

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PT-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

PORTADA DOCUMENTO

TIPO DE DOCUMENTO: Protocolo

EMISOR: Comité Lactancia Materna

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

	NOMBRE	UNIDAD ORGANIZATIVA	FIRMA	FECHA APROBACIÓN
AUTOR/ES	Beatriz Flores Antón Bettina Sundberg Carmen Acebrón Cubilana David Montes Bentura Elisa Sánchez Torres. Fernando Muñoz Lomas Josefa Barrio Torres Marta Pérez Lechuga M ^a Concepción Martín Brezmes María José Rincón Rico M ^a Mercedes Cuadrado Martín Mónica Menéndez Gallego Natalia Mena López Nuria Trápaga Andrés Susana de las Heras Ibarra Susana Martín Herruzo	Pediatra Matrona. Matrona. Pediatra Enfermera. Enfermero. Pediatra. Auxiliar Enfermería. Enfermera. Enfermera. Pediatra. Ginecóloga-Obs. Enfermera. Enfermera Pediatra Enfermera		
PROPIETARIO	Comité de Lactancia Materna	Asistencial		
DIRECTOR	Pablo Serrano Bazalote	Dirección Médica de Planificación.		

REVISADO: Comisión de Dirección, Dirección de Cuidados. Fernando Muñoz Lomas; Beatriz Flores Antón; M^a Mercedes Ortiz Otero.

DIFUSIÓN: Pública INTRANET

ACTUALIZACIONES

FECHA	VERSION	NATURALEZA DEL CAMBIO	PAGINAS
Aprobación v 01	V 01	A la totalidad del documento	

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

INDICE DEL DOCUMENTO

1. NORMATIVA GENERAL DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA	34
2. LM EN LA CONSULTA OBSTÉTRICA (M Menéndez)	10
3. LM EN EL PARITORIO (B Sundberg; C Acebrón)	12
4. LM EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD (MJ Rincón; S Martín)	14
5. LM EN LA UNIDAD DE NEONATOS (F Muñoz; M Pérez; N Trápaga)	20
6. LM EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (MC Martín; S de la Heras)	23
7. LM EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA (N Mena)	28
8. ANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES EN NEONATOS A TERMINO (B Flores, E Sánchez)	31
9. ATENCIÓN PEDIÁTRICA A LA LACTANCIA (B Flores ; MM Cuadrado)	34
10. INDICACION DE SUPLEMENTOS (B Flores)	41
11. HIPOGLUCEMIA NEONATAL (D Montes)	45
12. DIFICULTADES DE LACTANCIA ASOCIADAS A LA ANQUILOGLOSIA (B Flores)	52
13. ACTUACIÓN RESPECTO A LAS FORMULAS A ADMINISTRAR (J Barrio)	58
14. Resumen de la Normativa: UN HOSPITAL COMPROMETIDO CON LA LM.	62
ANEXO I. PREPARACIÓN DE LOS BIBERONES (E Sánchez)	64

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

NORMATIVA GENERAL DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA

1. PRINCIPIOS

El Hospital Universitario de Fuenlabrada reconoce que la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los niños y los grandes beneficios que supone para la salud de la madre y el niño.

Todas las madres tienen el derecho de recibir una información clara e imparcial que les permita tomar una decisión informada de cómo quieren alimentar y cuidar a sus hijos.

El personal de salud no discriminará a ninguna mujer por el método de alimentación que haya elegido para su hijo y le proporcionará apoyo cualquiera que haya sido su elección.

Esta normativa establece los objetivos a alcanzar, los principios a cumplir y los estándares mínimos a aplicar en la asistencia a las embarazadas y a las madres y los niños durante el parto y el posparto, para que tomen decisiones informadas y reciban apoyo profesional durante su lactancia.

Este documento se compone de una serie de documentos parciales que abordan la lactancia materna desde diferentes ámbitos de nuestro hospital, a saber: consulta obstétrica, paritorio, unidad de maternidad, unidad de neonatos y servicio de urgencias, así como las diferentes peculiaridades que se derivan de la misma.

2. OBJETIVOS

Asegurar que todas las madres son *informadas* sobre los beneficios de la lactancia y los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula para que puedan tomar una decisión informada sobre la manera en la que desean alimentar a sus hijos.

Facilitar que el personal sanitario cree un ambiente favorable hacia la lactancia, que tengan los conocimientos técnicos necesarios para dar no sólo la información sino también el apoyo que permita a las madres *que lo deseen* continuar amamantando de manera exclusiva durante 6 meses y después como parte de la dieta infantil hasta al menos los 2 años de edad.

Fomentar la colaboración y cooperación necesarias, entre los profesionales del Hospital y entre los profesionales y los grupos de apoyos locales en Fuenlabrada, que garanticen la continuidad de estos objetivos y fomenten el desarrollo de una cultura de lactancia materna en el entorno local.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Universitario de Fuenlabrada

4. ABREVIATURAS ESPECÍFICAS

- LM: Lactancia materna
- RN: recién nacido
- RNT: recién nacido a término
- RNPT: recién nacido pretérmino
- SNG/SOG: sonda nasogástrica/orogástrica
- E.G.: Edad gestacional

5. USO DE LA NORMATIVA

- Todos los sanitarios que prestan atención a las madres lactantes actuarán de acuerdo con esta normativa con el fin de evitar consejos contradictorios. Cualquier actuación al margen de la normativa deberá ser justificada y anotada en la historia clínica de la madre y del niño.
- La normativa sirve de base para el desarrollo de guías de práctica clínica o protocolo de lactancia de cada Unidad, los cuales desarrollan y proporcionan información complementaria sobre aspectos prácticos que surgen al aplicar la normativa. Todas las guías y protocolos que acompañen a esta normativa estarán basados en la evidencia, habrán demostrado su eficacia y no entrarán en conflicto con los principios básicos de la normativa.
- La normativa es de obligado cumplimiento y éste se auditará de manera anual.
- Esta normativa se comunicará a todo el personal sanitario que tenga responsabilidad en el cuidado de embarazadas y madres. Todo el personal recibirá una copia de esta normativa.
- Se dará a conocer la normativa a todo el personal de reciente contratación tan pronto como empiece a trabajar.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Un resumen de la normativa estará expuesto en todas las áreas del hospital donde se atiendan madres e hijos. La normativa completa estará en los ordenadores de cada área a disposición de todo el personal y de los padres que lo soliciten.

6. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA NORMATIVA

Formación del personal.

Todos los profesionales que tengan contacto con embarazadas y madres recibirán formación en el manejo de la lactancia a un nivel apropiado a su categoría profesional. El personal de reciente contratación recibirá formación en los primeros 6 meses de iniciar su trabajo.

La responsabilidad de dar formación recae en el Comité de Lactancia que se asegurará que todo el personal recibe formación adecuada. También auditará la eficacia de la formación.

Información a las embarazadas de los beneficios y del manejo de la lactancia.

El personal involucrado en el cuidado antenatal debe asegurarse que a todas las embarazadas se les informa de los beneficios del amamantamiento y de los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula.

Todas las embarazadas deben tener la oportunidad de comentar sobre alimentación infantil de forma individual con una matrona o ginecólogo. Esta información no debe abordarse solamente durante las clases en grupo.

Se les debe explicar de manera clara y simple a todas las embarazadas las bases fisiológicas de la lactancia materna, las prácticas que promueven la lactancia y evitan problemas frecuentes.

El objetivo es dar confianza a las madres sobre su habilidad de amamantar.

Inicio del amamantamiento.

Inmediatamente después del parto, si la situación clínica de madre e hijo lo permiten, y si la madre lo desea, se colocará al niño piel con piel. Se mantendrán así todo el tiempo que la madre lo desee y se le facilitará un entorno tranquilo, sin tener en cuenta el método de alimentación elegido. Los procedimientos de rutina como pesar, administración de profilaxis ocular y antihemorrágica se demorarán hasta que el niño efectúe la primera toma o al menos

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

hasta pasado 90 minutos de vida. (Ver protocolo de atención al recién nacido sano en paritorio).

Si se interrumpe el contacto piel con piel por indicación médica o por elección materna, debe ser reiniciado tan pronto como la situación clínica de madre el hijo lo permitan.

Se debe animar a todas las madres a permitir que el niño repte hacia el pecho y mame cuando esté listo. La matrona ofrecerá su ayuda.

Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia.

A todas las madres se les debe ofrecer ayuda con la lactancia en las primeras 6 horas del nacimiento. Durante su estancia en el hospital el personal de la Maternidad supervisará las tomas y ofrecerá ayuda si precisa.

Los profesionales sanitarios deberán asegurarse de ofrecer el apoyo para que las madres:

- adquieran la habilidad de colocar y enganchar correctamente a su hijo al pecho.
- conozcan los signos de transferencia de la leche y de que la lactancia va bien.
- aprendan la técnica para la extracción manual de leche.

Cuando se separan madre e hijo por razones médicas, es responsabilidad de todos los profesionales que cuidan de ambos proporcionar información y ayuda a la madre para que se extraiga la leche y mantenga su lactancia durante los periodos de separación.

A las madres que son separadas de sus hijos se les animará a extraerse la leche lo antes posible tras el nacimiento, dado que el inicio precoz beneficia a largo plazo la producción de leche. Se les animará a que se extraigan leche al menos 8 veces al día. Debería enseñar cómo extraerse leche de manera manual y con extractores.

Apoyo a la lactancia exclusiva.

No se administrará agua o fórmula artificial a los niños amamantados excepto en caso de indicación médica o elección materna informada (Ver protocolo de administración de suplementos). La decisión de ofrecer suplementos por razones médicas debe hacerse por un pediatra. Las razones para suplementar así como los suplementos administrados se anotarán en la historia clínica del niño.

Antes de introducir leche artificial a niños amamantados, se animará a la madre a extraerse leche para dársela al niño con jeringa.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Cuando los padres solicitan suplementación, se evaluará la toma y el profesional se interesará por los motivos de preocupación de los padres. Si los suplementos no están médicamente indicados, se debe informar a los padres de la fisiología de la lactancia, de las posibles implicaciones en la salud y el impacto perjudicial que la suplementación innecesaria puede tener en la lactancia para que tomen una decisión informada. Esta conversación debe quedar registrada en la historia clínica del niño.

Alojamiento conjunto.

Las madres asumirán la responsabilidad primaria en el cuidado de sus hijos.

Sólo se separarán la madre y el hijo cuando la situación clínica de alguno de ellos precise cuidados en otro área del hospital.

Los niños no deberán ser separados de sus madres de manera rutinaria para ningún procedimiento habitual. Esto es aplicable tanto a los niños amamantados como a los alimentados con fórmula. Las madres que se recuperan de una cesárea deben recibir cuidados apropiados, pero debe aplicarse también en este caso la política de mantener juntos a la madre y al niño.

Se fomentará, en todo momento, el contacto físico cercano entre la madre y su hijo, para favorecer el reconocimiento de signos de hambre del bebé, facilitar el agarre y mejorar el vínculo. Se animará a las madres que lacten a sus hijos en posición de crianza biológica y se fomentará el autoenganche (que sea el niño el que se dirija al pecho y lo agarre de manera espontánea).

Alimentación a demanda.

Se apoyará la lactancia a demanda (cuando el niño dé muestras de que quiere comer) para todos los niños, a menos que haya otras indicaciones clínicas. Los procedimientos hospitalarios no deberían interferir con esta norma. El personal debe enseñar a las madres lo que significa alimentación a demanda.

