



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Atención Especializada



*Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid*

Protocolo Lactancia Materna en la Hospitalización

Cod.: PROT-AE-02

Nº versión	Fecha entrada en vigor	Justificación de la revisión	Fecha próxima revisión (mes y año)
1	18/06/2014		06/2017

Aprobada la versión "1" por Comité Técnico:

INDICE

1.-	Introducción/justificación _____	2
2.-	Objetivos _____	3
3.-	Responsabilidades _____	3
4.-	Ámbito asistencial _____	4
5.-	Población diana _____	4
6.-	Desarrollo o cuerpo del protocolo _____	4
6.1.	Actuación en las dos primeras horas tras el parto. _____	4
6.2.	Actuación en la planta de maternidad _____	7
6.3.	Complicaciones _____	9
6.4.	Resolución situaciones especiales _____	10
6.5.	Contraindicaciones para la lactancia materna _____	11
6.6.	Recomendaciones IHAN _____	12
7.-	Indicadores _____	12
8.-	Glosario _____	13
9.-	Bibliografía _____	14
10.-	Anexos _____	17
	Anexo I. Contraindicaciones para lactar _____	18
	Anexo II: Posición correcta del bebé al pecho _____	18
	Anexo III: Posiciones para amamantar _____	29
	Anexo IV: Signos de buen enganche _____	31
	Anexo V: Valoración de la toma _____	34
	Anexo VI: Extracción de la leche _____	36
	Anexo VII: Conservación, mantenimiento y transporte de la leche materna _____	41
	Anexo VIII: Complicaciones tempranas de la lactancia _____	45
	Anexo IX: Complicaciones tardías de la lactancia _____	49
	Anexo X Dermatitis de la mama _____	49
	Anexo XI: Situaciones Especiales _____	52
	Anexo XII: Grupos de apoyo _____	54
	Anexo XIII: Ficha de indicadores _____	56
	Anexo XIV: Estrategia de búsqueda _____	63
	Anexo XV: Flujograma para madres que desean lactancia materna _____	66
	Anexo XVI :Relación autores _____	67

1.- Introducción/justificación

Según los resultados de la última encuesta Nacional de Salud de España (2012), el 66,16% de las madres dan lactancia materna exclusiva durante las 6 primeras semanas de vida del recién nacido, el 53,55% la mantienen a los tres meses y cómo en años anteriores según aumenta la edad del lactante disminuye la adherencia a la lactancia materna exclusiva a un 28,53% a los 6 meses.

En la actualidad no están publicados los resultados de esta encuesta, en la Comunidad de Madrid, sin embargo comparándolo con los obtenidos en la encuesta nacional de salud del 2006 en la CAM, las cifras son similares a las nacionales 2012 aumentando ligeramente el porcentaje de madres que dan lactancia materna exclusiva a las 6 semanas y a los tres meses (71,7% y 61,7% respectivamente) y disminuyendo notablemente a los 6 meses (23,54%)(1)

Los profesionales sanitarios son un eslabón básico y fundamental para el fomento, protección y mantenimiento de la lactancia materna. En especial, en el momento del nacimiento, siendo de especial interés el papel que desempeñan enfermeras y matronas tanto en el paritorio como en la planta de hospitalización obstétrica y en unidades de neonatología (2),.

Sin embargo la información y fomento de lactancia materna ha de realizarse de la forma más unificada posible, evitando informaciones contradictorias y confusas, ya que influiría negativamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Por todo ello, es importante establecer estrategias utilizando protocolos de lactancia materna comunes a todos los profesionales para dirigir y realizar las mismas intervenciones. Además es fundamental y prioritario que se facilite la formación continuada de todos los profesionales que participan en el cuidado de la madre y el recién nacido en relación con la normativa institucional* de la Lactancia Materna.

*En el caso de que la Institución no disponga una normativa Institucional de Lactancia Materna se debería revisar para instaurar una línea estratégica con la Dirección del Hospital.

2.- Objetivos

General

Sistematizar las estrategias e intervenciones, unificando los criterios de actuación de todo el personal de enfermería para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, proporcionando las recomendaciones necesarias para fomentar, favorecer y apoyar el inicio precoz de la lactancia materna, fomentar la lactancia materna exclusiva y el mantenimiento de la misma.

Específicos

1. Informar a todas las madres/padres/cuidadores de los beneficios de la lactancia materna, para que tomen una decisión informada sobre la alimentación de los recién nacidos.
2. Garantizar la participación activa de la madre y su familia en el proceso y respetando la decisión informada sobre el tipo de alimentación que desean dar a su hijo.
3. Fomentar la lactancia a demanda.
4. Aumentar la prevalencia de instauración y la duración media de lactancia natural en la población de mujeres atendidas en los Hospitales de la Comunidad de Madrid.
5. Proporcionar una ayuda práctica e individualizada a las necesidades de las madres durante el ingreso.
6. Evitar y paliar las posibles complicaciones asociadas al amamantamiento.
7. Identificar las contraindicaciones maternas para la lactancia materna y asegurarse de que la madre conoce la manera más segura y adecuada de alimentar a su hijo.

3.- Responsabilidades

- **Dirección de enfermería:** responsable de la divulgación, despliegue e implementación.
- **Mandos intermedios de enfermería:** son responsables de que el protocolo sea conocido y aplicado en las unidades asistenciales.
- **Personal de enfermería:** responsables de la aplicación y cumplimiento del protocolo.
- **Servicio de Calidad, comité de lactancia o en su defecto el que la Dirección de enfermería designe:** realizar periódicamente estudios para evaluar la implementación y/o el resultado de la aplicación del protocolo

4.-Ámbito asistencial

Este protocolo se aplica a todos los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en las siguientes áreas:

- Paritorio
- Unidades hospitalización obstétrica.
- Urgencias Gineco-obstétricas y pediátricas.
- Resto de Unidades que atienden a recién nacido sano y/o madre.

5.-Población diana

Puérperas con recién nacidos sanos, durante su estancia hospitalaria.

6.-Desarrollo o cuerpo del protocolo

6.1. Actuación en las dos primeras horas tras el parto.

La lactancia materna debe ser un acto deseado por la madre. El lactante nace con la capacidad de buscar el pecho, reconocerlo y acercarse a él¹. La no separación aumenta las posibilidades de éxito del establecimiento y duración de la lactancia materna, por lo que es importante favorecer el contacto continuado piel con piel entre la madre y el hijo durante al menos un mínimo de 60 minutos después del nacimiento(2), aunque lo ideal es que permanezcan hasta que haga la primera toma y todo el tiempo que la madre lo desee si el estado del niño o la madre lo permiten. Este periodo es fundamental, debido a que durante estas dos primeras horas tras el nacimiento los niños tienen un reflejo de succión generalmente más intenso, están alerta y despiertos, y en las madres este contacto produce una descarga de oxitocina que favorece la eyección de leche, incrementa las contracciones uterinas favoreciendo la involución uterina y refuerza el vínculo madre-hijo.

La separación de la madre en esas primeras horas puede condicionar la atenuación o la desaparición de esta conducta. Por tanto, siempre que el estado de la madre y el niño lo permitan se realizará CPP continuado ya que favorece la adaptación del bebé a la vida fuera del útero, el vínculo afectivo entre la madre y el niño, y la lactancia.

Plan asistencial

- Comprobar que la madre ha sido informada y conoce los beneficios de la lactancia materna.
- Se preguntará a la madre sobre el tipo de alimentación que desea dar a su hijo y se respetará su decisión.

- Valorar si existe alguna contraindicación materna para la lactancia. (Anexo I)
- Registrar el tipo de alimentación decidida por la madre y si hubiese algún antecedente en la instauración o mantenimiento de amamantamientos previos, preocupaciones y dudas en relación con la lactancia.
- Valorar factores de riesgo o necesidad de apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna.

Parto vaginal

- Crear un ambiente propicio, íntimo y de tranquilidad en el paritorio reduciendo los estímulos táctiles visuales y auditivos sobre el recién nacido para facilitar la transición del niño a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo y la lactancia materna (3).
- Informar y ofrecer el contacto piel con piel (CPP) precoz, independientemente del tipo de alimentación elegido por la madre (4).
- Colocar al recién nacido en posición prono sobre el pecho de la madre, en CPP, permitiendo al recién nacido la búsqueda, chupeteo, y tocar el pecho y el pezón con sus manos (5). No se recomienda forzar esta primera toma si el recién nacido no presenta los reflejos necesarios para conseguir un primer enganche (6).
- Para mantener caliente al bebé mientras se realiza el CPP, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, se le cubrirá la cabeza con una gasa o gorrito (4-6). No se recomienda vestir al recién nacido con camiseta y pañal en estas primeras dos horas de vida (7).
- No interrumpir el CPP para valorar el test de Apgar (al minuto y los 5 minutos de vida) (3).
- Se realizará el pinzamiento de cordón sobre la madre y se procederá la identificación del recién nacido en esta misma posición (3).
- Señalar a la madre cuáles son las señales de hambre que presenta el niño desde la primera toma en paritorio (búsqueda, chupeteo manos, movimientos de lengua)(4,6)
- La matrona o la enfermera de neonatología confirmará que se realiza una toma espontánea de pecho y que el agarre es adecuado (2).
- El proceso se supervisará y controlará por un profesional experto (matrona o enfermera de neonatología) que mantendrá una vigilancia con observación periódica que no interfiera en la relación entre la madre y el RN, alertando de cualquier cambio en su estado (8).
- Si es necesario el paso de la cama de parto a otra cama, se mantendrán en CPP a la madre y el recién nacido.
- Posponer los cuidados rutinarios del recién nacido (peso, talla y administración de profilaxis oftálmica, vitamina K y vacunación frente a

hepatitis B) al menos dos horas después del nacimiento o hasta después de la primera toma, teniendo en cuenta que la profilaxis antihemorrágica se ha de hacer antes de las 6 horas(3,6,8) .

- En mujeres primíparas o si el parto ha sido largo o estresante para la madre, se aconsejará realizar el piel con piel siempre que estén acompañadas por un familiar en todo momento (9).
- Registrar en la historia clínica el inicio de lactancia materna, posibles incidencias y, en el caso de que no se inicie, se especificará el motivo (3).

Cesárea

- El CPP precoz entre la mujer y su hijo debe ser promovido y facilitado en las cesáreas donde no haya contraindicación materna o fetal, con la colaboración de ginecólogos y anestesistas (3,6,10).
- Adecuar el ambiente en el quirófano en la medida de lo posible, con una temperatura de aproximadamente 24°C, un bajo nivel de luz ambiental (no en el campo quirúrgico) y disminución del nivel de ruido para que la madre pueda oír al recién nacido (6).
- Se recomienda la presencia del padre (o de un acompañante elegido por la madre) en el quirófano para ayudar a la realización del CPP y ofrecer apoyo emocional a la madre (6,10), o si la madre no se encuentra en condiciones, ofrecer la posibilidad de realizar CPP con el padre/acompañante en quirófano(6).
- El anestesista y el cirujano podrán determinar en cualquier momento que el estado de la madre esté comprometido y que el padre/acompañante o el neonato sean trasladados fuera del quirófano.
- Monitorizar a la madre de manera que el pecho quede libre de electrodos, colocando éstos en la espalda. Favorecer que la madre tenga un brazo libre de vías periféricas, para poder tocar al recién nacido cuando se le ponga en el pecho (6).
- Tras la extracción del recién nacido, el ginecólogo ofrecerá el niño a la matrona, que lo recibirá con guantes estériles y paño estéril precalentado, colocándolo sobre la madre en su hemiabdomen superior o en el tórax en posición oblicua o en la que considere más cómoda (10).
- Mantener al recién nacido seco con toallas precalentadas, si el padre o acompañante está presente en el quirófano, se le animará para que le seque y ayude a la madre. Se colocará el gorro, una vez que se haya secado al recién nacido. Colocar el pañal al bebé con la menor manipulación posible para no interrumpir el CPP y no manchar el apósito de la herida quirúrgica.
- El neonatólogo valorará el estado del niño para poder realizar CPP precoz y si es óptimo y no precisa ninguna maniobra de reanimación,

será la enfermera de neonatología o la matrona la que continúe con la observación hasta la finalización del acto quirúrgico y sean trasladados al Servicio de Reanimación de maternidad, donde se recomienda que permanezcan juntos si el estado de la madre y del recién nacido lo permiten(2,3,6).

