¡Aunque la OMS recomienda no separar a la criatura de su madre, otros autores recomiendan la separación hasta que la madre no sea bacilífera!

Diabetes

La lactancia materna es muy recomendable para la madre diabética, mejora su tolerancia a la glucosa y además se evitan las hipoglucemias del bebé ya que la leche contiene más glucosa.

Las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre realice un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, alimentación y ejercicio y dar el pecho a demanda, respetando el horario de comidas materno.

Trastornos de la función tiroidea

El tratamiento sustitutivo del hipotiroidismo materno mediante hormona tiroidea no interfiere con la lactancia. Tampoco el hipertiroidismo contraindica la lactancia, aunque el tratamiento con antitiroideos requiere mayor control.

Cardiopatía

La lactancia depende de la gravedad de la lesión y de la incapacidad que origine a la madre.

Si está compensada, no hay problema en que dé lactancia materna. Se ha demostrado que no afecta a la frecuencia cardiaca, ni aumenta el gasto cardiaco ni la presión arterial.

Si la madre está en situación de insuficiencia cardiaca moderada o severa, el esfuerzo al dar de mamar puede dificultar su propia recuperación.

Prolactinoma

Las mujeres que tienen este tumor hipofisario productor de prolactina pueden dar pecho, ello no afecta al bebé ni ocasiona crecimiento del tumor.

Flebitis, trombosis

La lactancia puede continuar, la heparina no la contraindica.



Cirugía mamaria

Con la cirugía radical de la mama o grandes extirpaciones se pierde la posibilidad de lactar por esa mama. Se aconseja dar lactancia siempre que la glándula conserve el sistema excretor íntegro (con ambos o con uno).

No se ha encontrado evidencia para retirar la lactancia materna a las madres que llevan implantes, pero sí debe saber qué tipo de implante se ha utilizado, por si se ha dañado la glándula.

Los "piercing" no contraindican la lactancia materna, pero hay que retirarlos para evitar atragantamiento del bebé.

Madres transplantadas

Deben recibir una atención especial tras el parto para hacer compatibles sus necesidades con las del bebé. El objetivo es favorecer la lactancia materna, sin que ello vaya en detrimento de la salud de la madre ni ponga en riesgo mayor a la criatura. Hay que evitar realizar pruebas que no vayan a cambiar la actitud terapéutica con la madre y que se puedan posponer.

En cada caso valorar y apoyar a la madre.

Procesos oncológicos

La lactancia está contraindicada en estos casos, **salvo en situaciones de remisión**. Si se pudiera anteceder a la práctica de alguna prueba o tratamiento, la madre puede extraerse y almacenar la leche.

Los fármacos antineoplásicos y los compuestos radioactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo. No deben retrasarse los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la madre.

Práctica de pruebas y análisis

La práctica de un estudio radiológico simple así como la extracción para analíticas no contraindican para la lactancia.

Si fuera preciso practicar pruebas con isótopos, se puede interrumpir la lactancia en función de la vida media del isótopo (unas 72 horas si se emplea tecnecio 99). Si la madre conoce la fecha de la prueba puede extraerse leche los días anteriores.

Depresión

No hay que suspender la lactancia ni por la depresión ni por su tratamiento, la suspensión puede empeorar el estado anímico de la madre. Se recomienda que esté acompañada y valorar cada caso. Los fármacos que se suelen utilizar son seguros (*paroxetina, sertralina y nortriptilina*).

Epilepsia

La mayoría de los fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia. En el caso de tomar *fenobarbital* hacer un destete progresivo. Valorar la situación de cada madre, con respecto a la frecuencia y el tipo de crisis.

Si existe alto riesgo de que la madre convulsione, es preciso que esté acompañada siempre que tenga a su bebé en brazos, independientemente de que esté lactando o no.

Falsas contraindicaciones

- Dificultades en amamantamiento previo
- Pezones con grietas o sangrantes
- Congestión mamaria severa
- Dolor mamario persistente
- Enfermedad aguda o crónica
- Anomalías de la mama o del pezón
- Cirugía o trauma mamario

Contraindicaciones

- VIH positivo
- Abuso de sustancias
- Tuberculosis (hasta que la madre deje de ser bacilífera, ver pag. 41)



En estos casos, comprobar que la madre conoce y practica la manera más segura y adecuada de alimentar al bebé

7.10. Situaciones especiales

Las criaturas recién nacidas pueden presentar problemas de salud o circunstancias especiales que no son motivo para suspender la lactancia. Si el proceso conlleva un ingreso o bien la práctica de pruebas en la criatura, nunca le separemos de su madre. Si hay que hacerlo, informar y ayudar a la madre para seguir con la lactancia, es en estas circunstancias cuando necesitan más nuestro apoyo.