Las madres deben ser informadas de que es aceptable despertar a su hijo para alimentarlo si notan el pecho lleno. Debe explicárseles la importancia de las tomas nocturnas para la producción de leche.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Uso de tetinas, chupetes y pezoneras.

El personal debe desaconsejar el uso de tetinas o chupetes mientras se establece la lactancia. Los padres que quieran usarlas deben ser advertidos de los posibles efectos perjudiciales que puede tener en la lactancia para que tomen una decisión informada. Esta conversación así como la decisión de los padres debe quedar registrada en la historia clínica del niño.

No se recomienda el uso de pezoneras excepto en circunstancias extremas y sólo por periodo limitado, lo más corto posible. A cualquier madre que esté considerando el uso de pezoneras, se le debe explicar las desventajas que tienen antes de que empiece a usarlas. Debería permanecer bajo el cuidado de una persona experta en lactancia mientras utilice las pezoneras y debe recibir ayuda para discontinuar su uso tan pronto como sea posible.

Grupos de apoyo a la lactancia

El Hospital Universitario de Fuenlabrada apoya la cooperación entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo voluntarios, a la vez que reconoce que las instituciones sanitarias tienen su propia responsabilidad en la promoción de la lactancia.

En el periodo postnatal se les dará a las madres los números de teléfono de la matrona de guardia, consultoras de lactancia, de grupos de apoyo y otros apoyos profesionales.

Se les facilitará la manera de ponerse en contacto con profesionales sanitarios, consejeras de lactancia y grupos de apoyo. Las direcciones y teléfonos se expondrán en la maternidad. Los datos deben ser regularmente actualizados para asegurarse que se distribuye la información correcta.

Cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

No se permite la publicidad sobre sustitutos de la leche materna, biberones, tetinas o chupetes en ninguna parte del hospital. Se prohíbe también la exposición de logos publicitarios de los fabricantes de sucedáneos ni artículos como calendarios y material de papelería.

No se permite entregar a las madres folletos difundidos por fabricantes de fórmula infantil. El material educativo o canastilla de regalo para distribuir a las madres y sus familias debe ser previamente aprobado por los supervisores.

No se permite entregar muestras de leche a las madres.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

El hospital comprará la fórmula infantil que precise para la alimentación de los niños y no la aceptará sin coste alguno.

A los padres que deciden de manera informada dar alimentación con fórmula infantil a sus hijos, se les debe enseñar como preparar las tomas correctamente, bien de manera individual o en pequeños grupos, durante el periodo postnatal.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN LA CONSULTA OBSTÉTRICA

1. OBJETIVO GENERAL

Fomento de la lactancia materna como principal fuente de alimentación del niño recién nacido.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Informar a las futuras madres de las ventajas de esta forma de alimentación frente a la lactancia artificial
2. Proporcionarles a las madres que hayan decidido amamantar el apoyo necesario para iniciar y mantener una lactancia satisfactoria para madre e hijo.

3. NORMAS DE ACTUACIÓN

El profesional encargado de realizar la visita rutinaria de 1er trimestre en la gestación, al hacer la anamnesis a la paciente y preguntarle sobre su historia obstétrica, deja reseñado en el correspondiente formulario si la paciente ha tenido hijos previamente. En caso afirmativo se le pregunta sobre el tipo de parto, peso de los niños al nacer y si viven sanos. Además, se pregunta si recibieron lactancia materna, durante cuanto tiempo y si tuvieron algún problema. Se les entrega así mismo el folleto de apoyo editado oficialmente por la Comunidad de Madrid.

En la segunda visita el obstetra o matrona deben preguntar a la madre si tiene intención de amamantar al recién nacido, y dejarlo reflejado en el campo correspondiente del formulario de evolución de la gestación.

En caso de duda por parte de la paciente se le invita a leer el folleto si no lo ha hecho y se le recuerdan las ventajas principales de la lactancia materna. Así mismo si la madre tuvo una experiencia poco favorable en algún hijo previo se insiste en explicar que no necesariamente la lactancia se desarrolla de la misma manera, y se le invita a referir la experiencia, intentando aconsejar cómo minimizar algunos problemas frecuentes (Ej. grietas, pezón plano...), y asegurándole que tanto en paritorio como en planta de maternidad va a encontrar profesionales adecuadamente formados que le van a ayudar y apoyar en todo lo que necesite.

En caso de pacientes con enfermedades de base o que precisen medicación de modo crónico se informará sobre la compatibilidad con la lactancia. En caso de duda sobre enfermedades maternas y compatibilidad con la lactancia se consultará la página web www.e-lactancia.org.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

En todos los casos se respetará la decisión de la madre respecto a la forma elegida para alimentar a su hijo.

En la tercera y última visita, si el campo correspondiente del formulario está en blanco, se le pregunta a la paciente sobre su intención de lactar, procediendo de igual manera que anteriormente en caso de respuesta negativa. Si la respuesta que figura es dudosa, se reinterroga sobre la intención, que en muchas ocasiones se ha modificado.

Tras el parto y durante su ingreso el personal médico resolverá las dudas que la madre o el personal de enfermería planteen en el transcurso de la visita, revisando la compatibilidad de los tratamientos pautados con la lactancia materna.

Así mismo las complicaciones médicas tardías que la paciente consulte en Urgencias se resolverán buscando un tratamiento que sea compatible con mantenimiento de lactancia (ver protocolo correspondiente).