- Proceder a la identificación del recién nacido (8).
- Terminada la cesárea se pasará a la madre con su hijo de la mesa del quirófano a la cama con apoyo de los celadores.
- Continuar con la observación y vigilancia periódica en la sala de Reanimación, el recién nacido permanecerá con la madre y se seguirá con la valoración del primer enganche como en el caso de parto vaginal.

Separación de la madre y el recién nacido

- En caso de que la salud del recién nacido o de la madre o las dudas que puedan surgir en la valoración del niño obliguen a separarlos inicialmente, si se comprueba que la situación de ambos es adecuada, se debería iniciar el CPP lo antes posible (8).
- Cuando el estado de la madre no lo permita, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre disminuye el tiempo de llanto, las hormonas de estrés y mejora el vínculo padre-hijo y facilita el comportamiento que tendrá que poner en marcha el niño para asegurar una adecuada lactancia materna(4,8)
- En caso que el recién nacido sea trasladado al Servicio de Neonatos, se deberá dar apoyo e información a la madre acerca de los métodos de extracción, conservación e identificación de la leche (Anexo VI)
- Las madres que no puedan instaurar la lactancia materna de forma precoz por ingreso del recién nacido, deberán realizarse una extracción lo antes posible tras el parto, es recomendable que sea en las primeras 6 horas tras el parto (3,6).

6.2. Actuación en la planta de maternidad

Plan asistencial

- Verificar si la madre desea lactancia materna y respetar su decisión
- Revisar la historia clínica de la madre y del recién nacido, por si existen contraindicaciones para la lactancia.
- Entregar la guía lactancia materna para padres vigente en el centro.

Parto vaginal

- Si la decisión es la lactancia artificial, se instruirá en la técnica de preparación y administración de las tomas con biberón.
- Favorecer la cohabitación evitando la separación materno-filial (2,3,5,6,11)
- Recomendar a la madre que limitar las visitas en el hospital la permitirá estar más tranquila y podrá dedicar más tiempo a amamantar al bebé (6)
- Fomentar el CPP (2,4)
- Es conveniente permitir la presencia de algún familiar o persona de confianza para transmitir la información, que puedan posteriormente apoyar y ayudar a la madre (6)
- Proporcionar a los padres educación sanitaria sobre la lactancia materna, solucionando posibles dudas que vayan surgiendo sobre:
 - La higiene de las mamas. Se 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 (6)
 - La importancia de una posición cómoda para el bebe y la madre (Anexo II) y de una buena técnica de amamantamiento (Anexo III) (2)
 - Reconocer los signos tempranos de hambre (chupeteo, bostezo, apertura ocular, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca, el llanto excesivo es un signo tardío de hambre) (2,6).
 - Explicar a los padres que la alimentación al pecho debe de ser a demanda tanto en frecuencia como en duración, la primera semana se debe ofrecer el pecho entre 8-12 veces al día (5).
 - Enseñar a los padres cuando, donde y a quien pedir ayuda.
 - El resto de inquietudes que presente la madre (5).
- Afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre. Dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar (6).
- Evaluar la lactancia de la madre y del lactante mediante la valoración de la toma (2,3). Es conveniente evaluar la toma en las primeras 6-8 horas tras el nacimiento, para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de las dificultades. Posteriormente se recomienda evaluar la toma al menos una vez al día, y mejor una vez por turno.
- Si la madre lo requiere o se observan signos de un amamantamiento ineficaz se reforzará la técnica y posición.
- A las madres cuyos hijos succionen de forma ineficaz, se les recomendará la estimulación y extracción de leche (6,11).
- Explicar la extracción manual de la leche (2,3,5).

- Entregar a los padres el folleto de información sobre extracción, conservación y transporte de la leche materna vigente en el centro o el que se propone en este documento (2). (Anexo VI y Anexo VII)
- No entregar a las madres productos de promoción de leches de las casas comerciales y cualquier entrega debe ser respetuosa con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna (2,12-14).
- No administrar suero, agua, ni ningún tipo de suplemento a ningún recién nacido amamantado si no existe una indicación clínica (2).
- No facilitar tetinas ni chupetes Informar a las madres de las razones para no utilizar chupetes ni tetinas hasta que la lactancia no esté establecida, para evitar la situación conocida como “confusión de pezón”. Pasado este periodo comienza el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), donde el uso de chupete tiene un efecto protector. El uso precoz del chupete debe alertar a los profesionales sobre dificultades en la lactancia (2,15-19)
- Registrar en historia clínica la información proporcionada a la madre y la evolución de la lactancia.

Cesáreas

- En caso de separación madre-hijo, informar al padre/acompañante de que la madre puede tardar en llegar a la planta mientras está en proceso de recuperación y que en caso de desear lactancia materna podemos esperar para iniciarla vigilando signos de hipoglucemia.
- Reforzar el CPP, animando al padre/acompañante a que lo realice (2,4,10)
- Vigilar y registrar la realización de la técnica piel con piel (4)
- Cuando llegue la madre a planta seguir los mismos pasos que para los partos vaginales.

6.3. Complicaciones

A continuación se detallan las principales complicaciones que pueden aparecer en la lactancia clasificadas por tempranas y tardías. En anexo VIII y IX se amplía la información sobre ellas

Complicaciones tempranas de las mamas

Las dificultades que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. Casi siempre se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente a una postura o agarre incorrectos. La mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos o aliviados si se reconocen y se manejan adecuadamente. En ocasiones, patologías

benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente (3,6,11,20)

- Dolor en los pezones y grietas
- Ingurgitación mamaria
- Pezón plano, invertido o pseudoinvertido

Complicaciones tardías de las mamas

Son aquellas dificultades que pueden aparecer trascurridas las 48 horas del parto. Entre las primeras patologías podemos encontrar (3,11,20,21):

- Obstrucción de un conducto lácteo
- Mastitis secundaria a la ingurgitación mamaria

Dermatitis de la mama

Inflamación de la piel producida por causas muy variadas: alergia, infección vírica, bacteriana o causada por un hongo o protozoo (3,6,11)

- Impétigo.
- Dermatitis vírica por herpes simple o varicela.
- Candidiasis.
- Eczema de pezón.

Ver anexo X

6.4. Resolución situaciones especiales

Las situaciones especiales que ocurren con mayor incidencia durante el inicio de la lactancia materna son (3) (ver Anexo XI)

- Escasez de leche.
- Pérdida de peso
- Niño que llora mucho.
- Niño que duerme mucho.
- Rechazo del pecho.

6.5. Contraindicaciones para la lactancia materna

Las contraindicaciones absolutas para lactar, son (6,7):

- Infección materna por VIH.
- Infección materna por el HTLV-1.
- Galactosemia del recién nacido.
- Medicaciones que contraindican la lactancia.
- Consumo de cocaína, heroína y marihuana. No es contraindicación el tratamiento con metadona.

Las siguientes situaciones maternas, no contraindican a priori, la lactancia materna, pero debe hacerse una valoración médica individualizada conforme a los protocolos clínicos del Servicio de Neonatología:

- Herpes simple: hay que cubrir las lesiones y lavarse las manos. Si afecta al pezón, interrumpir temporalmente la lactancia.
- Sífilis con lesiones cutáneas.
- Brucelosis.
- Enfermedad de Lyme.
- Enfermedad de Chagas.
- Tuberculosis activa.
- Varicela.
- Sarampión.

Cuando haya interrupción transitoria de lactancia por estas enfermedades debe extraerse la leche. En los casos del herpes simple, la varicela y la sífilis con lesiones cutáneas, si no hay lesiones en las mamas, se puede dar al recién nacido la leche extraída mientras esté aislado de la madre. Si hubiera lesiones, especialmente periareolares o en el pezón, hay que tirar la leche.

Se debe recomendar a todas las mujeres lactantes que no fumen ni beban alcohol. Tampoco deben consumir medicamentos sin prescripción, ni productos medicinales de herbolario.

Para ampliar información ver anexo I

6.6. Recomendaciones IHAN

Los pasos que describe la IHAN son (2,22) :

- **Paso 1:** Desarrollo y adopción de normativas sobre Lactancia Materna en las Maternidades
- **Paso 2:** Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la normativa de lactancia materna
- **Paso 3:** Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica
- **Paso 4:** colocar a los bebés en contacto piel con piel inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario
- **Paso 5:** Mostrar a las madres como se debe dar de mamar a su hijo/a y como mantener la lactancia materna incluso si se ha de separarse de él
- **Paso 6:** No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicada la administración de sucedaneos.
- **Paso 7 :** Facilitar la cohabitación de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día
- **Paso 8:** Ayudar a las madres a la lactancia materna a libre demanda
- **Paso 9:** No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.
- **Paso 10:** Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área

7.-Indicadores

- Contacto Piel con Piel.
- Cesáreas en las que se ha realizado piel con piel de forma precoz.
- Inicio temprano de la lactancia materna.
- Recién nacidos por parto vaginal alimentados con lactancia materna exclusiva al alta.
- Recién nacidos por cesárea alimentados con lactancia materna exclusiva al alta.

Ver Anexo XIII: ficha de indicadores

8.-Glosario

- **Alimentación al inicio (23):** Tipo de leche (materna o fórmula) que recibe el niño en su primera toma
- **Lactancia Materna Exclusiva(23) :** El niño ha tomado sólo lactancia materna sin otros líquidos o alimentos (a excepción de medicinas, vitaminas)
- **Lactancia materna (23):** el niño ha tomado leche materna (sola o junto con fórmula o alimentación complementaria).
- **Lactancia artificial o no lactancia (23):** el niño no ha tomado nada de leche materna.
- **CPP (2,4,24):** El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre (o acompañante si la madre no puede),.
- **Ingurgitación** se produce cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae, aumentando ambos de tamaño y provocando dolor. Suele ocurrir al comienzo de la lactancia con la “subida de la leche” y es bilateral. También puede ocurrir avanzada la lactancia de forma bilateral o unilateral por un vaciamiento inadecuado de la mama(6).
- **Pezones planos** son aquellos que apenas cambian su configuración tras estímulos (6).
- **Pezones pseudoinvertidos:** son fácilmente protruidos al estimularse y en reposo vuelven a su posición inicial, por eso se denominan pseudoinvertidos. El bebé, con la succión, es capaz de hacerlos protruir (6).
- **Pezón invertido** se hunde o desaparece dentro de la areola cuando se toca o aparece invertido con forma de ombligo en estado de reposo. Suele ser unilateral, y a veces se asocia con un número menor de conductos o una anomalía de los mismos, por lo que es necesario que se verifique la transferencia adecuada de leche realizando el seguimiento del bebé (6).
- **Obstrucción de un conducto lácteo:** Vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Aparece un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona (6)
- **Mastitis:** La mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que pueden acompañarse o no de infección (6) .
- **Impétigo:** Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por estreptococo del grupo A beta-hemolítico y el estafilococo aureus (6).
- **Eczema del pezón:** Se manifiesta por enrojecimiento, descamación, dolor y prurito en el pezón y la areola. Son frecuentes las lesiones secundarias de rascado (6).

9.- Bibliografía

- (1) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consulta interactiva del portal estadístico SNS. Encuesta nacional de salud 2011-2012. 2013 [acceso 30 de marzo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p06/&file=pcaxis>,
- (2) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- (3) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.
- (4) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2012 May 16;5:CD003519.
- (5) Perinatal Services. Breastfeeding Healthy Terms Infants Guideline. Canada; 2012.
- (6) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
- (7) American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012; February 27;129(3):e827-e841.
- (8) Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- (9) Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact. Pediatrics 2011; 127(14):e1073-e1076.
- (10) Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. Nurs Res 2010 Mar-Apr;59(2):78-84.
- (11) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(12) Ministerio de relaciones con las cortes y de la secretaria del gobierno. Real decreto 1408/1992, de 20 de noviembre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria Específica de los 'preparados para lactantes y preparados de continuación. BOE Miércoles 13 enero 1993;BOE núm. 11:793.