Ictericia

La ictericia no contraindica la lactancia materna, aunque es sabido que su incidencia aumenta en relación con ella, puede beneficiarles por su acción antioxidante. Los bebés icterícos pueden tomar lactancia materna sin problemas. En la mayor parte de los casos se trata de una ictericia fisiológica, pero incluso en caso de incompatibilidad Rh, no hay ningún problema en que lo hagan ya que los anticuerpos que produce la hemólisis no son las IgA que se recibe de la leche, sino las IgG que pasaron a través de la placenta. Por tanto, las tomas de leche materna iniciadas lo más pronto posible y con frecuencia previenen la ictericia fisiológica exagerada.

Si hay que hacer fototerapia lo ideal es no separar al bebé de su madre y en caso de hacerlo es conveniente organizar las tomas. El suero glucosado no influye en los niveles de bilirrubina.

Ingreso del bebé

Se permitirá que la madre permanezca al lado de su hijo o hija. Si durante unas horas resulta imposible que mame, para evitar la ingurgitación puede extraerse la leche que luego podrá ofrecerle o almacenarla. Si el ingreso es programado puede sacarse leche previamente y almacenarla.

Si la criatura va a ser sometida a intervención quirúrgica solo tiene que permanecer entre 3 y 4 horas de ayuno respecto a la leche materna.

Prematuridad y bajo peso

Se describen en Anexos I y II.

Infecciones

Las más frecuentes son los catarros y las diarreas.

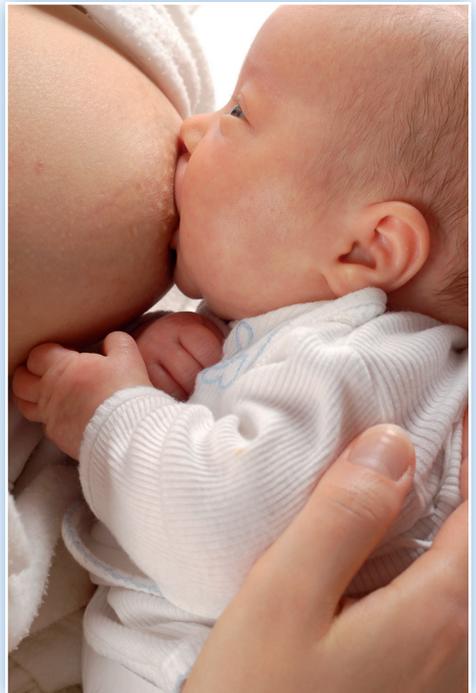
- **Diarreas:** puede y debe seguir tomando pecho, la mejor hidratación es aumentar la frecuencia de las tomas, eventualmente valorar si precisa que le ofrezcamos agua. Tampoco hay que interrumpir la lactancia materna si existen vómitos.
- **Catarros:** la leche materna le protege y supera mejor el proceso.

Síndrome de Down y otras situaciones con bajo tono muscular

El amamantamiento es especialmente beneficioso en estos casos, ya que favorece el apego y reduce el riesgo de morbilidad asociada a problemas como las infecciones.

El amamantamiento es posible en muchos casos pero hay que seguir una serie de estrategias para superar las dificultades derivadas de la falta o el exceso de tono, como la dificultad para la succión y para la deglución y los reflejos de búsqueda. Por tanto, en estos casos cobra especial importancia la técnica:

- Con la criatura semisentada frente a la madre, quien con la otra mano sujeta la espalda y la cabeza (ver imagen)
- Ofrecer el pecho para que se posicione en el centro de la boca y realizar desde fuera los movimientos de la mandíbula
- Si hay mucha producción de leche, hay que reducir la velocidad de flujo reclinándose unos 30° con discreta compresión con los dedos en la zona de la areola





- Si no es posible, existe siempre la posibilidad de que la madre se extraiga la leche y se le pueda administrar con jeringa, cucharilla, etc.
- Con la criatura semisentada frente a la madre, quien con la otra mano sujeta la espalda y la cabeza (ver imagen)

Malfomaciones de boca y paladar

Las más frecuentes son la micrognatia, la macrognatia, labio leporino y paladar hendido. La leche materna en estos dos últimos casos es muy recomendable, pues previene el riesgo de otitis media recurrente por alteración de la ventilación de la trompa de Eustaquio.

En las alteraciones de la mandíbula, se pueden emplear las maniobras de sujeción del pecho y del bebé comentadas en el punto anterior. En el caso del labio leporino, el defecto de fusión del labio superior puede dificultar la adaptación, pero en la mayoría de los casos el pecho se adapta al defecto y lo tapa, cuando no es así, la madre puede tapar el hueco con su pulgar. En todos los casos valorar en qué posición se consigue un mejor agarre del pecho.