En caso de duda sobre uso de algún medicamento durante la lactancia se consultará la página web www.e-lactancia.org, y se prescribirá siempre el más adecuado a la situación.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN EL PARITORIO

1. OBJETIVO GENERAL

Todas las madres que lo deseen iniciarán la lactancia materna en el puerperio inmediato siempre que las condiciones del neonato y la madre lo permitan.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- La madre y el recién nacido iniciarán el contacto piel con piel en todos los casos en que la situación lo permita, hasta que haga la primera toma o durante al menos 70 minutos después del parto.
- Tras el parto, si el estado del recién nacido es bueno, los padres se encargarán de secar y reanimar al recién nacido bajo la supervisión del personal de paritorio para facilitar el vínculo.
- El recién nacido podrá, si su estado lo permite, iniciar por sí mismo la lactancia en el período inmediato al parto en un ambiente adecuado.
- La madre y el recién nacido no serán separados bajo ningún concepto, salvo que sea necesario por el estado de salud de los mismos durante su estancia en el paritorio.
- La pareja resolverá sus dudas sobre la fisiología y técnica de la lactancia materna.
- La pareja conocerá la técnica de la lactancia artificial si es la opción deseada.

3. ACTIVIDADES

- **ANTES DEL PARTO**

1. Realizar durante la dilatación anamnesis sobre el tipo de alimentación deseada y los conocimientos sobre la misma.
2. Inspeccionar la mama.
3. Preguntar por enfermedades o tratamiento médico que pudiese interferir con la lactancia materna.
4. Explicar la importancia del contacto piel con piel de forma inmediata al parto y su relación con el éxito de la lactancia materna.
5. Comentar los problemas más frecuentes (ingurgitación, grietas) y cómo prevenirlos.
6. Volcar la información en el formulario de lactancia de Selene.

- **DESPUÉS DEL PARTO**

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

1. FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL INMEDIATO AL PARTO siempre que la situación de ambos lo permita, durante el mayor tiempo posible.
2. Permitir al recién nacido realizar de forma espontánea el enganche al pecho, supervisando la postura de ambos.
3. Informar de forma breve y sencilla sobre los signos de un buen enganche.
4. Interferir lo menos posible durante el puerperio inmediato, postergando el peso del recién nacido salvo que se sospeche macrosomía o bajo peso.
5. Realizar el pinzado de cordón sobre la madre, y la toma de huellas.
6. Se administrará la vitamina K a los 90 minutos tras el parto, a ser posible mientras el recién nacido esté enganchado al pecho.
7. Postergar la administración de pomada oftálmica al momento de revisar a la madre para mandarla a planta.
8. Recomendar a la madre que solicite ayuda o supervisión del personal de la planta si tiene cualquier duda.
9. Informar sobre la existencia servicio telefónico 24 horas al día para dudas sobre lactancia que ofrece el hospital al alta y de los grupos de apoyo a la lactancia.
10. Volcar todos los datos obtenidos en el formulario de puerperio, de manera que pueda ser consultado por el personal de la planta.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD

1. OBJETIVO GENERAL

Que todas las madres aprendan y consigan alimentar de manera eficaz y segura a sus hijos, sea cual fuere la opción de alimentación que hayan elegido.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Se ofrecerá información y ayuda a las madres para que:
 - adquieran la habilidad de colocar y enganchar correctamente a su hijo al pecho.
 - reconozcan los signos de hambre de su hijo y la importancia de respetar la demanda.
 - conozcan los signos de transferencia de la leche y de que la lactancia va bien.
 - aprendan la técnica para la extracción manual de leche.
- Si madre e hijo van a separarse se proporcionará información y ayuda a la madre para que se extraiga la leche y mantenga su lactancia durante los periodos de separación.
- No se administrarán suplementos a no ser que estén clínicamente indicados (ver protocolo de suplementación).
- No se utilizarán chupetes o tetinas en los neonatos amamantados, a no ser por decisión informada de los padres.
- A las madres que deciden no amamantar se les explicará la manera de preparar y administrar los biberones.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Asociación española de pediatría. Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed. Médica Panamericana; 2009.
- Ruth A.Lawrence y Robert M.Lawrence. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Ed. Elsevier Mosby, 2007.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. nº 5, 2004.

4. NORMAS DE ACTUACIÓN

AL INGRESO EN LA PLANTA

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Verificar cómo quiere la madre alimentar su hijo, mostrando respeto hacia su decisión. Si está indecisa o tiene dudas, se le dará la información que precise. Si quiere dar lactancia artificial se le asesorará adecuadamente la manera de preparar y administrar biberones cuidando el vínculo madre-hijo (ver protocolo correspondiente).
- Verificar si la madre tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que pueda interferir con la lactancia.
- Verificar evolución de la lactancia en paritorio (si ha sido iniciada y valoración de la primera toma).
- Fomentar, a la llegada a planta, el contacto piel con piel y valorar toma si el recién nacido demanda en ese momento o bien, cuando la realice posteriormente.
- Se explicarán las normas básicas de la lactancia materna: LM a demanda, no limitar la duración, esperar a que suelte espontáneamente el pecho y ofrecer el otro si es necesario, explicar la importancia de las tomas nocturnas, período de somnolencia de RN en las 24-36 h siguientes y cómo actuar durante ese período (favorecer método canguro, detección signos precoces de búsqueda del pecho del niño). Confirmar que la madre sabe lo que es un enganche correcto y enseñar diversas posiciones de amamantamiento.
- Se explicará el horario de visitas, recomendando mantener un ambiente tranquilo tanto para la madre como para el niño.
- Se le ofrecerá toda la ayuda e información necesaria.