(13) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Resolución WHA 31.47. Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol. II, 4º ed. Ginebra; 1981 [consultado el 20 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html#4>

(14) Organización Mundial de la Salud-UNICEF. Declaración de Innocenti. Florencia: WHO; 1990. Resolución WHA 45.34. [acceso el 19 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm>.

(15) Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jul 11;7:CD007202.

(16) Lozano de la Torre M, Pallás Alonso C, Hernández Aguilar M, Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Ares Segura S et al. Uso del chupete y lactancia materna. An Pediatr (Barc) 2011;74(4):271.e1-271.e5.

(17) Barros de Aruda F, Inês Ferreira R, Cezar Magalhães L, Scavone-Junio H. Effects of breast- and bottle- feeding duration on the age of pacifier use persistence. Braz Oral Res 2009;23(4):432-8.

(18) Barroso Espadero D. Revisión Sistemática: Lactancia materna y uso del chupete: una revisión sistemática. Evid Pediatr 2010;6:21.

(19) Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Recommendations for the use of pacifiers; 2013 [acceso el 5 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.cps.ca/en/documents/position/pacifiers>.

(20) Joanna Briggs Institute. El manejo del dolor del pezón y/o lesiones asociadas a la lactancia materna. Best Practice 2009;13(4).

(21) Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess - diagnosis and management in general practice. Aust Fam Physician 2011 Dec;40(12):976-979.

(22) iHan. Guía detallada para la aplicación paso por paso; marzo 2013 [acceso 5 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/hospitales/0.2.Guia_detallada_hospital.pdf..

(23) iHan. Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 2D; marzo 2013; [acceso 5 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/hospitales/2.2.Guia_evaluacion_2D_hospital.pdf.

(24) Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre atención el parto normal. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2010.

10.- Anexos

Anexo I: Contraindicaciones para lactar.

Anexo II: Posición correcta del bebé al pecho.

Anexo III: Posiciones para amamantar.

Anexo IV: Signos de buen enganche.

Anexo V: Valoración de la toma.

Anexo VI: Extracción de la leche.

Anexo VII: Conservación, mantenimiento y transporte de la leche materna.

Anexo VIII: Complicaciones tempranas de la lactancia.

Anexo IX: Complicaciones tardías de la lactancia.

Anexo X: Dermatitis de la mama.

Anexo XI: Situaciones especiales.

Anexo XII: Grupos de apoyo.

Anexo XIII: Ficha de indicadores.

Anexo XIV: Estrategia de búsqueda.

Anexo XV: Flujograma.

Anexo XVI: Relación autores grupo de trabajo.

Anexo I. CONTRAINDICACIONES PARA LACTAR

Enfermedades maternas:

Se debe realizar una valoración individualizada, donde el objetivo sea favorecer la lactancia materna, sin que ello vaya en detrimento de la salud de la madre ni ponga en riesgo mayor al bebé.

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 continuar con la lactancia. Se ha demostrado que no afecta a la frecuencia cardíaca, ni aumenta el gasto cardíaco ni la presión arterial. Si la madre está en situación de insuficiencia cardíaca moderada o severa, el esfuerzo al dar de mamar puede dificultar su propia recuperación(1).

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) (1).

Enfermedad de Chagas (o tripanosomiasis americana): es una enfermedad infecciosa provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi* (muy común en Centro y Sur de América). Las principales vías de transmisión son vectorial, vía sanguínea, por transfusión de sangre y trasplante de órganos contaminados (2). No existe contraindicación absoluta para la lactancia materna a menos que existan grietas en el pezón (3). Sin embargo precisa de una atención individualizada ya que se han descrito casos de infección por *T.cruzi* por vía oral a través de leche durante la lactancia materna (4).

Enfermedad de Lyme: Enfermedad producida por garrapatas y causada por espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. Se ha aislado la espiroqueta en la leche materna, pero no hay pruebas definitivas de que la enfermedad de Lyme pueda transmitirse por esta vía. Si la madre se diagnostica y trata durante el embarazo puede dar el pecho. Si se diagnostica después del parto, la madre debe recibir tratamiento inmediato. Si el niño presenta síntomas, fiebre o exantema también hay que tratarle. Una vez que se haya iniciado el tratamiento se puede dar el pecho.

Enfermedad psiquiátrica: En el caso de que la madre sea diagnosticada de una enfermedad psiquiátrica, lo primero que hay que valorar es su estado y si el tratamiento es el adecuado, y si puede cuidar a su hijo. Hay que buscar información sobre el medicamento y su compatibilidad con la lactancia, y si existe un medicamento alternativo menos tóxico (1).

Enfermedad de Sheehan: Es la única enfermedad endocrina común que causa fracaso de la lactancia. Se debe a una hemorragia postparto grave, que provoca infarto trombótico y necrosis de la hipófisis. El grado de hipopituitarismo es variable. La necrosis del tallo hipofisario suele producir hipoprolactinemia, que produce involución mamaria y fracaso de la lactancia

Epilepsia: La mayoría de los fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia. Valorar la situación de cada madre, con respecto a la frecuencia y el tipo de crisis (1)

Madres trasplantadas: Deben recibir una atención especial tras el parto para hacer compatibles sus necesidades con las del bebé. Hay que evitar realizar pruebas que no vayan a cambiar la actitud terapéutica con la madre y que se puedan posponer (1)

Miastenia gravis: La lactancia no está contraindicada en las mujeres con miastenia, pero depende de los niveles de anticuerpos maternos. Los anticuerpos AChR pasan a través de la leche materna, por lo que en casos de concentraciones muy elevadas de anticuerpos en la madre, se recomienda suspender la lactancia.

De todos los fármacos que la madre con miastenia pueda estar tomando durante la lactancia, el único que puede afectar al lactante es el metotrexate y por lo tanto está contraindicada la lactancia cuando la madre está tomando este agente. Los corticosteroides, azatiopirina y la ciclosporina no afectan al recién nacido y no contraindican la lactancia.

Práctica de pruebas y análisis: La práctica de un estudio radiológico simple, así como la extracción para analíticas no contraindican la lactancia. Si fuera preciso practicar pruebas con isótopos, se puede interrumpir la lactancia en función de la vida media del isótopo. Si la madre conoce la fecha de la prueba puede extraerse leche los días anteriores (5)

Procesos oncológicos: La lactancia materna no está recomendada por los potenciales efectos adversos de los fármacos antineoplásicos y los compuestos radioactivos (6). Se recomienda valoración individualizada.

Citomegalovirus (CMV): No existe contraindicación para la lactancia de un bebé a término cuya madre es seropositiva para el citomegalovirus (CMV) (5).

La congelación de la leche reduce pero no elimina el CMV. El calentamiento elimina la carga viral de la leche, pero también afecta a los factores bioactivos y nutrientes. Por lo tanto, la leche de la propia madre fresca es preferible para la alimentación de forma rutinaria de todos los recién nacidos prematuros (5).

Brucelosis: Se transmite al ser humano por ingestión de leche, carne, alimentos contaminados, contacto directo con animales enfermos y a través de la leche materna. Si la madre ha sido diagnosticada cuando ya ha comenzado la lactancia, es muy probable que el niño esté contagiado y ambos precisen tratamiento. No hay acuerdo sobre la necesidad de suspender la alimentación al pecho hasta que se complete el tratamiento (7)

Sarampión: Si ha estado expuesta inmediatamente antes del parto, se aconseja separar al niño de su madre hasta que transcurran 72 horas desde el inicio del exantema. Durante este periodo se puede dar la leche materna extraída.

Si la madre contrae la infección durante la lactancia no hace falta separar a la madre y al niño, ya que la enfermedad es contagiosa desde antes de iniciarse el exantema.

Sífilis: La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que puede contener el treponema. Una vez que la madre complete el tratamiento y las lesiones cutáneas hayan curado se puede reanudar la alimentación al pecho. Si hay lesiones activas en pecho no dar leche extraída.

Tuberculosis: La tuberculosis se transmite por vía aérea. Si la enfermedad está activa y no recibe adecuado tratamiento se considerada infecciosa, estando contraindicada la lactancia materna. Esta puede ser reanudada cuando ha recibido al menos 2 semanas de tratamiento y se documenta que ya no es infecciosa. Mientras que la madre sea bacilífera se debe separar a la madre del bebé por el riesgo de contagio (5,8).

Virus gripe A (H1N1): las madres con infección aguda de la gripe H1N1 temporalmente deben ser aislados de sus hijos hasta que estén sin fiebre, pero pueden proporcionar leche extraída para la alimentación del bebé (5). Se debe extremar la higiene y las madres deben utilizar mascarilla durante la extracción de leche.

Virus del Herpes Simple: si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia materna hasta que las lesiones sanen y desechar la leche extraída. Para prevenir el contagio también es importante el lavado cuidadoso de las manos y cubrir las lesiones activas de la piel (5,8) .

Virus del Herpes Zoster: si el contagio ocurre entre 20 días y 5 días antes del parto, generalmente, produce un cuadro leve en el bebé por los anticuerpos maternos. Por el contrario si ocurre entre los 5 días previos al parto o en las primeras 48 horas posteriores al parto puede producir infección grave por

varicela en el recién nacido. Para prevenirla se debe administrar al niño inmunoglobulina inespecífica y aislarlo temporalmente de su madre hasta que deje de ser contagiosa. Durante ese periodo la madre, si no tiene lesiones en el pezón, puede extraerse la leche para luego dársela al bebé previa higiene adecuada de las manos. Si la infección se produce en la mamá 48 horas después del parto, durante la lactancia y, no presenta lesiones en el pezón, se puede continuar con la lactancia materna. El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la lactancia materna (5,8).

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Está demostrada la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna por lo que constituye una de las principales contraindicaciones de lactancia materna en países desarrollados. El riesgo de transmisión aumenta con la duración de la lactancia, especialmente a partir de los 6 meses (5,8).

Virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I o II): se contraindica la lactancia. El riesgo es mayor en las madres con una carga viral alta y cuando la lactancia se prolonga más de 6 meses (5,8).

Drogas, tabaco y alcohol:

El abuso materno de sustancias no es una contraindicación absoluta para la lactancia materna. La contraindicación debe ser individualizada

La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el café, té, refrescos con cafeína y chocolate, pasan a la leche. Si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño (5,9).

Drogas: Las madres narcóticas-dependientes y con una alimentación adecuada, pueden ser alentadas a amamantar si están inscritos en un programa de mantenimiento con metadona supervisada y tiene proyección negativa para el VIH y las drogas ilícitas. La metadona es compatible con la lactancia. Las drogas sintéticas, la cocaína y el cannabis pueden ser detectada en la leche humana, y su utilización por las madres que amamantan es motivo de preocupación, en particular en lo que respecta a largo plazo el neurodesarrollo del niño y por lo tanto está contraindicada (5) .

En cuanto al cannabis o marihuana: Los recién nacidos de madres consumidoras de marihuana pueden presentar clínica de temblores, dificultad para tranquilizarse, sobresaltos, alteraciones del sueño y de la motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos que en ocasiones requieren tratamiento farmacológico. El consumo de 5 o más cigarrillos de marihuana a la semana es suficiente para provocar este tipo de alteraciones (9)

Alcohol: El alcohol no es un galactógogo. El alcohol consumido pasa rápidamente a la leche materna, en un nivel igual o superior al de la sangre materna, pero también los niveles descienden rápidamente ya que el alcohol no se acumula en la glándula mamaria. Algunos estudios muestran que el alcohol inhibe la secreción de prolactina (hormona que interviene en la producción de leche) durante unas dos horas. El nivel de alcohol en la leche es muy bajo, si bien el olor que toma la leche es muy fuerte, alcanzando el máximo entre los 30 y 60 minutos después de haber bebido, algunos lactantes rechazan esta leche. Los efectos del alcohol sobre el niño amamantado están directamente relacionados con la cantidad de alcohol que consume la madre, y una cantidad pequeña a moderada de alcohol no ha mostrado ser causa de daño. Una dosis de **alcohol** mayor de 0,5 gr/Kg puede producir sedación y disminución de la producción de leche. Esto equivale a 200 cc de vino, 500 cc de cerveza o 60 cc de licor. Es muy importante no beber alcohol al menos durante los primeros 3 meses. Después de los primeros meses cantidades pequeñas y esporádicas son tolerables (una caña de cerveza o un vasito de vino una o 2 veces a la semana) procurando alejarlas de las tomas. No se deben tomar bebidas de alta graduación, como ginebra, licores o whisky (9).