8. Sistemas de información y registro

Actualmente, no hay un sistema de indicadores consensuados y aplicados en el Sistema Público Nacional de Salud. Cada sector, población o comunidad elabora sus propias encuestas para conocer su situación, en relación a la práctica de la lactancia materna.

La Encuesta Nacional de Salud, recoge el indicador de lactancia materna para el total de niños y niñas desglosados por Comunidades Autónomas. Esta información es escasa y por ello debemos avanzar en obtener información que nos permita detectar qué factores inciden para que las madres y padres opten y mantengan la lactancia materna.

Monitorización y seguimiento

En el Sistema Público de Salud de La Rioja, conviven dos sistemas de registro: la aplicación informática en la plataforma OMI y la Historia Clínica Electrónica en la plataforma SELENE.

Las dos maternidades (Hospital San Pedro y Fundación Hospital de Calahorra) disponen, junto a los Centros de Salud de Logroño, Cervera, Alberite y Murillo (año 2010), de la plataforma SELENE y el resto de Centros de primaria de la plataforma OMI. El registro de la lactancia comienza en la preparación al parto en las consultas de las matronas de Atención Primaria y acaba a los dos años en las consultas de pediatría.

Los aspectos a registrar son:

- **En las consultas de las matronas en la preparación al parto:** Educación maternal, antes de la semana 32 de gestación con la entrega de la Guía “Lactancia materna: Información para amamantar”.
- **Alta en partos: Formulario “Continuidad de cuidados obstétricos”:** lactancia materna; mixta y artificial.
- **Atención Primaria:** Quedará reflejado el tipo de alimentación del niño o la niña en cada uno de los controles de salud de la infancia.
 1. Formulario “Puerperio domiciliario” revisión 7-10 días post- parto, lo cumplimenta la matrona
 2. Formulario “40 días post-parto” lo cumplimenta la matrona
 3. Formulario “Revisión 0-2 años” lo cumplimenta personal de enfermería de la consulta de pediatría

9. Evaluación



La evaluación del protocolo se realizará en base a las acciones llevadas a cabo por las instituciones sanitarias, por sus profesionales, que atienden el proceso de la lactancia, y por los resultados obtenidos en madres de hijos e hijas lactantes. Además se evaluarán las alianzas, colaboraciones y acciones llevadas a cabo para la promoción y accesibilidad a los grupos de auto ayuda.

Aspectos a evaluar:

- Estudios de prevalencia de lactancia materna cada dos años, con resultados que reflejen los condicionantes de la madre (embarazo, parto) y recién nacido/a en el inicio y en la duración de la lactancia
- Formación del personal sanitario, tanto en formación continuada como en la formación de matronas residentes, personal de enfermería en prácticas, médicos/as y farmacéuticos/as internos/as residentes. Los datos son desagregados por sexo, edad y profesión
- Los planes, programas y proyectos de salud con contenidos en promoción de la lactancia
- Los materiales elaborados para la información y la sensibilización de la población
- Las acciones llevadas a cabo por los grupos de auto ayuda
- Las percepciones, creencias y aspectos psicosociales de la madre y su entorno

10. Direcciones web

1. UNICEF <http://www.unicef.org>
2. Declaración de Innocenti <http://www.unicef-irc.org/>
3. OMS: Lactancia materna <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
4. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia <http://www.ihan.es/>
5. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
6. Consultas sobre compatibilidad de medicamentos y otras sustancias con la lactancia materna. <http://www.e-lactancia.org>
7. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna>
8. Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria <http://www.arpap.org/>
9. Grupo de apoyo a la lactancia materna de La Rioja. <http://www.alhalda.es>, <http://alhalda.blogspot.com/>
10. Guía de La Rioja en castellano Lactancia materna: Información para amamantar. <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia2-castellano.pdf>
11. Guía de La Rioja en rumano Lactancia materna: Información para amamantar <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-rumano.pdf>
12. Guía de La Rioja en árabe Lactancia materna: Información para amamantar <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-arabe.pdf>
13. Guía de La Rioja en urdu Lactancia materna: Información para amamantar <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-urdu.pdf>
14. Guía de La Rioja en francés Lactancia materna: Información para amamantar <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-frances.pdf>
15. Guía de La Rioja en inglés Lactancia materna: Información para amamantar <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-ingles.pdf>
16. La Liga de la Leche <http://www.lili.org/LangEspanol.html>
17. Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia materna <http://www.fedalma.org>
18. Alba Lactancia Materna <http://www.albalactanciamaterna.org>
19. Apoyo a la lactancia materna Multilacta <http://www.multilacta.org/>
20. The World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) <http://www.waba.org.my/>