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

- Todo miembro del equipo (ginecólogo, pediatra, enfermera y auxiliar de enfermería) valorarán durante su pase de visita la evolución de la lactancia para detección de problemas, dudas, etc.... para así dar la ayuda y educación sanitaria pertinente, reforzando siempre la confianza de la madre.
- Existirá una comunicación entre el personal del equipo y entre los distintos turnos para mantener un apoyo continuo y eficaz en la lactancia.
- Se evitará cualquier tipo de comentario que no fomente la seguridad de la madre.
- No se ofrecerá a los recién nacidos chupetes o tetinas. Se permite su uso en neonatos amamantados si se trata de una decisión informada de los padres.
- No administrar suplementos de sucedáneos de leche materna salvo indicación clínica o por petición materna, previa información de inconvenientes de su administración cuando no están indicados (en caso necesario, se administrará con jeringa, cuchara o vasito) (ver protocolo de suplementación).
- Se retirará a la madre todo lo que pueda dificultar la lactancia (sueros, sondas...) lo antes posible.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Se explicará la importancia de las tomas nocturnas (se recomendará contacto directo de la madre e hijo para facilitar tomas frecuentes).
- Control diario de peso (durante los 2-3 primeros días de vida, los recién nacidos experimentan una pérdida de peso fisiológica entre el 5-7% del peso de nacimiento) y control número de micciones y deposiciones (a partir del 3º día, cuando el recién nacido realiza 4 o más micciones y 3 o más deposiciones al día son un indicativo de que la lactancia materna va bien).
- Enseñar técnica de extracción manual de leche y fomentar la visualización del canal de TV que emite videos de lactancia y la lectura de los carteles informativos al respecto que existen en cada habitación.
- Fomentar que las madres acudan al aula de lactancia materna (cuando se encuentre abierta) para reforzar conocimientos de lactancia y resolver dudas.

5. PROBLEMAS ESPECIALES

RN adormilado o poco exigente:

- Aunque la lactancia materna es a demanda, dado que el número de tomas que hace en los primeros días influye en el establecimiento de la lactancia y en la producción, se indicará a la madre que las tomas sean frecuentes hasta la subida de la leche.
- Se debe enseñar a los padres a detectar los signos precoces de hambre (sin esperar al llanto que es un signo tardío): movimientos de la cabeza, de la lengua y/o de las extremidades, sonidos etc.
- Se debe animar a los padres a tener a su hijo cerca para detectar precozmente los signos de hambre.
- Si el niño duerme sistemáticamente mucho, habrá que fomentar el contacto piel con piel para facilitar que tome más frecuentemente. Se tendrá en cuenta el estado general de RN, período de letargo tras nacimiento, presencia o no de signos y factores de riesgo de hipoglucemia, etc. para valorar si es preciso vigilancia, o bien, comentar con pediatra.
- Si ha perdido menos del 3% diario del peso al nacer y hace micciones y deposiciones, se debe respetar el sueño del bebé y seguir controlándolo.
- Si reclama poco el pecho y hay signos de poca ingesta de leche, hay que enseñar a la familia cómo despertar a su bebé: desnudarlo y ponerle piel con piel, hablarle y acariciarlo suavemente. Es útil recomendar, en estos casos, a la madre extracción con frecuencia para aumentar producción de leche y administrarla con jeringa si es necesario.

RN ansioso o irritable:

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Tranquilizar y reforzar a la madre. Explicarles que el llanto o la irritabilidad precoz puede que no sea por hambre.
- Intentar calmar a RN aumentando el contacto físico (piel con piel) y ponerlo al pecho cuando esté calmado o después de calmarlo.
- Fomentar la colaboración de otros familiares implicados (padre, abuela) para tranquilizar al bebé.
- Si persiste irritabilidad, comentar con pediatra para valoración.

Dolor y grietas en pezón:

- Reforzar la confianza de la madre y valorar estado anímico y dudas en la madre.
- Valorar técnica de la lactancia para identificar causa (mal enganche, posición incorrecta, técnica de retirada del pecho, micrognatia, frenillo sublingual, etc.).
- Para disminuir el dolor, se recomienda:
 - Recomendar lavar el pecho no más que con la higiene diaria habitual.
 - Extracción de unas gotas de leche previa al enganche.
 - Enganche correcto durante toda la toma (intentar autoenganche).
 - Alternar diferentes posturas para cambiar las zonas de mayor presión (Ej. posición de rugby).
 - Comenzar la toma por el pecho menos doloroso.
 - Aplicar calostro tras la toma y dejar secar al aire.
 - Desaconsejar uso de discos de lactancia si no es preciso (hasta subida de leche).
- Si el dolor o las grietas no mejoran tras estas medidas:
 - Recomendar descansar del pecho afecto 1-2 tomas.
 - Extracción manual (método de elección) o con sacaleches y administración de leche materna con jeringa, vasito, cuchara etc.... (no dar con tetina) el mínimo tiempo necesario.
 - Si no se consigue extracción de calostro, se avisará al pediatra para que valore la necesidad de pautar suplemento de fórmula adaptada.
 - En el caso en que la madre desee utilizar pezoneras, se deben explicar los inconvenientes de su uso e insistir en que éste sea por el mínimo tiempo posible. En caso de utilizarlas, se insistirá en la importancia de estimularse con sacaleches tras cada toma. La lactancia con pezoneras precisará una vigilancia estricta de su evolución para detectar signos de déficit de transferencia de leche.
 - Puede ser útil la aplicación de pomada de lanolina, que no precisa ser retirada antes de la toma.
 - En caso de no poder mantener el pecho al aire, el uso de conchas protectoras de los pezones puede ser útil para evitar el roce del sujetador.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

NOTA: Las grietas que no mejoran al corregir enganche pueden ser debidas a una infección estafilocócica o a anomalías anatómicas en la boca del niño.

Pezones planos o invertidos:

- Reforzar la confianza de la madre en su capacidad para amamantar, alabando lo que hace bien.
- Estimular el contacto piel con piel del RN con su madre el máximo número de horas al día.
- Recomendar que mame primero del pecho con el pezón invertido, para que lo haga de una forma más vigorosa.
- Estimulación del pezón con masaje o con sacaleches o jeringa de 20 cc. invertida, antes de la toma.
- Favorecer el enganche y la succión, exprimiendo manualmente unas gotas de leche.
- Facilitar la posición del bebé para favorecer el agarre (técnica de autoenganche, postura de rugby).
- Si no se consigue, instruir a la madre en técnica de sándwich o de taza de té para facilitar enganche.
- Si no se consigue toma eficaz, se seguirá intentando enganche en cada toma y mientras tanto, se realizará extracción manual o con sacaleches de leche materna para su administración al recién nacido.
- El uso de pezoneras no es método de elección pero en el caso de usarlas, se tendrán en cuenta las recomendaciones previamente mencionadas.