Tabaco: Está comprobado que la nicotina pasa a la leche materna, pero no en niveles que puedan ser nocivos o tóxicos para el bebé. Lo único que está demostrado es que por el efecto estimulante de la nicotina, el bebé está menos predispuesto al reposo y el sueño, motivo por el cual debes evitar el cigarrillo en las horas que preceden a la hora habitual de su siesta o la de su sueño nocturno. El problema serio es en realidad el humo. Pero lo más perjudicial es el humo que respira el lactante, que le ocasiona mayor predisposición a las enfermedades respiratorias. Los hijos de fumadores suelen estar más predispuestos al síndrome de muerte súbita del lactante, tener más infecciones respiratorias, asma y otitis. Si bien lo mejor es no fumar, aún fumando mucho, es preferible dar el pecho, ya que la leche materna protege de las infecciones al lactante y contrarresta en parte los efectos perjudiciales del humo del tabaco. Tampoco está del todo comprobado, que la **nicotina** en exceso puede inhibir la producción de leche.

Consejos para la madre fumadora durante la lactancia

- No fumar dentro de la casa y mucho menos en el ambiente en donde está el bebé.
- Fumar lo menos posible.
- Dar el pecho, pues está comprobada su acción protectora contra las infecciones respiratorias causadas por el tabaco.

- Tratar de fumar lo más alejado posible (en tiempo) de cada toma, lo ideal sería no fumar por lo menos 2 horas antes de cada toma y, a ser posible, hacerlo justo tras la toma.

Consumo de tóxicos en inmigrantes: Se ha descrito síndrome de abstinencia al betel, sustancia consumida principalmente en el Sudeste Asiático, y a la hierba mate, infusión muy extendida en América del Sur (Argentina, Paraguay, Uruguay). Ambas tienen efectos excitantes, siendo el principal activo del betel la arecolina, un agente colinérgico, y el de la hierba mate, la cafeína y otras metilxantinas (9)

Mujeres a las que se debe realizar valoración individualizada antes de dar lactancia materna (9):

- Las mujeres que no recibieron atención prenatal y con antecedentes de abuso de sustancias tóxicas y que no participan en ningún programa.
- Las mujeres que recayeron en el consumo de drogas ilícitas o el uso indebido de sustancias lícitas en el período de 30 días antes del parto.
- Las mujeres que no están dispuestas a participar en el tratamiento de abuso de sustancias o que están involucrados en el tratamiento, pero no están dispuestas a dar su consentimiento para el contacto con el consejero.
- Las mujeres con pruebas positivas maternas en toxicología de orina para drogas de abuso o uso indebido de drogas lícitas en el parto.
- Las mujeres que no han confirmado los planes para el tratamiento del abuso de sustancias después del parto o la atención pediátrica.
- Las mujeres que demuestren comportamiento u otros indicadores de uso activo de drogas.
- Las mujeres con recaídas al uso de sustancias ilícitas o abuso de sustancias lícitas pero que mantuvieron la abstinencia durante los 30 días antes del parto.
- Las mujeres con uso concomitante de otros medicamentos (por ejemplo, psicotrópicos).
- Las mujeres que han realizado atención prenatal y/o tratamiento de abuso de sustancias durante o después del segundo trimestre.
- Mujeres con problemas por consumo de alcohol,

No hay datos farmacocinéticos conocidos para establecer la presencia y/o concentraciones de la mayoría de las sustancias ilícitas y/o sus metabolitos en la leche materna y los efectos en el lactante, y esta investigación es poco probable que ocurra dados los dilemas éticos que plantea. La falta de datos farmacocinéticos para la mayoría de las drogas de abuso en las mujeres después del parto, sugiere que la lactancia materna se debe contraindicar en estos casos (9).

Además, las mujeres que usan sustancias ilegales en el período postnatal pueden tener alteraciones en el comportamiento que pueden interferir con la capacidad de la madre para cuidar o alimentar a su bebé adecuadamente. La exposición pasiva de medicamentos puede plantear riesgos adicionales para el bebé. Por lo tanto, cualquier mujer con recaídas al uso de drogas ilícitas o abuso de sustancias lícitas después del establecimiento de la lactancia debe de recomendarse retirar la lactancia (9).

Medicaciones maternas

Se han identificado pocos medicamentos que están realmente contraindicados, y en la mayoría de los casos existe un medicamento alternativo con nivel de riesgo 0. La más completa fuente de información internacional en inglés sobre la seguridad de los medicamentos maternos cuando la madre está amamantando es LactMed (<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>) una fuente de Internet publicada por la Biblioteca Nacional de Medicina/Institutos Nacionales de Salud, también disponible en app (10). La mejor página en español es www.e-lactancia.org en la que se incluyen todos los medicamentos comercializados en España, plantas y enfermedades maternas.

FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el yodo*) Derivados del ergot (inhiben prolactina): Ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: Bromocriptina, Cabergolina y Lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros, incluso tópicos*	
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana Alcohol en exceso
* El yodo es perjudicial en exceso y estos medicamentos contienen yodo en grandes cantidades, pero durante el embarazo y lactancia las mujeres deben tomar un suplemento de 200 microgramos de yodo en forma de yoduro potásico, además de consumir pescado y sal yodada.	

FÁRMACOS A TOMAR CON PRECAUCIÓN DURANTE LA LACTANCIA	
Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H) Quinolonas (O), Clindamicina (G), Lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, Primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de 1ª generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueantes (CV)	(elegir Labetalol, Oxprenolol, Propranolol o Metoprolol)
Vasodilatadores antiadrenérgicos (CV)	(elegir Metildopa o Hidralazina)
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes "activos" (G)
Inmunosupresores (H)	(elegir Ciclosporina o Azatioprina)
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (Clorpromacina) (S) Litio (CV, S): requiere control clínico y analítico del lactante
Benzodiazepinas (S)	(elegir Lorazepam como ansiolítico)
Antidepresivos	Doxepina (S, CV), Nefazodona (S, CV) (elegir Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina)
- Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en período neonatal. - Consultar medicamentos prohibidos en niños con déficit de glucosa-6-fosfato-DH. Posibles efectos a observar: CV-CardioVasculares, G-Gastrointestinales, H-Hematológicos, S-Sedación, I-Irritabilidad-Insomnio, O-Otros, RL-Reducción láctea	

Fuente: Paricio Talayero J, Lasarte Velillas J. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para

profesionales.2008.

Disponible

en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf

TIEMPOS DE ESPERA PARA AMAMANTAR TRAS EXPLORACIONES CON RADIOFÁRMACOS	
COBRE-64	50 horas
FLUDESOSYGLUCOSA 18F, Flúor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	24 horas
GALIO-67 CITRATO - 7 Mbq (0,2 mCi) - 50 Mbq (1,3 mCi) - 150 Mbq (4,0 mCi)	1 semana 2 semanas 4 semanas
INDI-111, IN-111M, Satumomab Pentetido (OncoScint CR 103) - Con dosis de 20 Mbq (0,5 mCi)	24 horas 1 semana
SODIO-RADIOACTIVO	16 días
TALIO-201	2 semanas
TECNECIO TC-99M	6-12h. (<24h.)
XENON-A33, XENON-127	Pocos minutos
YODO - 123 - 125 - 131	36 horas 12 días 14 días
YODO-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)	24 horas
<ul style="list-style-type: none"> - Intentar emplear el radionúclido de vida edia más corta. - Asesorarse con el radiólogo. - Almacenar leche extraída previamente para darla tras la exploración. - Extraerse la leche el tiempo indicado, desechándola. - El Yodo-131 y el Estroncio-89M empleados para tratamientos, obligan a suspender la lactancia. 	

Fuente: Paricio Talayero J, Lasarte Velillas J. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales.2008.

Disponible

en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf

No se recomienda el consumo de plantas medicinales. Estos productos tienen gran cantidad de flavonoides, que son altamente estrogénicos y pueden disminuir la producción de la leche, como los preparados de alcachofa, anís, comino, ginseng, lino, lúpulo, regaliz, romero y zarzaparrilla. Además, son potencialmente tóxicos, pues desconocemos las dosis de seguridad: alfalfa, amapola, anís estrellado, anís verde, artemisa, cornezuelo, eucalipto, hinojo, hisopo, nuez moscada, salvia, té de hierbas, etc.

Para más información, se recomienda consultar: <http://www.e-lactancia.org> y www.perinatology.com/exposures/druglist.htm.

FALSAS CONTRAINDICACIONES MATERNAS

Las siguientes situaciones que se enumeran **no contraindican la lactancia**:

- Prótesis estéticas mamaria: 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 (1).
- 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 y cirugía o trauma mamario.
- Virus Hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC): actualmente no contraindican la lactancia materna (5,7)
Si la madre es portadora del virus de la hepatitis B, el bebé debe recibir gammaglobulina hiperinmune específica en las 12h siguientes al nacimiento y la 1ª dosis de la vacuna antihepatitis B (11,12). Si la madre es portadora del VIH y además presenta VHC, el recién nacido presenta más riesgo de contraer VHC (5,12).
- Anemia: Las madres anémicas que presentan tratamiento pueden ofrecer el pecho a su bebé sin ningún problema. El inicio precoz de la lactancia aumenta los niveles de oxitocina por lo que el útero se contrae y da lugar a una disminución de la hemorragia y se produce un retraso de las menstruaciones. Todo esto da lugar a que no se pierda hierro por lo que aumentan los niveles (1).
- Diarrea: 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 puede utilizar una solución de rehidratación oral (1)(12)
- Infecciones: La mayor parte de las infecciones 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, lo más importante es la higiene de manos (1).

- Diabetes: la lactancia es muy recomendable para la madre diabética, mejora su tolerancia a la glucosa y disminuyen las necesidades de insulina. 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 (1,12).
- Trastornos de la función tiroidea: Ni el hipotiroidismo ni el hipertiroidismo y sus tratamientos interfieren en la lactancia (1).
- Prolactinoma: las mujeres que tienen este tumor hipofisiario productor de prolactina pueden dar el pecho, no repercute en el bebé ni en el tumor (1,12).
- Depresión: No hay que suspender la lactancia ni por la depresión ni por su tratamiento, la suspensión puede empeorar el estado de ánimo de la madre (13). Se recomienda que esté acompañada y valorar cada caso. Entre los agentes psicótrópicos que se consideran menos problemáticos se encuentran los antidepresivos tricíclicos amitriptilina y clomipramina y el selectivo de recaptación de serotonina la paroxetina y la sertralina (5,8,11)
- Flebitis, trombosis: La lactancia puede continuar, la heparina sodica, y las heparinas de bajo peso molecular no la contraindica (1).

Bibliografía

(1) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(2) Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Protocolo de atención clínica de la enfermedad de Chagas. Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2011.

(3) García Ascaso M, García López M, Medina Claros A. Patología infecciosa importada II. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), editor. Protocolos de Infectología. 3ª ed.: ERGON; 2011. p. 231-245.

(4) Toso M, VIAL U, Galanti N. Transmisión de la enfermedad de Chagas por vía oral. Revista médica de Chile 2011;139(2):258-266.

(5) American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012 February 27;129(3):e827-e841.

(6) Pistilli B, Bellettini G, Giovannetti E, Codacci-Pisanelli G, Azim Jr. HA, Benedetti G, et al. Chemotherapy, targeted agents, antiemetics and growth-factors in human milk: How should we counsel cancer patients about breastfeeding? Cancer Treat Rev 2013 5;39(3):207-211.

(7) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

(8) Perinatal Services. Breastfeeding Healthy Terms Infants Guideline. Canada; 2012.

(9) Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for breastfeeding and the drug-dependent woman. Breastfeed Med 2009;4(4):225-228.

(10) United State National Library of Medicine. Drugs and Lactation Database (LactMed). Dec 21 2011 [acceso el 15 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>.

(11) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(12) Paricio Talayero JM, Lasarte Velillas JJ. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. 2008 [acceso el 16 de marzo 2013]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf.