11. Bibliografía



1. American Academy of pediatrics. Breastfeeding and use of human milk. PEDIATRICS 1997; 100(6): 103-40.
2. Best practice guidelines to support breastfeeding in the NICU. 10 ps for practice. Disponible en: http://www.hmhbmi.org/.../page_32_final%20with%20citations.pdf
3. Breastfeeding in near-term infant (35 to 37 weeks gestation). The academy of breastfeeding medicine. Disponible en: http://www.bfmed.org/Resources/Download.aspx?filename=Protocol_10.pdf
4. Burgos Sánchez, J.A, Galvez Toro, A., Berral Gutiérrez, M.A., Salido Moreno, M. P. Parto de Baja Intervención: Diez Pasos para la Asistencia Segura al Parto. En: Libro de Resúmenes de Comunicaciones: V Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia. Granada; Fundación Index; 2008. p 30.
5. Consejos para la Lactancia Materna. Ed: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
6. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica, OMS, 1996.
7. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez Jm. Mastitis infecciosa durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2); 564-84.
8. Directiva 2006/141/ CE de la comisión de 22 de diciembre de 2006 relativa a los preparados para lactantes y preparados de continuación y por la que se modifica la Directiva 1999/21/CE
9. Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
10. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
11. Unicef/Who. Innocenti Declaration. Florence, 1990. Disponible en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
12. Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Lactancia en el recién nacido prematuro. En: Manual de Lactancia materna, de la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2008. p. 67-80
13. Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Manejo de la lactancia materna en situaciones de separación madre hijo. En: Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2008. p. 70-1
14. Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Rn casi a término. En: Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2008. p. 68-70
15. Gómez Papí A. El recién nacido enfermo o prematuro (aspectos prácticos), el método de la madre canguro. Lactancia materna para profesionales. Comité de lactancia materna de la AEPED. Madrid: Ed Ergón; 2004. p.363-7.
16. Gómez Papí A. El recién nacido ingresado en neonatología. Lactancia materna para profesionales. Comité de lactancia materna de la AEPED. Madrid: Ed Ergón; 2004. p.320-6.

17. Gómez Papí A. Lactancia materna en prematuros. *Bol Pediatr* 1997; 37: 147-52.
18. González C. Mi niño no me come. Consejos para prevenir y resolver el problema. Ed. Temas de hoy, 2004.
19. González C. Manual práctico de lactancia materna. Ed. ACPAM, Barcelona, 2008.
20. Greisen G, Mirante M, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatrica* 2009; 98:1744-50.
21. Guía de Lactancia Materna. Consellería de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears, 2009
22. Guía de lactancia materna: Información para amamantar. Gobierno de La Rioja. Ed. 2010
23. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna desde el Embarazo hasta el Segundo año de Vida. *Pediatría Atención Primaria Área 09- Hospital Dr. Peset Valencia.*
24. Guía de promoción de la lactancia para actividades docentes. Ed. 2003. Disponible en: <http://www.lacmat.org.ar/Guidadocentes.pdf>
25. Hernandez MT, Aguayo MJ. Lactancia materna. Cómo promover la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de lactancia materna de la AEPED. *An Pediatr (Barc)* 2005; 6(84): 340-56
26. Herranz Atance A. Beneficios de la lactancia materna Madrid 2008; Ed. Mayo Madrid 2008.
27. Herrera Cabrerizo, B., Carreras Fernández, I., Guía de asistencia al parto poco intervencionista, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda.
28. I Reunión de la Comunidad Valencia, Murciana, Cuenca y Teruel. Proyecto Hera. Disponible en <http://www.proyectohera.com/data/cuidado.pdf>
29. Iniciativa Parto Normal, Documento de Consenso FAME, 2007. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
30. Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez Jm. Mastitis infecciosa durante la lactancia: un problema infravalorado (II). *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(3); 77-84
31. La lactancia materna: fundamental alimento, lactogénesis, galactopoyesis. Disponible en: <http://mimatrona.com/lactancia.html>
32. Lactancia materna: guía para madres. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias.
33. Lawrence RA. Lactancia Materna. Ed. Mosby. Madrid, 2007 6ª Ed.
34. Lecumberri Esparza L, Jiménez Gámez T. La lactancia materna el mejor comienzo. AMAGINTZA: GRUPO DE APOYO Lactancia y Maternidad. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.
35. Real Decreto Legislativo 1/1995, Ley del Estatuto de los Trabajadores; de 24 de marzo. BOE, 29 de marzo de 1995
36. Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, Reglamento de los Servicios de Prevención, en



relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. BOE, 7 de marzo de 2009