Ingurgitación mamaria:

- Para evitar la ingurgitación, se le explicará a la madre que cuando se note el pecho lleno, debe poner al bebé al pecho.
- La madre debe saber que la ingurgitación es un problema que precisa solución urgente para evitar la supresión de la lactancia.
- En caso de ingurgitación, valorar la toma, corregir el enganche si se precisa y aplicar el resto de medidas indicadas en el “protocolo de LM en la urgencia”.

Madre con RN ingresado en Neonatología:

- Explicar a la madre que aunque el niño permanezca ingresado, puede visitarlo las 24 horas del día y darle de mamar.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Si la madre no puede acudir, se iniciará la estimulación con sacaleches si es posible, en las primeras 6 horas de vida y se realizará unas 8-10 veces al día.
- Si se trata de un prematuro de <32 semanas de EG, para disponer de calostro en las primeras horas de vida, se enseñará a la madre la extracción manual de calostro, el cual se recogerá con una jeringa de 1 cc.
- La leche extraída se guardará en la nevera de la planta de maternidad hasta que los padres la trasladen al servicio de Neonatología.
- En cuanto pueda, animar a la madre a ver a su hijo, y ponérselo al pecho sí es posible.

AL ALTA

- Realizar y entregar informe de enfermería al alta en el que se remite a grupos de apoyo y aporta teléfono de apoyo con matrona del servicio de urgencias del hospital.
- Entregar folletos informativos sobre extracción manual de leche.
- Confirmar la comprensión de la madre sobre la técnica de lactancia materna y los signos de transferencia de leche.

ATENCIÓN A LA MADRE QUE NO AMAMANTA

- Explicar la preparación y administración de biberones de fórmula artificial.
- Fomentar el contacto piel con piel para favorecer el vínculo materno-filial.
- Mantener el alojamiento conjunto.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE NEONATOS

1. OBJETIVO

El Hospital Universitario de Fuenlabrada reconoce que la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los niños, incluso los prematuros y los niños enfermos, y los grandes beneficios que supone para la salud de la madre y el niño.

Todas las madres tienen el derecho de recibir una información clara e imparcial que les permita tomar una decisión informada de cómo quieren alimentar y cuidar a sus hijos y recibir el apoyo que precisen sin discriminar a ninguna mujer por el método de alimentación que haya elegido para su hijo.

Este protocolo establece los objetivos a alcanzar, los principios a cumplir y los estándares mínimos a aplicar en la asistencia a las madres y los niños durante su ingreso en la Unidad de Neonatología, para que tomen decisiones informadas y reciban apoyo profesional durante su estancia.

2. NORMAS DE ACTUACIÓN

Ante cualquier ingreso de un neonato, el personal de enfermería hablará con el padre o madre para conocer cual es el tipo de alimentación que han decidido para su hijo, con el fin de proporcionar la ayuda necesaria para comenzar con la estimulación de la lactancia si esa es la elección.

Las tomas se realizarán cada tres horas para todos los neonatos ingresados en la Unidad, con la salvedad de aquellas madres que encontrándose disponible durante todo el día, puedan ofrecer lactancia materna exclusiva a sus hijos ingresados. En este caso, y si la situación clínica del niño lo permite, la alimentación se realizará a demanda.

En el hospital existe la política de “puertas abiertas”, por lo que el acceso por parte de los padres, a la unidad, estará permitido durante las 24 horas del día. Se considera una excepción el tiempo empleado para la realización de ciertas técnicas a los niños ingresados

Durante el ingreso de los neonatos, especialmente en el caso de neonatos prematuros, se favorecerá la realización del método canguro durante el mayor tiempo posible, siempre que la patología del niño lo permita. Se ofrecerá esta posibilidad a ambos padres.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Durante el ingreso en neonatos, a las madres que lactan, se les ofrecerá la posibilidad de sacarse leche con sacaleches eléctrico (tras la finalización de cada toma habitualmente) con el fin de poder administrar a sus hijos la menor cantidad de leche de fórmula en los momentos en los que ellas no están disponibles.

Cuando el ingreso del niño se produce tras el parto, la extracción de leche se comenzará lo antes posible, mejor en las 6 primeras horas de vida.

ACTUACIONES A SEGUIR SEGÚN LOS SIGUIENTES CASOS.

- **Neonato ingresado con dieta absoluta.**

Información a los padres acerca de la situación individual del su hijo y de la estrategia a seguir para favorecer la lactancia materna en función de su patología.

Las madres de estos niños realizarán la estimulación del pecho mediante sacaleches eléctrico entre 8-10 veces al día con el fin de estimular y/o mantener la producción de leche durante el tiempo que el neonato permanezca en dieta absoluta. Esta leche obtenida será entregada al personal para su almacenamiento o, en su defecto, se le darán las instrucciones precisas para la congelación en casa (según el caso de cada neonato).

Si la situación clínica del neonato lo permite se le ofrecerá a los padres la posibilidad de practicar método canguro durante el mayor tiempo posible.