(13) Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics 2009 Apr;123(4):e736-51.

Anexo II: Posición correcta del bebé al pecho

La colocación correcta del lactante al pecho es uno de los requisitos más importantes para el éxito de la lactancia. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del pecho, favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia (1)

Madre y bebé deben de estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del bebé en contacto con la madre (barriga con barriga) (1)

Para facilitar el agarre, el cuerpo del bebé debe de estar girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, con el cuello más extendido que flexionado, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón (2). La cabeza del bebé y todo su cuerpo deben de estar más o menos inclinados según la dirección del eje del pecho, por lo tanto la misma posición no sirve para todas las madres y dependerá del tamaño y orientación de sus pechos (2)



Puedes coger el pecho con tu mano en forma de C con los dedos fuera de la areola (zona oscura del pecho que rodea el pezón). Pon tu pezón a la altura de la nariz de tu bebé sin tocarla, no centrado en la boca. El bebé olerá tu leche y abrirá la boca y sacará la lengua hacia abajo (3).

Si no abre la boca la madre estimulará al bebé para que abra la boca rozando sus labios con el pezón (2,3)



Cuando el bebé tenga la boca bien abierta, desplazarlo suavemente hacia el pecho (no el pecho al bebé). No empujar la cabeza del bebé con la mano, ya que de forma refleja la llevará hacia atrás apartándose del pecho (2).

El bebé se agarrará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de la boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca muy abierta (2,3)

El lactante debe introducir en su boca tanto pecho como sea posible y colocar su labio inferior alejado de la base del pezón.

Mantén el pecho sujeto entre tus dedos un rato, hasta que tu bebé succione de seguido, después puedes retirar la mano y disfrutar con tu bebé (2,3)

Si la nariz está muy pegada al pecho puede que el cuello esté flexionado. Bastará con desplazar ligeramente el bebé hacia sus pies, con este movimiento se extiende la cabeza y la nariz se separa un poco del pecho.



Las manos del bebé deben de quedar a ambos lados del pecho.

Cuando la madre tiene los pechos grandes, puede ser útil sujetar el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, con la mano en forma de "C" para que los dedos de la madre estén suficientemente alejados del pezón y no interfieran con el agarre del bebé al pecho (2,3)

No es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo "la pinza", ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de la boca (2,3)

Explicar a los padres en qué consiste y como debe realizarse el autoenganche, si es necesario utilizaremos material educativo (2,3)

Favorecer un ambiente tranquilo e íntimo para que lo realicen (2,3)

*** Todas las ilustraciones de este anexo, son extraídas de Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Servicio Madrileño de Salud; 2011.**

Bibliografía

(1) Ministerio de sanidad, política social e igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2011.

(2) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(3) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

Anexo III: Posiciones para amamantar

Posición biológica o natural: Favorece la técnica de autoenganche. Madre reclinada de 15-65°. Piel con piel. Las últimas investigaciones indican esta postura como la más favorable, tanto para el inicio de la lactancia (en paritorio) como para continuar (en la cama del hospital y en casa); sobre todo en las primeras semanas, hasta que se instaura la lactancia (1)



Posición sentada: Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho (1).

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.

El niño tiene que estar bien alineado (oreja, hombro y cadera e la misma línea) y con el cuello en posición neutra o discretamente hiperextendido.

Existe otra postura para estar sentada que se llama “**de balón de rugby o lateral**”: el lactante 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 (1)



Madre y RN acostados en **decúbito lateral**, frente a frente. La cara del niño enfrentada al pecho y el abdomen pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doble. Útil en caso de cesáreas, en los primeros días posparto y para las tomas nocturnas (1).



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 (2).

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 tumbada: Adecuada para cesáreas o por la noche.
- 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.



Posición lateral



Posición tumbada



Posición mixta

* Todas las ilustraciones de este anexo, son extraídas de la guía de lactancia materna – IHAN elaborada por la consejería de salud y consumo de las Islas Baleares

Bibliografía

(1) Ministerio de sanidad, política social e igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.

(2) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

Anexo IV: Signos de buen enganche

Los padres deben aprender a reconocer los signos que aseguren que el recién nacido está haciendo un amamantamiento correcto (1):

- Si el bebé está bien agarrado al pecho, su boca quedara muy abierta y el labio inferior se encontrara más alejado de la base del pezón que el labio superior. El labio inferior se doblara hacia atrás automáticamente y a una cierta distancia de la base del pezón. Si el labio inferior abarca solo la base del pezón, significa que el bebe no está bien agarrado.
- El bebé abarcara un buen bocado del pecho, que incluya el pezón, bastante areola y todo el tejido subyacente incluyendo los conductos.
- El bebé al succionar provoca una acción típica de la mandíbula. Los músculos de la mandíbula trabajan rítmicamente, y esta acción se extiende hasta llegar a la orejas. Si las mejillas se deprimen con la succión, el bebé no está correctamente colocado. no conviene colocar al niño al pecho llorando, y si llora se debe calmar primero. Para evitar estas situaciones, las madres deben aprender a reconocer los signos de hambre de su bebé antes de que llegue a llora.
- Actitud del niño satisfecho: El niño mama tranquilamente, sin apuro ni ansiedad, de forma rítmica y acompasada, apreciándose claramente tranquilo y satisfecho. Sueño tranquilo habitualmente después de mamar el segundo pecho el niño se queda dormido plácidamente.
- Aumento del peso corporal del niño. El recién nacido debe recuperar su peso corporal antes de los diez días. Se considera que el aumento de peso normal en un niño a término sano debe ser de 120-200 gr semanales en los primeros 4 meses de vida.
- Al menos 6 pañales mojados en el día de orina, a partir del 4º día.
- 4 o más deposiciones amarillentas y fluidas a partir del 4º día.
- Pezones y pechos sanos son indicativos de una técnica correcta, tanto por una posición y una extracción adecuadas de la leche.

Bibliografía

(1) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

Anexo V: Valoración de la toma

Signos de adecuada postura, agarre y amamantamiento eficaz/ineficaz

Nombre del RN:

Nombre de la madre:

Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
<p>Madre relajada y cómoda</p> <p>Bebé en estrecho contacto con su madre</p> <p>Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho</p> <p>La barbilla del bebé toca el pecho</p> <p>Cuerpo del bebé bien sujeto</p> <p>El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón</p> <p>Contacto visual entre la madre y el bebé</p>	<p>Hombros tensos, inclinados hacia el bebé</p> <p>Bebé lejos del cuerpo de la madre</p> <p>Cabeza y cuello del bebé girados</p> <p>La barbilla del bebé no toca el pecho</p> <p>Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé</p> <p>El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón</p> <p>No hay contacto visual madre-bebé</p>
Lactante	
<p>Boca bien abierta</p> <p>Labios superior e inferior evertidos</p> <p>La lengua rodea el pezón y la areola*</p> <p>Mejillas llenas y redondeadas al mamar</p> <p>Más areola visible por encima del labio superior</p> <p>Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas</p>	<p>Boca poco abierta</p> <p>Labios apretados o invertidos</p> <p>No se ve la lengua*</p> <p>Mejillas hundidas al mamar</p> <p>Más areola por debajo del labio inferior</p> <p>Movimientos de succión superficiales y rápidos</p> <p>Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos</p>

<p>Puede verse u oírse tragar al bebé</p>	
<p>Signos de transferencia eficaz de leche</p>	
<p>Humedad alrededor de la boca del bebé</p> <p>El bebé relaja progresivamente brazos y piernas</p> <p>El pecho se ablanda progresivamente</p> <p>Sale leche del otro pecho</p> <p>La madre nota signos del reflejo de eyección**</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma</p>	<p><input type="checkbox"/> Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente</p> <p><input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón</p> <p><input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido</p> <p><input type="checkbox"/> La madre no refiere signos del reflejo de eyección**</p> <p><input type="checkbox"/> La madre ha de retirar al bebé del pecho</p>

*Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

Fuente: Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. EUNUTNET (Red Europea para la Nutrición Pública Saludable: Trabajo en red, Monitorización, Intervención y Formación). 2007.

Anexo VI: Extracción de la leche

I. Extracción de la leche materna

1. Preparación de las mamas

Todo el proceso debería de llevar aproximadamente 20-30 minutos cuando la extracción manual reemplaza una toma:

- Lavado de manos
- Dar masaje, acariciar, agitar
- Exprimir un pecho 3-5 minutos
- Dar masaje, acariciar, agitar
- Exprimir el otro pecho 3-5 minutos
- Dar masaje, acariciar, agitar

Si el suministro de leche ya está establecido, utilizar los tiempos que se dan sólo como referencia. Observar el flujo de leche y cambiar de pecho cuando disminuya. Si todavía no hay leche o hay poca, seguir los tiempos dados tal cual. Cualquier parte del procedimiento puede repetirse lo que se necesite

2. Extracción Manual

La técnica denominada de Marmet, es la extracción manual y de ayuda al reflejo de eyección de la leche. La técnica es importante pues si se hace mal de manera continuada puede provocar lesiones o irritaciones en la piel (1).

La clave del éxito de esta técnica es la combinación de extracción y masaje. El CPP resulta muy estimulante, con lo que normalmente la extracción manual permite un más fácil reflejo de eyección de leche

Debe hacerse en un entorno íntimo y relajado, donde el riesgo de interrupciones sea mínimo.

Las ventajas de este método son:

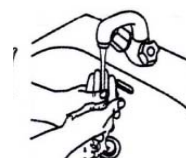
- Económico
- Se puede usar en cualquier momento y lugar
- Ecológico

Inconvenientes:

- Requiere cierta práctica

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA MANUAL (Marmet) (1)

- Lavarse las manos
- Ayudar al reflejo de eyección de leche. Estimulación del flujo de leche.
 - Masajear para descongestionar los conductos lacteos de las mamas.
 - Empezar en la parte superior del pecho. Presionar firmemente el pecho hacia la pared torácica. Realizar un movimiento circular con los dedos sobre un punto de la piel
 - Después de unos segundos desplazar los dedos a la siguiente área del pecho
 - Trazar una espiral por todo el pecho en dirección a la areola utilizando este masaje.
 - La presión y el movimiento son similares a los usados en el examen de mama
- PASAR LA MANO por el pecho de arriba abajo en dirección al pezón con una ligera caricia.
 - Continuar este movimiento desde la pared torácica hasta el pezón por todo el pecho.
 - Esto le ayudará a relajarse y a estimular el reflejo de eyección de la leche
- AGITAR suavemente el pecho mientras se inclina hacia adelante para que la fuerza de la gravedad favorezca la expulsión de la leche.



Masajear



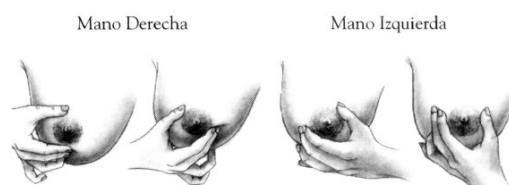
Frotar



Sacudir

- Pasos de la extracción:

- 1º Poner el Pulgar y dedos índice y medio en forma de "C", unos 3 - 4 cm por detrás del pezón.



- 2º Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Rodar



los dedos y el pulgar hacia el pezón, **sin deslizar**.

- 3º Ir rodando la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.



Evitar estos movimientos:

1. Apretar y exprimir el pecho (hematomas).

2.

el



Resbalar las manos sobre pecho (irritación de la piel).

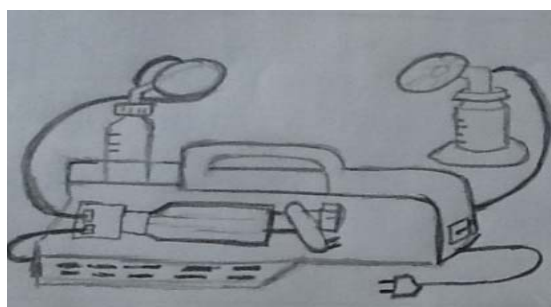
3. Tirar hacia fuera del pezón y del pecho.