37. Ley 3/2007, de 22 de marzo .Ley Orgánica para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ley 3/2007, de 22 de marzo; BOE, 23 de marzo.
38. Ley 9/2009, de 6 de octubre. Ley Orgánica de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida. Ley 9/2009, de 6 de octubre; BOE, 7 de octubre de 2009.
39. López Luque P, et al. La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. Medicina General 2000; 23:360-9.
40. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Pediatría Atención Primaria Área 09- H Dr Peset. Valencia. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf
41. Martínez Herrera B. Fomento de la lactancia materna en Atención Primaria Bol Pediatr 1997; 37:153-9
42. Orden APU/3902/2005 de 15 de diciembre. Medidas de Conciliación Orden APU/3902/2005 de 15 de diciembre; BOE, 16 de diciembre.
43. Meier P. Programa de "Breastfeedings peer counselors" en la unidades de Cuidados Intensivos neonatales. IV Congreso español de lactancia materna. P 11-3. Disponible en: http://www.aeped.es/lactanciamaterna2006/pdf/actas_clm2006.pdf
44. OMS. Método madre canguro. Guía practica. Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. WHO Ginebra. Organización mundial de la salud. Ginebra. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>
45. OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. WHO/CHO/98.9 Ginebra, 1998.
46. Perapoch J. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las Unidades de Neonatología en España. An Pediatr (Barc)2006; 64(2):132-9
47. Pericas Bosch. Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación el primer año. En: manual de Prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).
48. Procedimiento de enfermería. Lactancia materna en neonatología. Comisión de lactancia materna Hospital General de Castellón. Disponible en: http://www.dep2.san.gva.es/exp/hgcs/organizacion/organos/COMISION_LACTANCIA/Protocolos%20LM/Protocolo%20LM%20-Neonatolog%C3%ADa.doc
49. Protocolo de lactancia materna. Sector Barbastro. Comisión de lactancia materna. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo_Barbastro.pdf

50. Protocolo para la asistencia natural al parto normal, Generalitat de Catalunya, 2007
51. Ramos Sainz ML. La lactancia materna un reto personal. Ed.: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.
52. Recomendaciones en la manipulación de la leche materna en las UCI neonatales. Disponible en: <http://www.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/XXV/libro%2cd/poster.definitivo/RECOMENDACIONES%20EN%20LA%20MANIPULACION%20DE%20LA%20LECHE%20MATERNA%20EN%20UCI-NEONATALES.htm>
53. OMS. Relactación Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud, WHO, Ginebra. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>
54. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Carbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc) 2009; 71(04) :349-61
55. Soriano Faura FJ, et al. Prevención en la infancia y la adolescencia. Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2):143-58.



Anexo I: Unidad neonatal de puertas abiertas

Existen trabajos que han estudiado los beneficios de la implicación de los padres (madre/padre) en el cuidado de sus bebés durante el ingreso:

- Madres y padres se sienten mejor y les ayuda a disminuir su grado de ansiedad
- Mejora el grado de satisfacción de su experiencia en la unidad neonatal
- Mejora la calidad del vínculo
- Facilita la práctica del método canguro (Anexo II) que conlleva efectos de mejora en la estabilidad metabólica y hemodinámica, disminución de infecciones, analgesia y disminución del llanto, mejora la tasa de lactancia y su duración, con todas las ventajas que implica y mejora el desarrollo psicomotor y neurosensorial
- Aporta a las familias facilidad para el cuidado neonatal, no sólo durante el ingreso sino en su casa mejorando el ambiente familiar

Ningún metaanálisis, revisión, ni ensayo clínico han puesto de manifiesto efectos no deseables de la entrada libre de madres y padres a las unidades neonatales. No se ha demostrado ningún incremento en la infección nosocomial, como se pensaba tradicionalmente, sino por el contrario una disminución ya que al facilitar el paso libre y el contacto físico con la criatura posibilita el método canguro y alarga la lactancia.

Por lo tanto, cuando un neonato ingresa en la unidad neonatal:

- Se favorecerá el contacto físico y la interacción del bebé con su madre y padre, ya que se han mostrado beneficiosos para ambas partes
- Si la madre o padre lo desea, podrá permanecer las 24 horas del día
- Salvo que esté médicamente indicado, no recibirán mas que leche materna
- Salvo que esté médicamente indicado, no recibirán más que leche materna
- El bebé estará en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible
- Se permitirán las visitas de otros miembros de la familia como hermanos/as y abuelas/os

Recursos para la lactancia materna en la unidad neonatal

- Personal de enfermería y/o auxiliar de enfermería
- El lactario, si no se dispone de sitio en la unidad
- Sillones adaptados con brazos y reposapiés

- Cojines
- Nevera
- Extractores manuales
- Extractores eléctricos
- Biberones
- Sonda de alimentación
- Jeringas
- Rotuladores
- Etiquetas autoadhesivas (para etiquetar con fecha y hora de entrega)
- Vasos (de plástico)
- Cuchara (de plástico)
- Bombas de alimentación (de los calibres necesarios)

Procedimiento para la lactancia directa

- Informar a la madre de la técnica
- Realizar siempre lavado de manos previo
- Preguntar a la madre si en la última toma ha tomado bien y si lo ha hecho de un pecho o de ambos
- Preparar a la madre
- Preparar al niño o la niña
- Colocar al bebé en posición correcta y cómoda para madre y criatura
- Verificar la succión
- Revisar los pechos, por si fuera necesaria la extracción de leche para el completo vaciado.
- Indicar a la madre que en la próxima toma debe iniciar la alimentación con el pecho que haya finalizado la toma anterior
- Recoger a la criatura y pesarle tras la toma

¡Evitar información sobre la ganancia de peso, ya que puede interferir en el ánimo de la madre!