- **Neonato ingresado con alimentación enteral, pero con imposibilidad de tomar pecho directamente de la madre.**

En la unidad de neonatos encontraremos diferentes circunstancias que impiden la realización de una toma habitual de lactancia materna, como pueden ser la inmadurez de los prematuros de <32 semanas para coordinar succión-deglución, o la débil succión que presentan los prematuros > 32 semanas para completar toda la toma al pecho. De manera general ofreceremos:

- Información a los padres acerca de la situación individual del su hijo y de la estrategia a seguir para favorecer la lactancia materna en función de su patología.
- Las madres de estos niños realizarán la estimulación del pecho mediante sacaleches eléctrico entre 8-10 veces al día con el fin de estimular y/o mantener la producción de leche durante el tiempo que el neonato precise otra forma distinta de alimentación que la lactancia materna. Esta leche obtenida será entregada al personal para su almacenamiento o, en su defecto, se le darán las instrucciones precisas para la congelación en casa (según el caso de cada neonato).
- En todos los casos se favorecerá la participación de los padres en la administración de la toma.

La actuación concreta a seguir será la siguiente:

Recién nacido prematuro < 29 s con correcta tolerancia digestiva.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Se ofrecerá succión no nutritiva (con chupete) y método canguro durante el tiempo dedicado a administrar la alimentación por SNG/SOG

Recién nacido prematuro > 29 s con correcta tolerancia digestiva.

Se ofrecerá succión no nutritiva del pecho materno (Para ello se solicitará a la madre la extracción de leche previo a la toma).

Paralelamente se administrará su toma habitual por SNG/SOG hasta completar la cantidad prescrita.

Recién nacido prematuro >32 s con correcta tolerancia digestiva pero que no completa las tomas vía oral.

Se ofrecerá lactancia materna como primera opción.

Si el RN precisa completar la toma por SNG se administrará preferiblemente mientras aún se mantiene al pecho.

Si se trata de administración por medio de suplementadores (jeringa, vaso...) se les enseñará la técnica correcta para poder realizarla de manera independiente.

- **Neonato ingresado con dieta normal sin problemas para lactar al pecho.**

Información a los padres acerca de la situación individual del su hijo y de la estrategia a seguir para favorecer la lactancia materna en función de su patología.

Información a las madres lactantes sobre los métodos de extracción y almacenamiento de la leche extraída tras la toma normal del neonato. Ayuda y asesoramiento durante la puesta al pecho del niño.

El objetivo de realizar extracciones rutinarias tras las tomas en niños ingresados sin problemas para lactar, es poder obtener suficiente leche materna para podérsela administrar en aquellas tomas en las que no está presente la madre.

Saldrán al pecho todos aquellos niños que no tengan problemas para lactar (incluidos los niños que requieran de incubadora) siempre que su patología lo permita.

3. EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE MATERNA

Se considera que la extracción de la leche es una ayuda a la lactancia natural que facilita la estimulación con el objetivo de obtener un flujo regular de leche y llegar así a un amamantamiento continuado y cómodo.

En las unidades de hospitalización neonatal se hace imprescindible la extracción rutinaria por parte de las madres. El fin es garantizar la administración exclusiva de leche materna en todas las tomas, en aquellos casos que sus madres así lo deseen.

Con el objetivo de realizar dicha técnica en las mejores condiciones y que la conservación y transporte de la misma cumplan con los requisitos óptimos para su posterior administración se ha elaborado una guía clínica de obligada consulta para todo el personal que trabaje en la unidad neonatal.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1. OBJETIVO GENERAL

Los niños que acudan al Servicio de Urgencias pediátricas que están siendo amamantados de forma parcial o completa puedan seguir tomando leche materna durante su estancia en el hospital, siempre que su patología se lo permita.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los profesionales sanitarios facilitarán la continuidad de la LM, durante la estancia en la urgencia pediátrica. Así como ofrecerán información sobre la alimentación del lactante no amamantado si lo precisa.

3. NORMAS DE ACTUACIÓN

- Ante cualquier periodo de espera en urgencias pediátricas (salas de espera o boxes) ó ingreso en el área de observación de un lactante se facilitara la cohabitación madre e hijo durante todo el tiempo que permanezcan, así como un lugar íntimo y lo más relajado posible para la realización de las tomas de pecho (box de lactancia).
- Las madres que acudan a urgencias pediátricas por problemas de lactancia, tras valoración por pediatría, pasarán al box de lactancia situado en el área de observación donde recibirán la ayuda y el tratamiento adecuado, contando con el apoyo del material necesario (sillón y material en el armario de lactancia)
- Si una madre decide no amamantar a su hijo se le informará de los riesgos de la lactancia artificial y se le informará para que decida el modo de alimentación más aconsejable en su caso.
- En periodos de epidemia y/o presión asistencial se podrá solicitar la colaboración de las matronas del Servicio de Urgencias de Ginecología para la valoración de los problemas relacionados con la lactancia materna.
- El personal de enfermería informará a la madre de cómo mantener la producción de leche mediante la extracción repetida si la gravedad de la enfermedad exige un periodo de ayuno.
- No habrá publicidad de formulas adaptadas y no se ofrecerán chupetes ni biberones a los bebés amamantados de acuerdo al código de comercialización de sucedáneos. Se informará a la madre sobre los riesgos de utilizar biberones y tetinas.
- Se proporcionará suplemento con lactancia artificial según prescripción médica, ajustándose a las indicaciones existentes en el protocolo de los mismos.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Se recordará al alta la existencia de los grupos de apoyo y dónde puede encontrar ayuda con la lactancia materna si es necesario.
- Al alta, no se facilitarán muestras gratuitas a las madres.