3. Extracción con sacaleches manual ó eléctrico

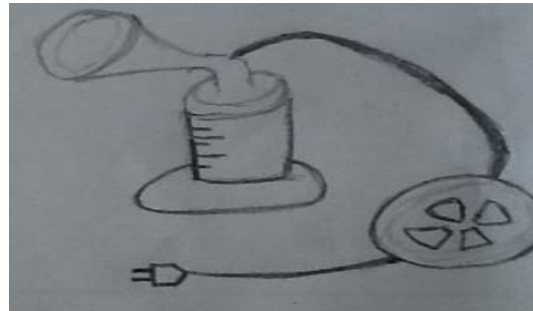
Un sacaleches debe de drenar el pecho y de estimular la producción. Debe de estar limpio, sin materiales contaminantes, fácil de usar y no debe dañar ni producir dolor.

TIPOS DE BOMBAS

a) Bombas automáticas eléctricas con pistones: estas son bombas son más eficaces con ciclos automáticos que pueden extraer leche de los dos senos a la vez e imitan más efectivamente el patrón de succión del bebé. Son los que se utilizan en las unidades de neonatología y se pueden alquilar semanal o mensualmente



b) Bombas eléctricas con diafragma eléctrico de uso personal: la mayoría de estas bombas posee ciclos automáticos y bombeo doble.



c) Bombas manuales: Las bombas cilíndricas están compuestas por dos cilindros que caben uno dentro del otro, con un empaque de caucho que crea un vacío entre ellos.



vacío
los
La



mamá crea y libera la succión extrayendo hacia afuera el cilindro exterior y volviéndolo a meter.

II. Frecuencia y duración de la extracción de leche materna con sacaleches

Se extraerá leche materna cada vez que cuando el niño no vacíe el pecho de la madre y la duración no excederá de 10-15 minutos en cada mama (2).

III. Limpieza de los elementos del sacaleches

- Si es de uso personal en casa, lavado de arrastre con agua y jabón inmediatamente después del uso, secado, y posterior esterilización (hervir en agua 15 minutos). Dejándolo cubierto hasta su uso (3,4). También es válido para uso doméstico la limpieza en lavavajillas por la temperatura que alcanza
- Si es de uso hospitalario, o se usan elementos desechables, o si no es así, realizar lavado por arrastre y seguir procedimiento del hospital (3-5).

Bibliografía

(1) La liga de la leche. Extracción y almacenamiento de la leche materna. 2011 [acceso 30 de abril 2013]. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/almacenamiento.htm.

(2) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(3) Organización Mundial de la Salud. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes. Suiza: OMS; 2007.

(4) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Brasília: Anvisa; 2008.

(5) Centers for Disease Control and Prevention. Proper Handling and Storage of Human Milk. 2010.

Anexo VII: Conservación, mantenimiento y transporte de la leche materna

Conservación y mantenimiento

- La leche debe conservarse en recipientes adecuados como (1,2):
 - De plástico duro: libres ciertos productos químicos (bisfenoles A)
 - De cristal
 - Bolsas de plástico: se pueden romper y contaminarse al cambiar de recipiente. Si se usan, ponerlas en el congelador dentro de un recipiente duro.
- Los recipientes deben ser de uso alimentario, en casa la limpieza con lavavajillas a 60° C puede ser suficiente siempre que se haya realizado previamente un lavado con agua y jabón .
- Se recomienda almacenar la leche materna calculando la cantidad de la toma, y rotular los recipientes con la fecha y hora de extracción, para uso cronológico (3,4). Dependiendo de dónde se vaya a conservar la leche, el tiempo en que ésta permanece en condiciones óptimas varía, recomendándose (1,2,5-9):

Tabla de Tiempo conservación y almacenamiento en domicilio

	LUGAR DE ALMACENAMIENTO			
	TEMPERATURA AMBIENTE	FRIGORÍFICO (+4°C)	CONGELADOR CON FRIGORÍFICO	CONGELADOR INDEPENDIENTE (tipo arcón)
Leche materna recién extraída	Administrarse antes de 4 horas	Hasta 48 horas. Si no se prevee utilizarla es preferible congelarla. Nunca almacenar en la puerta de la nevera	2 semanas si el congelador está dentro del frigorífico Hasta 3 meses si es de puerta separada (tipo combi)	Hasta 6 meses a -18 °C aproximadamente
Leche materna descongelada (previamente congelada)		24 horas desde descongelación	No congelar tras descongelar	No congelar tras descongelar

Fuente de elaboración (1,2,5-9)

Cómo descongelar la leche

- La mejor forma de descongelar la leche es lentamente, sacando la leche del congelador y metiéndola en el frigorífico, de esta forma se puede usar durante 24 horas, una vez descongelada, manteniéndola en el frigorífico (5,9).

- Si urge descongelar la leche también se puede introducir el recipiente con la leche materna en agua tibia, después en agua caliente y por último en agua más caliente (nunca pasar de los 37°C) hasta obtener la temperatura adecuada para ofrecérsela al bebé (4,5,7,9)
- Cuando la leche se haya descongelado previamente y no se haya calentado, dura a temperatura ambiente menos de 4 h hasta la siguiente toma y en el frigorífico durará 24 horas en frigorífico (5,10).
- La leche descongelada previamente y calentada se mantiene en condiciones óptimas durante la toma. Si no se completa la toma hay que desecharla (2,8)
- No se puede congelar una leche que haya sido congelada con anterioridad (1,8)

Cómo calentar la leche

- No utilizar microondas para descongelar ni calentar (8).
- No descongelar al fuego, se coagulará.
- Calentar para la toma a temperatura corporal, sumergiendo el recipiente en agua caliente, al baño María o bajo el grifo de agua caliente, pues la leche no debe hervir (8).

Transporte de la leche materna

- No romper la cadena del frío (6,8,9):
 - La leche recién extraída se debe transportar en nevera portátil con placas de hielo.
 - La leche refrigerada en nevera portátil.
 - La leche congelada no debe transportarse, a no ser que se haga en nevera portátil, con placas de hielo y en trayecto corto para que no se descongele.

Bibliografía

(1) Centers for Disease Control and Prevention. Proper Handling and Storage of Human Milk. 2010.

(2) Alan H. Jobe. Storing human milk. The Journal of pediatrics January 2010;156(1):A2.

(3) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(4) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(5) American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012 February 27;129(3):e827-e841.

(6) Bertino E, Giribaldi M, Baro C, Giancotti V, Pazzi M, Peila C et al. Effect of prolonged refrigeration on the lipid profile, lipase activity, and oxidative status of human milk.. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013 Apr;56(4):390-6.

(7) Cossey V, Jeurissen A, Thelissen M, Vanhole C, Schuermans A. Expressed breast milk on a neonatal unit: A hazard analysis and critical control points approach. Am J Infect Control 2011 12;39(10):832-838.

(8) Italian Association of Human Milk Banks. Guidelines for the establishment and operation of a donor human milk bank. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine September 2010;23(S2):1-20.

(9) Slutzah M, Codipilly CN, Potak D, Clark RM, Schanler RJ. Refrigerator Storage of Expressed Human Milk in the Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr 2010 1;156(1):26-28.

(10) Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). Breastfeed Med 2010 Jun;5(3):127-130.

Anexo VIII: Complicaciones tempranas de la lactancia

Problemas con las mamas

Los problemas que aparecen con mayor frecuencia en los primeros días son pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria. Casi siempre se deben a una mala técnica de lactancia, especialmente a una postura o agarre incorrectos. La mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos o aliviados si se reconocen y se manejan adecuadamente, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente (1,2).

Dolor en los pezones y grietas

Durante los primeros días después del parto podrían doler los pezones, sobre todo, al inicio de la toma. Si el dolor continúa es indicativo de que existe un problema (3).

Las grietas son, junto con la sensación de insuficiente producción de leche, una de las principales causas de abandono de la lactancia. El dolor es máximo al inicio de la toma, disminuye posteriormente y desaparece casi por completo cuando el bebé suelta el pecho.

Una consecuencia de las grietas es que el bebé presente algún vómito hemático secundario a la sangre materna digerida (3).

MANEJO DEL DOLOR DEL PEZON Y/O OTRAS LESIONES	-Se recomienda la formación prenatal sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para prevenir o reducir el dolor, causado por la lactancia (1,3).
	- Se recomienda la formación inmediatamente después del parto sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para reducir el dolor del pezón (1,3)
	-Se recomienda las compresas de agua tibia más que la leche materna para el manejo del dolor y las lesiones del pezón asociadas a la lactancia (1,3)
	-No se ha demostrado ni confirmado la efectividad de los siguientes métodos : discos protectores, tetinas, aerosoles, apósitos de hidrogel, apósitos transparentes, lanolina modifica, colagenasa y dexpanthenol (1,3)
	-Analgesia y reducir cafeína y derivados (1)
	-Si fuera necesario descansar 2 o 3 tomas y usar extracción manual o sacaleches. Dar la leche de la

	madre con jeringa o cuchara (1)
GRIETAS	-Si la madre quiere lactar animarla para aumentar su confianza y después darle la ayuda que necesite (1,3)
	-Examinar los pezones. Si solo hay grietas en un pezón que empiece siempre por el otro para que succione del pecho agrietado con menor avidez (1,3)
	-Detectar los errores tanto en técnicas como posición (1,3)
	-Modificar las posturas para disminuir el dolor, utilizar la posición biológica y el autoenganche (1,3)
	-Realizar el aseo diario habitual, no poner cremas ni pomadas (1,3)
	-Si es necesario usar pezoneras, utilizar el menor tiempo posible y mantener la lactancia supervisada hasta que se consiga retirar las pezoneras (1,2).
	-Mantener los pezones secos (1,2)
	-No limitar el tiempo de succión (1,2)
	-Dar leche de la madre con alguna técnica de suplementación que no conlleve el uso de tetinas (1)
	-Si se utiliza sacaleches mantenerlo durante 10-15 minutos en cada pecho (1)
	-Procurar el uso de tejidos lo más naturales que sea posible.

Ingurgitación mamaria

La ingurgitación se produce cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae, aumentando ambos de tamaño y provocando dolor. Suele ocurrir al comienzo de la lactancia con la “subida de la leche” y es bilateral. También puede ocurrir avanzada la lactancia de forma bilateral o unilateral por un vaciamiento inadecuado de la mama (1,4)

INGURGITACION MAMARIA	-Compresas templadas antes de la toma para facilitar la salida de la leche, extracción de la leche tras las tomas (1)
	-Aconsejar a la madre que se ponga al bebé al menos entre 10 y 12 veces (1,2,4)
	-Observar una toma y comprobar que la técnica de enganche es correcta (1,2,4)
	-Vaciar los pechos antes de ofrecérselos. (1,2,4)
	-Cuando los pechos están muy tensos, presionar entre 3 y 5 minutos aproximadamente alrededor de la areola provocará una fovea y facilitará el agarre del bebé

	(1,2,4)
	-Cuando las molestias no se alivian tras las tomas, informar a la madre que debe extraerse la leche preferiblemente de forma manual o en su caso con sacaleches hasta que estén blandos (1,2,4)
	-Informar a la madre que pueda aliviar el dolor entre tomas con la aplicación de compresas frías (1,2,4)
	-Si a pesar de todas las medidas, persiste el dolor, puede ser necesario reunir a los analgésicos y/o antiinflamatorios. No hay necesidad de utilizar antibióticos (ya que a veces se confunde con una mastitis), ni por supuesto retirar la lactancia (1,2,4)

Pezón plano, invertido o pseudoinvertido

La mayoría de las formas de pezones permiten un amamantamiento sin dificultad. Algunos pezones pueden dificultar el agarre del bebé y, necesitarán apoyo especializado(1)

PEZON PLANO, INVERTIDO O PSEUDOINVERTIDO	- Utilizar la posición de crianza biológica y la técnica de autoenganche al principio puede hacer que sea el propio niño el que encuentre la forma idónea de enganchar el pecho (1)
	-No hacer nunca comentarios negativos a la madre acerca de sus pezones y reforzar su confianza (1,2,4)
	-Comenzar por el pezón invertido para que lo haga de forma más vigorosa (1)
	-Indicar a la madre que sostenga el pecho en forma de C o U para facilitar el enganche, estimular el pezón de forma táctil o con un sacaleches (1,4)
	-Exprimir manualmente unas gotas de leche para favorecer el agarre y la succión (1,4)
	-Enseñar a la madre la técnica de “sándwich” o la de “rugby” (1)
	-Se puede utilizar pezoneras. si no se consigue un enganche con los métodos antes descritos Conseguir un buen agarre y realizar un seguimiento. Cuando se establezca la lactancia y el agarre adecuado, las pezoneras se pueden retirar (1).
	-Observación desde la primera toma para realizar un enganche adecuado con el pecho blando.