Circunstancias que requieren un mayor apoyo a las madres

- Dificultades en el pezón
- Criaturas con confusión tetina/pecho



- Ayudar al agarre a un bebé prematuro
- Ayudar a bebés con problemas de succión

Administración de la leche materna extraída

- Adiestrar tanto a las madres como a las personas que le atienden o cuidan, en la administración al bebé de la leche extraída con vaso, cucharita, jeringa, suplementador, sonda o biberón cuchara, para evitar así confusiones en la succión y daños en el pezón de la madre por una mala técnica
- Anotar en los registros de enfermería la cantidad de leche administrada y / o complementada, así como el tipo de sistema utilizado (jeringa, cuchara, vaso etc.)

La forma de administración de la leche a una criatura prematura depende de que tenga o no reflejo de succión:

Sin reflejo de succión

- Se administra preferiblemente por sonda gástrica en “gavage” (gravedad) intermitente o en bomba lentamente, o se colocará directamente al pecho
- Administrada en perfusión continua, la leche pierde parte de su grasa en las paredes de la jeringa y del tubo, y corre el riesgo de alterarse al permanecer cerca de cuatro horas a temperatura ambiente, por eso se prefiere su administración intermitente
- Si no tolera esta forma de administración, se recomienda la perfusión continua de la leche durante períodos no superiores a una hora y agitar frecuentemente la jeringa
- Mientras se administra la toma por sonda (succión no nutritiva), se estimulará la succión ya que mejora la tolerancia, facilita la transición a alimentación oral y disminuye la estancia hospitalaria
- En caso de que no se disponga de suficiente leche materna para cubrir las necesidades del bebé, éste puede recibir, según criterio médico, fórmula artificial que se administrará de igual forma que la leche que su madre se haya extraído

Con reflejo de succión

- En caso de que succione, pero su madre no pueda estar presente durante la toma, se le administrará vía oral mediante jeringuilla, vasito o sonda nasogástrica si lo precisa

Anexo II: Método madre canguro (MMC)

El MMC nace en Bogotá, Colombia, en 1983 cuando los doctores Rey y Martínez desarrollan este método como alternativa a los cuidados en incubadora, para aquellas criaturas prematuras que habían superado dificultades iniciales y que únicamente necesitaban alimentarse y crecer. Se define como el contacto **piel a piel** entre una madre o padre y su criatura recién nacida. En una definición más amplia se incluye que esté con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y que se intente el alta temprana del hospital.

Este método de cuidado se ha ido extendiendo a centros hospitalarios de todo el mundo. Se ha utilizado no sólo en prematuros estables, sino que cada vez se ha utilizado en bebés más pequeños, de tal forma que el MMC actualmente no sólo es una alternativa para el cuidado en los países con menor desarrollo sino que, por sus innumerables ventajas, ha sido adoptado en países desarrollados como un complemento de utilidad al cuidado en incubadora. La técnica permite el acercamiento precoz de la madre y el padre a la criatura, de alguna manera ésta vuelve al que es su ecosistema natural, su madre.

En nuestro país, el Método Canguro se utiliza de manera complementaria a la incubadora y está considerado como una parte esencial de los cuidados.

Beneficios:

- Presentan una mayor estabilidad de las constantes vitales.
- Se consigue un mayor periodo de sueño, siendo éste más profundo y estable.
- Las madres y padres que cuidan a sus hijos bajo el MMC muestran menores niveles de ansiedad, desarrollan mayor confianza en el cuidado de sus bebés y una mayor atención a sus necesidades.

Para implementar el MMC es necesario:

- La creación de un protocolo consensuado entre los diferentes profesionales de las unidades neonatales; si el MMC no está protocolizado y estructurado, las madres permanecen menos tiempo. Cada unidad en función de su experiencia y entrenamiento, definirá sus propios criterios.
- El cuidado del ambiente de las unidades neonatales es importante, reduciendo en la medida de lo posible los factores estresantes (luz, ruido, actividad, ...)
- Antes de comenzar la sesión es necesario comprobar la estabilidad del neonato, es decir, que el niño/a tolere la manipulación previa, sin presentar alteraciones en sus signos vitales ni episodios de pausas de apnea



- Los cuidados y atención de profesionales de enfermería serán los mismos que si la criatura se encontrara en la incubadora
- Es importante mantener un estrecho control de la temperatura axilar, sobre todo en aquellos muy prematuros
- La duración diaria del contacto piel con piel entre el bebé y sus padres no debería ser inferior a una hora, pero puede llegar hasta prácticamente las 24 horas del día y desde unos pocos días hasta varias semanas. Cuanto más duran los cuidados, más fuerza adquiere la posible asociación directa y casual entre el MMC y sus efectos beneficiosos
- La transferencia desde la incubadora a la posición canguero es un momento delicado que requiere gran entrenamiento de los profesionales, sobre todo en las criaturas extremadamente prematuras
- El niño/a debe colocarse en una posición vertical entre los pechos de la madre o sobre el tórax del padre, en decúbito ventral (posición de rana)
- La cabeza girada hacia un lado, ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y así favorecer el contacto visual entre madre e hijo/a
- El tórax del padre/madre estará desnudo para favorecer el mayor contacto con su hijo/a, evitando en la medida de lo posible la utilización de cadenas, el uso de colonias o cremas con olor. Se recomienda utilizar ropa cómoda y a ser posible de algodón
- La criatura estará vestida con un gorro y un pañal, los calcetines o patucos son opcionales
- Se recomienda el uso de fajas, que permiten una mayor movilidad a la madre/ padre durante el tiempo que permanezcan en MMC
- Continuar monitorizando las señales vitales
- El tiempo que debe permanecer en cuidado canguero no debe ser inferior a una hora para, de alguna forma, “compensar” el estrés que le supone la transferencia
- Los padres y madres pueden ir aprendiendo como colocarse al bebé y como mantenerlo adecuadamente en posición canguero. El objetivo es que se conviertan en expertos cuidadores y que incluso puedan aplicar el cuidado canguero en el domicilio
- Tras el alta, si no ha llegado a la edad de término se puede mantener el cuidado canguero en domicilio con el apoyo adecuado
- Se recomienda disponer de un protocolo escrito sobre el cuidado canguero en todas las unidades neonatales que lo apliquen

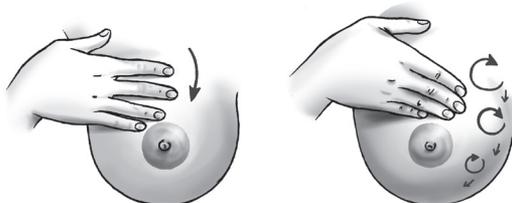
No se han hecho estudios en prematuros por debajo de 28 semanas y por tanto, aunque hay unidades neonatales que aplican el MMC en estos casos, su cuidado debe estar protocolizado y los profesionales deben tener experiencia previa con bebés más maduros y de mayor peso. Lo más prudente es que se empiece por aquellas criaturas más estables, según el criterio que

se utilice en cada servicio de neonatología y que según se vaya adquiriendo experiencia en este tipo de cuidado, se vayan incluyendo criaturas más inmaduras o con patologías más importantes.

Anexo III: Métodos de extracción y conservación

Manual

Para provocar un efecto parecido al provocado por el reflejo de succión del lactante, se masajeará el pecho. Para ello deben friccionar con las yemas de los dedos desde la base del pecho hacia la areola, también es recomendable una ducha previa con agua caliente.



Se coloca la mano en el pecho en forma de "C" apoyando el dedo pulgar en la parte superior del pecho a unos 3 cms. de la areola y la palma de la mano en la parte inferior.



Mano derecha

Mano izquierda

Se hace un movimiento de "ordeño", es decir, fricciona el pecho hacia atrás (como hundiendo el pecho) y hacia adelante a la vez que se presiona como si se quisiera juntar los dedos.



Correcto



Incorrecto



No se debe deslizar los dedos sobre la piel, al “ordeñar” se movilizarán no sólo la piel, sino también el tejido mamario.



Este movimiento se tiene que repetir pausada y rítmicamente alternando ambos pechos cada 5-10 minutos de manera que resulte cómodo ya que una extracción manual puede durar entre 20-30 minutos. Esta técnica requiere práctica, por lo que si al principio se extrae poca leche se les dirá que no se desanimen, poco a poco saldrá cada vez mejor.

Con la ayuda de un sacaleches

Si opta por un sacaleches es conveniente que se den un masaje en los pechos antes de la extracción, tal y como se ha comentado en la extracción manual. No todos los sacaleches son adecuados, es importante que antes de comprar valoren las ventajas e inconvenientes, el éxito depende en gran medida de la buena elección del sacaleches.