	<p>- si no se consigue engancho, se extraerá la leche con sacaleches y se administrara al niño con una técnica de suplementación sin tetinas (jeringa, cucharita.) (1,5)</p>
	<p>-Si el problema radica en un solo pecho, se puede enseñar a la madre que puede criar al niño con el otro pecho exclusivamente. La producción de leche se adecuará a las necesidades del bebé, de modo que un pecho proporciona toda la leche que el niño necesita. También puede ofrecerse que la madre extraiga leche con sacaleches y le de la leche extraída para evitar que un pecho quede más desarrollado que otro (1,2,4)</p>

Bibliografía

(1) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(2) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(3) Joanna Briggs Institute. El manejo del dolor del pezón y/o lesiones asociadas a la lactancia materna. Best Practice 2009;13(4).

(4) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

(5) Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Recommendations for the use of pacifiers; [acceso el 5 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.cps.ca/en/documents/position/pacifiers>.

ANEXO IX: Complicaciones tardías de la lactancia

Obstrucción de un conducto lácteo

Vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Aparece un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona.

OBSTRUCCIÓN DE UN CONDUCTO LACTEO	-Dar apoyo y confianza a la madre.
	-Aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas (1-3)
	Enseñar a la madre distintas posturas de amamamiento e indicarle que la zona que mejor drena el bebé es la que está más cerca de la mandíbula inferior (1-3)
	-Si la madre presenta mucho dolor, indicarle que empiece la toma por el pecho sano para se ponga en marcha el reflejo de eyección y el bebé pueda extraer la leche de la mama afectada con mayor facilidad (1-3)
	-Realizar un masaje suave de la zona afectada, realizando un movimiento por encima del bulto en dirección al pezón para garantizar el drenaje completo (1)
	-Si no extrae bien la leche extraer de forma manual o con sacaleches (1)
	- Recomendar a la madre que use sujetador adecuado, bien ajustada, pero elástico, que soporte sin comprimir una excesiva presión, evitando utilizarlo por la noche (1)
	-No interrumpir la lactancia (1-3)
	-Explicar la necesidad de evitar cualquier cosa que pueda obstruir el flujo de la leche, tal como las prendas ajustadas y sujetar el pecho demasiado cerca del pezón (1-3)
	-Si existe un punto blanco visible en el extremo del pezón, es necesario eliminarlo con un paño áspero o con una aguja (1-3)

Mastitis

La mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que pueden acompañarse o no de infección. Los cuadros de ingurgitación y de obstrucción de un conducto lácteo, así como las grietas en el pezón, son factores predisponentes a la mastitis (1,4,5).

Es más común dentro de las primeras sextas semanas de lactancia, con una mayor incidencia en la segunda y tercera semana (4), siendo además uno de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna (5)

Los síntomas se suelen iniciar de forma repentina. Hay dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afectado. Se acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos (1,4,5).

MASTITIS	-Si la madre desea continuar con la lactancia no se debe suspender. La alimentación al pecho mejora la evolución de la mastitis (1-3)
	-La leche del pecho afectado no tendrá ningún efecto perjudicial para el niño (1-3)
	-Observar una toma para comprobar la adecuada posición y agarre del bebé al pecho (1-3)
	Informar a la madre que debe de aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas (1-3)
	-Si la madre presenta mucho dolor, indicarle que empiece la toma por el pecho sano (1-3,6)
	-Antes de poner al bebé al pecho es conveniente extraer un poco de leche, de forma manual o un sacaleches para disminuir la tensión de la areola de forma que quede blanda y facilitar el agarre (1-3)
	-Enseñar a la madre distintas posturas de amamamiento. E indicarle que la zona que mejor drena el bebé es lo que está más cerca de la lengua (1-3)
	-Realizar un masaje suave de la zona afectada realizando un movimiento por encima del bulto en dirección al pezón, para garantizar el drenaje completo (1-4)
	-Si el bebé no vacía el pecho extraerse la leche de forma manual o con un sacaleches (1-3)
	-La leche del pecho enfermo es ligeramente salado, lo que puede producir rechazo del lactante a la mamar de ese lado (1,2)

	- Aplicar frío local entre tomas (1-4)
	-Administrar analgésicos si es preciso.
	- Ofrecer apoyo a la madre, pues la mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante (5).

Bibliografía

(1) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(2) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

(3) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guia Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(4) Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess - diagnosis and management in general practice. Aust Fam Physician 2011 Dec;40(12):976-979.

(5) Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2012 Oct 17;10:CD007239.

(6) Joanna Briggs Institute. El manejo del dolor del pezón y/o lesiones asociadas a la lactancia materna. Best Practice 2009;13(4).

ANEXO X: 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 (1).

Dermatitis vírica por herpes simple o varicela

Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, evitar la succión directa del bebé en las lesiones. 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 en pezones

Causada por diversas variedades de *Candida*, parásitos de 'hongos', especialmente *Candida albicans*. Puede manifestarse en el pezón, areola, pliegue intermamario y submamario. (1)

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, además de que la madre puede quejarse de dolor quemante.(1).

Eczema del pezón

Se manifiesta por enrojecimiento, descamación, dolor y prurito en el pezón y la areola. Son frecuentes las lesiones secundarias de rascado.

ECZEMA DEL PEZON	-Eliminar cualquier posible alérgeno o irritante (2)
	-Recomendar a la madre el uso de ropa de algodón (2)
	-Utilizar jabones ácidos o neutros y cremas emolientes (1-3)
	-Si es necesario aplicar pomadas con corticoides para la inflamación y antihistamínicos para tratar el prurito. Sustituirlas por cremas hidratantes cuando las lesiones mejoren (2)
	-Un eczema persiste en un pezón obliga a descartar la enfermedad de Pagar (2)

Bibliografía

(1) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.

(2) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.

(3) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

ANEXO XI: SITUACIONES ESPECIALES

ESCASEZ DE LECHE	-CPP (1,2)
	-Corregir problemas de enganche (1,3,4)
	-Ofrecer el pecho más frecuentemente (1,3,4)

PERDIDA DE PESO	-Mejorar el enganche (1,3,4)
	-Aumentar la producción de leche con estimulación de la mama ofreciendo más tomas o usando sacaleches tras las tomas. (1,4,5)
	Tomar en cada toma dos veces de cada pecho de forma alterna para aumentar el estímulo (1,4,5)
	Cuantificar la pérdida de peso

NIÑO QUE LLORA MUCHO	-Tranquilizar a la madre
	-Comprobar que no es un signo tardío de hambre

NIÑO QUE DUERME MUCHO	-Tomar mínimo 8-12 tomas diarias en la primera semana (1,3)
	-Reforzar información a madre y colocarlo en CPP para que la madre visualice cualquier signo de hambre del niño

RECHAZO DEL PECHO	-Indagar sobre los posibles motivos, cambiar posturas, utilizar un ambiente tranquilo, sin distracciones, mimando al niño, aprovechando ponerle al pecho cuando esté adormilado (1,3)
	- Utilizar la técnica del CPP y posición de crianza biológica y autoenganche puede ser útil.

En todas estas situaciones la enfermera realizará una valoración individualizada del recién nacido y en caso necesario se consultará al pediatra.

Bibliografía

- (1) Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2012.
- (2) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2012 May 16;5:CD003519.
- (3) Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
- (4) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía Lactancia Materna para profesionales de la Salud. La Rioja; 2010.
- (5) Joanna Briggs Institute. El manejo del dolor del pezón y/o lesiones asociadas a la lactancia materna. Best Practice 2009;13(4).

Anexo XII: Grupos de apoyo

Durante los primeros días muchas mujeres tienen dudas sobre su capacidad de lactar, por diversos motivos tales como falta de experiencia, subida de leche lenta, mal agarre del niño, ganancia de peso baja, por experiencias previas desagradables...etc. Por ello es apropiado que la madre cuente con un buen apoyo o soporte social (1-3)

El Padre

El apoyo incondicional del padre en estos momentos será fundamental para dar confianza y tranquilizar a la madre y así los dos juntos serán más capaces de superar dificultades. La madre necesita sentirse respaldada en sus decisiones. Es importante reconocer su esfuerzo, decir que lo está haciendo bien, evitar los comentarios negativos y ayudar a buscar ayuda cuando sea necesario.

El padre constituye un apoyo fundamental cuya opinión y actitud puede influir notablemente en su pareja en la lactancia materna (4,5).

Familiares

El resto de la familia también tiene un papel importante de apoyo a los nuevos padres.

Grupos de Apoyo

Los grupos de apoyo son efectivos para prolongar en el tiempo la lactancia materna exclusiva (2).

Los profesionales de la salud deben fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área (6).

Bibliografía

(1) Kate Jolly, Lucy Ingram, Khalid S Khan, Jonathan J Deeks, Nick Freemantle, Christine MacArthur. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. BMJ 2012 BMJ Publishing Group Ltd;344.

(2) Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16;5:CD001141.

(3) Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess* 2009;13(40).

(4) Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, et al. Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *J Hum Lact* 2013 Apr 19.

(5) Nickerson LE, Sykes AC, Fung TT. Mothers' experience of fathers' support for breast-feeding. *Public Health Nutr* 2012 Sep;15(9):1780-1787.

(6) iHAN. Listado de grupos de apoyo. 1 marzo 2013 [acceso 30 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index3.asp>.

Anexo XIII: FICHA DE INDICADORES

Nombre del indicador	I.LM 1. Partos en los que se ha realizado contacto piel con piel en el paritorio.
Área del indicador	Paritorio
Criterio de Calidad	En el paritorio se realiza piel con piel.
Formula	Partos en los que la madre y el recién nacido han tenido Contacto Piel con Piel en el paritorio x 100/ Partos atendidos en gestantes de recién nacidos sanos.
Explicación de Términos	<ul style="list-style-type: none"> • El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, durante al menos un mínimo de 50 minutos después del nacimiento o hasta después de la primera toma de pecho. • El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia. • Se excluirán del denominador los partos en los que la madre haya sufrido complicaciones o la madre no desee hacer el cuidado piel con piel y las cesáreas
Población	Binomio madre-hijo que ha nacido sano por parto vaginal
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Registros de enfermería o historia electrónica
Responsable de la medición	Servicio de calidad, comité de lactancia o en su caso quien la dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Al menos con periodicidad semestral
Estándar	>80%
Comentarios /Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre atención el parto normal. Madrid: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia;2010. • Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5: CD003519. • Sociedad española de calidad asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. 2012.

Nombre del indicador	I.LM 2- Inicio temprano de la lactancia materna
Área del indicador	Paritorios
Criterio de Calidad	La lactancia materna debe iniciarse en la primera hora tras el parto
Formula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos que inician la lactancia en la primera hora tras el parto} \times 100}{\text{total de recién nacidos sanos nacidos por parto}}$
Explicación de Términos	<ul style="list-style-type: none"> • Un comienzo precoz de la lactancia favorece una mayor relación madre e hijo y una mayor duración de la lactancia materna. • Excluir del denominador las madres que no quieran dar lactancia materna o partos en los que la madre haya sufrido complicaciones
Población	Binomio madre-hijo que ha nacido sano por parto vaginal
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Registros de enfermería o historia electrónica
Responsable de la medición	Servicio de calidad, comité de lactancia o en su caso quien la dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Al menos con periodicidad semestral
Estándar	>70%
Comentarios /Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: 2008 [Accessed 12 febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/index.html. • Sociedad española de calidad asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. 2012.