- Manuales

El modelo más sencillo hace el vacío para que la leche materna fluya al exterior a cada impulso del émbolo. El modelo más avanzado permite el sistema de extracción en dos fases, imitando el ritmo de succión del bebé. Están indicados para la extracción de leche ocasional.

Manual básico



Manual dos fases



- Mini eléctricos

Permiten la extracción de leche de manera más rápida y con mayor frecuencia. Funcionan con red eléctrica o con pilas. La opción de succión doble reduce el tiempo de extracción y estimula la producción de leche. Son más caros que los anteriores.



- Eléctrico manos libres

Proporciona mayor comodidad y más leche en menos tiempo y sin necesidad de utilizar las manos. Son de tamaño reducido, muy silenciosos y de extracción doble o sencilla. Es más caro pero sirve para un uso diario, frecuente y prolongado.



- Eléctrico para uso hospitalario y alquiler en el hogar

De tecnología más avanzada y muy silencioso. Es ideal para uso a largo plazo y con extracciones frecuentes, para bebés prematuros, gemelos y cuando hay escasa producción de leche. Son de uso hospitalario o uso doméstico en alquiler.



Aspecto de la leche extraída

La leche varía de composición a lo largo de la toma, al principio es más acuosa y al final más dulce y grasa. Es completamente normal que la leche sea al principio de la extracción semitransparente e incluso algo azulada y al final se vuelva más blanquecina.

Conservación

La leche debe conservarse en un recipiente **DE PLÁSTICO sin pvc**, no de vidrio, ya que los leucocitos se adhieren al vidrio y en ese caso se perderían. Es conveniente guardarla en pequeñas cantidades (50-100cc) o bien calculando la cantidad que vaya a tomar el niño o la niña en cada toma. Se recomendará poner una etiqueta en el recipiente con la fecha y la hora de extracción de la leche para así utilizarla en orden.

A continuación, dependiendo de dónde se vaya a guardar la leche, se indica el tiempo que ésta permanece en condiciones óptimas. Hay que recordar que la leche congelada pierde las “defensas”, por lo que siempre que se pueda se debe evitar esta conservación.

Calostro recién extraído

- A temperatura ambiente, entre 27° y 32°, se mantiene aceptable para su uso entre 12 y 24 horas
- En frigorífico hasta 24 horas

Leche recién extraída

- A temperatura ambiente: 6-8 horas (si la temperatura del ambiente no supera los 25°C)
- En el frigorífico: 3-5 días
- En el congelador: 2 semanas. Si el congelador es con puerta separada ó de 3*** se puede guardar hasta 3 meses
- En arcón congelador: hasta 6 meses

Leche descongelada previamente

Cuando se haya descongelado lentamente en el frigorífico **y no se haya calentado**:

- A temperatura ambiente: 3 horas (habitualmente hasta la siguiente toma)
- En el frigorífico: 1 día

Leche descongelada y calentada para su uso

Cuando se ha descongelado **y calentado**, la leche se mantiene en condiciones óptimas:

- A temperatura ambiente: hasta que termine la toma
- En el frigorífico: 4 horas

Una vez calentada, si no se ha tomado todo, se debe tirar la que sobre.

A temperatura ambiente	En el frigorífico	En el congelador
<ul style="list-style-type: none">- 25°: de 4 a 8 horas- 19-22°: 10 horas- 15°: 24 horas <p>La leche se puede dejar 9 horas a temperatura ambiente (hasta 30°) sin que se aprecie crecimiento bacteriano.</p> <p>De hecho, en el calostro el número de col/ml disminuye en las primeras horas a temperatura ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none">- 0-4°C: hasta 8 días <p>Si no se prevé utilizarla en 24-48 horas es mejor congelarla</p>	<ul style="list-style-type: none">- En el compartimento del congelador o de un refrigerador: 2 semanas- En un congelador con puerta separada del refrigerador de 3 a 4 meses.- En un congelador independiente a una temperatura constante de -19°C. 6 meses

Transporte

Para transportar la leche de un lugar a otro son muy prácticas las neveras portátiles de plástico con acumuladores de hielo. De esta manera la leche permanece a una temperatura adecuada y se puede transportar a la guardería, domicilio de familiares, hospital... Hay que recordar que se guardará en el frigorífico cuanto antes hasta que sea utilizada.



Descongelación

El método más adecuado es **descongelarla en el frigorífico**, así la leche no sufre cambios bruscos de temperatura. Si se necesita hacerlo rápidamente, se colocará el recipiente con la leche congelada debajo del grifo (primero con agua fría y después con agua templada).

NUNCA SE DEBE DESCONGELAR EN:

- **Microondas**
- **Al baño maría**
- **Calentarla directamente al fuego**

NO SE DEBE CONGELAR LA LECHE UNA VEZ DESCONGELADA



A series of horizontal blue lines for writing, consisting of 25 lines.

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



www.riojasalud.es