Nombre del indicador	I.LM 3.Cesáreas en las que se ha realizado piel con piel de forma precoz.
Área del indicador	Área materno-infantil
Criterio de Calidad	Los recién nacidos por cesárea realizan piel con piel precoz.
Formula	$\frac{\text{N}^{\text{a}} \text{ recién nacidos por cesárea que han tenido contacto precoz piel con piel con la madre o acompañante} \times 100}{\text{Total recién nacidos sanos por cesárea}}$
Explicación de Términos	<ul style="list-style-type: none"> • El contacto precoz piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre o el acompañante, antes de la primera hora de vida. • El contacto precoz piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia.
Población	Binomio madre/acompañante-hijo que ha nacido sano por cesárea
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Registros de enfermería o historia electrónica
Responsable de la medición	Servicio de calidad, comité de lactancia o en su caso quien la dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Al menos con periodicidad semestral
Estándar	>50%
Comentarios /Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre atención el parto normal. Madrid: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia;2010. • Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5: CD003519. • Sociedad española de calidad asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. 2012.

Nombre del indicador	I.LM.4- Recién nacidos por parto vaginal han sido alimentados con lactancia materna exclusiva hasta el alta hospitalaria.
Área del indicador	Maternidad
Criterio de Calidad	Los recién nacidos sanos por parto vaginal son alimentados con lactancia materna exclusiva hasta el momento del alta
Formula	Recién nacidos por parto vaginal alimentados con lactancia materna exclusiva al alta X 100/ total de recién nacidos sanos nacidos por parto.
Explicación de Términos	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna Exclusiva El niño ha tomado sólo lactancia materna sin otros líquidos o alimentos (a excepción de medicinas, vitaminas, soluciones de rehidratación Oral (SRO) desde el nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria. • En el denominador se excluirán los recién nacidos cuyas madres hayan manifestado su deseo de no lactar
Población	Binomio madre-hijo que ha nacido sano por parto vaginal
Tipo de indicador	Resultado
Fuente de datos	Registros de enfermería o historia electrónica
Responsable de la medición	Servicio de calidad, comité de lactancia o en su caso quien la dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Al menos con periodicidad anual
Estándar	>80%
Comentarios /Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: 2008 [Accessed 12 febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/index.html. • Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. 2011: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

Nombre del indicador	I.LM.5- Recién nacidos sanos por cesárea alimentados con lactancia materna exclusiva al alta.
Área del indicador	Maternidad
Criterio de Calidad	Los recién nacidos sanos por cesárea son alimentados con lactancia materna exclusiva durante la hospitalización
Formula	Recién nacidos por cesárea alimentados con lactancia materna exclusiva al alta X 100/ total de recién nacidos sanos nacidos por parto.
Explicación de Términos	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna Exclusiva El niño ha tomado sólo lactancia materna sin otros líquidos o alimentos (a excepción de medicinas, vitaminas, soluciones de rehidratación Oral (SRO) desde el nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria • En el denominador se excluirán los recién nacidos cuyas madres hayan manifestado su deseo de no lactar.
Población	Binomio madre-hijo que ha nacido sano por cesárea
Tipo de indicador	Resultado
Fuente de datos	Registros de enfermería o historia electrónica
Responsable de la medición	Servicio de calidad, comité de lactancia o en su caso quien la dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Al menos con periodicidad anual
Estándar	>50%
Comentarios /Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: 2008 [Accessed 12 febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/index.html. • Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. 2011: Servicio Madrileño de Salud; 2011.

ANEXO XIV: Estrategia de búsqueda

En primer lugar se creó un glosario de términos relacionados con el tema lactancia materna para convertirlos posteriormente a lenguaje controlado o descriptores, optimizando así la búsqueda bibliográfica.

Glosario	Descriptor (MESH)
Lactancia materna	Breastfeeding; breast feed (education OR promotion OR counseling OR intervention OR support OR Social Support)
Lactancia materna exclusiva	Exclusive breastfeeding
Leche materna	Human milk; human breast milk
Lactancia Artificial	Infant Formula, Bottle Feeding
Sucedáneos	Milk Substitutes
lactante	Infant; child
Recién nacido	Newborn
Alimentación	feeding
Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)	-Baby Friendly Initiative
Piel con piel	Skin-to-skin
Productos sanitarios	Supply
Guías de práctica clínica	Guideline
Chupete	pacifiers
pezonera	Nipple Shields

La estrategia de búsqueda se realiza en dos áreas. Una de ellas es identificar las guías de práctica clínica (GPC) actuales publicadas sobre lactancia materna, y la otra es identificar las revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y otros estudios primarios sobre el tema publicados en los últimos 5 años.

Posteriormente a la búsqueda bibliográfica, se realizó una lectura crítica del material y se seleccionó según criterios de calidad.

- **Búsqueda en Bases de Datos**

Se llevó a cabo una búsqueda de guías y estudios publicados en los últimos 5 años (2007-enero 2013) en las bases de datos Pubmed, Cuiden Plus, Cochrane Library, Cielo, Science direct, Tripdatabase, Clinical Evidence y en el Centro Colaborador español del Instituto Joanna Briggs.

- **Búsqueda estructurada en páginas web**

En Diciembre 2012- enero 2013, un miembro se encargó de localizar las GPC actualizadas y que cumplieran criterios de calidad, a través de páginas que dan acceso a guías de práctica clínica:

- Guía salud: <http://www.guiasalud.es/web/guest/catalogo>
- RNAO: <http://rnao.ca/bpg>.
- National Guideline Clearinghouse (NGS): www.guideline.gov
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): <http://www.nice.org.uk>
- Centers of Disease and Control and Prevention (CDC): <http://www.cdc.gov/>

A su vez, se realizó una búsqueda a través de páginas que dan acceso a sociedades científicas, a protocolos de enfermería y a otros recursos:

- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: <http://www.ihan.es/index.asp>
- La liga de la leche: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/index.htm
- Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades: <http://www.e-lactancia.org/>
- The Academy of breastfeeding Medicine: <http://www.bfmed.org/>
- Comité de lactancia materna. Asociación española de pediatría: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
- Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- UNICEF: <http://www.unicef.cl/lactancia/>
- Asociación Española de bancos de leche humana: <http://www.aeblh.org/>
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: <http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=1431>
- Ministerio de Sanidad, asuntos sociales e igualdad: <http://www.msc.es/home.htm>

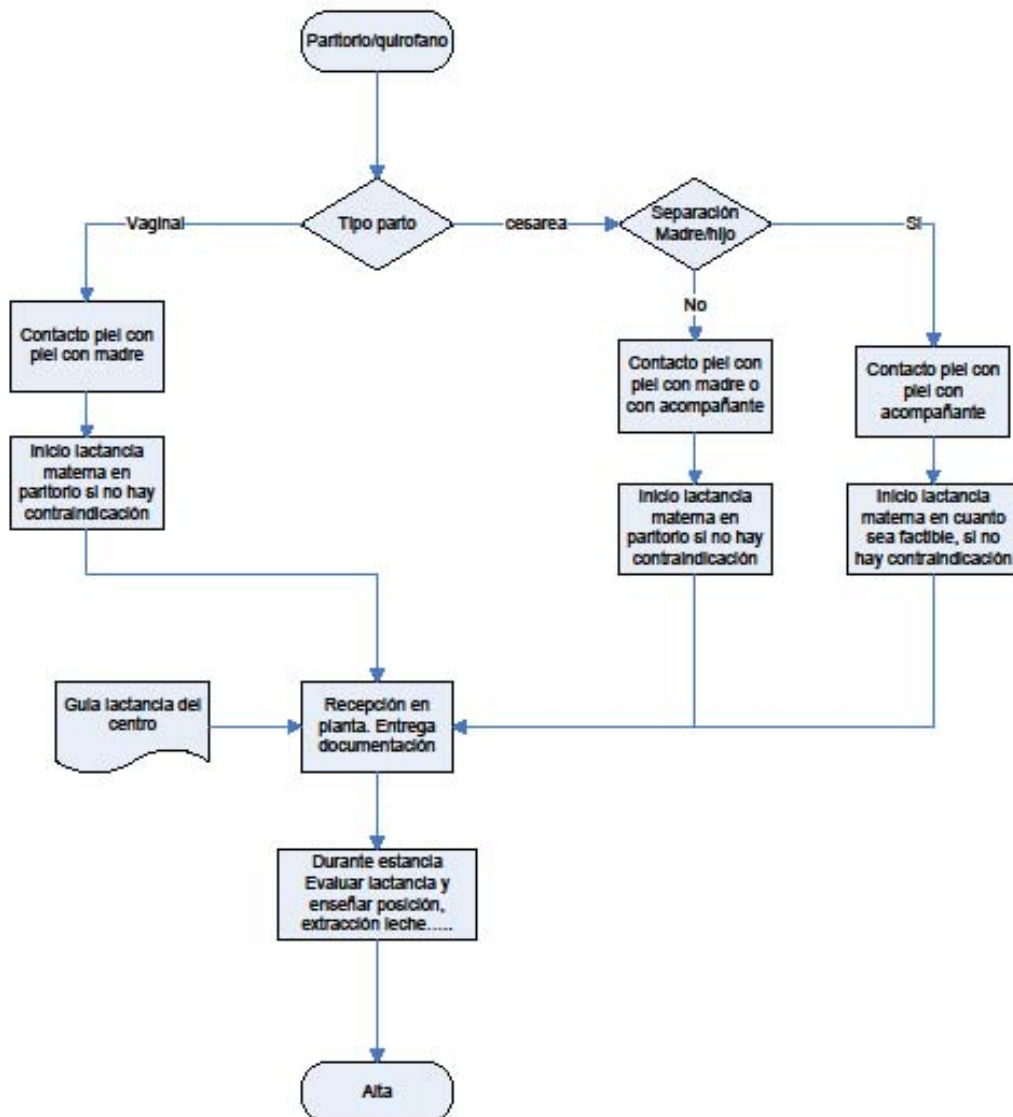
- **Exploración mediante motores de búsqueda**

A través de “Google” se llevo a cabo una búsqueda de guías existentes sobre lactancia materna en páginas web.

- **Búsqueda manual**

Se solicitó a todos los miembros del grupo que revisaran los protocolos de lactancia materna del hospital al que pertenecen y se indexaran en la búsqueda si no se hubieran encontrado mediante la estrategia de búsqueda anteriormente descrita.

Anexo XV: Flujoograma para madres que desean lactancia materna



Fuente: elaboración propia

Anexo XVI: Relación autores

Autores	Puesto de trabajo y especialidad	Centro de trabajo	de	Conflicto de intereses
Ballesteros Úbeda, María Vicenta	Enfermera Obstetricia	Hospital Móstoles	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Cabañes Alonso, Esther	Supervisora Neonatos	Hospital 12 Octubre	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Collados Gómez, Laura	Enfermera de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad	Hospital Gregorio Marañón		Declara no tener ningún conflicto de intereses
Cordones Blanco, Francisca	Enfermera de Urgencias Pediátricas	Hospital Universitario de Fuenlabrada	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Ferrera Camacho, Paloma	Enfermera Neonatología	Hospital Severo Ochoa		Declara no tener ningún conflicto de intereses
López Hernández, Paloma	Supervisora Área Funcional. Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia	Hospital 12 Octubre	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Martín Moreno, Mercedes	Enfermera de Pediatría	Hospital Universitario de Getafe	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Martínez Hidalgo, M ^a Victoria	Enfermera	Hospital 12 Octubre	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Medina Durán, Alicia	Enfermera Responsable de Docencia Postgrado en Enfermería Pediátrica	Hospital Jesús	Niño	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Nicolas Bueno, Concepción	Enfermera Especialista en Pediatría	D. G. Hospitales		Declara no tener ningún conflicto de intereses
Rodríguez Perea, Ana María	Enfermera de Neonatología	Hospital Rey Juan Carlos		Declara no tener ningún conflicto de intereses
Saavedra San Román, Ana Isabel	Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia	Hospital Getafe	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses
Sebastián Viana, Tomás	Supervisor Innovación y Desarrollo	Hospital Universitario de Fuenlabrada	de	Declara no tener ningún conflicto de intereses

Revisiones externas del protocolo:

- Revisado por los miembros de la IHAN-UNICEF, en el comité de Lactancia Materna de la Comunidad de Madrid.
 - Revisado por la Subdirección General de Calidad de la Dirección General de Atención del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
 - Revisado por el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
-