4. ACTIVIDADES

- **PROBLEMAS ESPECIALES MATERNOS**

Ingurgitación mamaria:

- Informar a la madre de que es algo transitorio y de la importancia de la extracción para evitar supresión de la lactancia.
- Reforzar la confianza de la madre y valorar estado anímico y dudas en la madre.
- Identificar problemas en la lactancia para solucionar causa (horarios rígidos, mal enganche y/o succión de RN, tomas poco frecuentes etc....)
- Aplicación de medidas físicas (calor local y masaje antes de las tomas y frío local tras éstas).
- Aumento de frecuencia y duración de las tomas.
- Si existe dificultad para el enganche, instruir en técnica de presión periareolar (presión continua durante 2 minutos alrededor de la areola para disminuir tensión en ésta y favorecer así agarre), extraer unas gotas de leche o recomendar posturas que faciliten el enganche.
- Si con lo anterior no es suficiente, recomendar extracción (será de elección la extracción manual, instruyendo en la técnica correcta).
- Recomendar como última opción la extracción de leche con sacaleches si la manual no es posible (dificultad para realizarla correctamente, decisión materna etc....), explicando el funcionamiento del mismo.
- Si es preciso, comentar con ginecólogo para valorar prescripción de analgésico y/o antiinflamatorio.

Grietas en el pezón (ver también protocolo de LM en maternidad)

- Evaluar la toma.
- Asegurar una correcta posición madre-hijo para amamantar. Valorar frenillo sublingual.
- Aplicar en el pezón unas gotas de leche materna y dejar secar al aire. No cubrir con discos.
- Se pueden utilizar pomadas de lanolina

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Evitar pezoneras
- Analgesia
- Si aún así no mejora recomendar dejar descansar el pecho afecto 2-3 tomas extrayéndose manualmente la leche y ofreciéndosela al bebé.

Pezón plano ó invertido (ver también protocolo de LM en maternidad)

- Se enseñará a la madre a estimular el pezón manualmente, si aún así no se consigue el enganche, se explicará la técnica de la jeringa invertida utilizaremos un sacaleches o aconsejaremos pezoneras especiales para este tipo de problemas.

Mastitis

- Tras valoración por ginecología recomendar que siga dando de mamar a su bebé.

Crisis de lactancia

- Tranquilizar y explicar a la madre que es algo normal, aumentarán la frecuencia de las tomas durante unas 48 horas y lo esperable es que aumente la producción de leche y recupere el ritmo habitual. Deben consultar de nuevo si esto no ocurre.

Obstrucción de un conducto lácteo

- Aumentar frecuencia de tomas, calor antes de la toma, masaje suave, sujetador adecuado y colocación del niño adecuadamente (con la barbilla colocada hacia el punto de la obstrucción).

• PROBLEMAS ESPECIALES DEL NIÑO

Administración de suplementos

Primer mes de vida

- Deben estar clínicamente indicados. Si son a petición paterna, interesarse por la causa por la que lo solicitan, comprobar que están correctamente informados de los riesgos de su administración en los primeros 6 meses de vida y respetar su decisión

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Utilizar leche materna como primera opción
- Si se va a utilizar fórmula adaptada tener en cuenta historia familiar de alergias (ver Protocolo de actuación respecto a las fórmulas)
- No administrarlos con biberón
- Se pueden administrar con jeringa, vasito o cuchara. Involucrar a madre y padre en su administración.

Mayores de un mes

- Se aplicará lo anteriormente referido salvo que, al estar ya instaurada la lactancia materna de forma completa se podrán administrar los suplementos con biberón.

Problemas de enganche

- Valorar la toma.
- Explicar la técnica de autoenganche en posición Colson.
- Si no se consigue enganche, extracción y administración.

Infecciones respiratorias con dificultad respiratoria, bronquiolitis, neumonía...

- Las tomas de pecho fatigan menos al niño que las de biberón.
- Habitualmente en estos casos hará las tomas más cortas y frecuentes.
- Si el bebé se fatiga, extracción de leche y administración por sonda nasogástrica/orogástrica.
- Si el niño queda a dieta absoluta, la madre debe seguir extrayendo leche.

Gastroenteritis

- No suspender LM.
- Mejor tolerancia, fácil hidratación.
- Disminuye sintomatología y acorta duración de los síntomas.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

5. CONCLUSIONES

- Ninguna enfermedad aguda del lactante contraindica de forma definitiva la LM, y muy pocas autorizan la separación madre-hijo.
- El consuelo, calor materno y la protección que se produce al lactar hace que disminuya el estrés por la enfermedad u hospitalización.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

1. OBJETIVO GENERAL

- Que todos los niños ingresados en la Unidad de Pediatría que sean amamantados, puedan seguir tomando el pecho siempre que su patología lo permita, facilitando la cohabitación de madre e hijo las 24 horas del día.
- Que el ingreso de un lactante amamantado con pecho no implique el abandono de la lactancia materna.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo deberá estar visible en el Área de Pediatría y existirá una copia en la Carpeta de Protocolos de la Unidad de Pediatría.

Todo el Personal de Enfermería de la Unidad conocerá su contenido y la Supervisora lo presentará al Personal de nueva incorporación.

Así mismo, cada profesional de Enfermería habrá recibido copia de él y un resumen del Curso de Lactancia Materna impartido en este Hospital.

3. NORMAS DE ACTUACIÓN

- Madre e hijo deben pasar todo el tiempo posible juntos, pese al ingreso.
- La lactancia materna **debe ser a demanda**, en cuanto a frecuencia y duración de las tomas.
- El bebé debe soltar el pecho por sí sólo; no ofrecer el segundo pecho si no ha soltado el primero, no siendo preciso ofrecer los dos pechos cada vez.
- El personal de enfermería debe limitarse a dar instrucciones verbales a la madre y ayudar directamente sólo si es preciso.
 - Si se trata de una madre de un lactante mayor de 1 mes, con la lactancia bien establecida, que ha sido ingresado por otros motivos, se permitirá que la madre le siga amamantando de la manera que lo hace en su domicilio si la situación clínica del niño lo permite.
 - Si la causa del ingreso ha sido un problema de lactancia, se permitirá cualquier toma de pecho, además de administrar los suplementos si se pautan. Así mismo se evaluarán las tomas y se asegurará de que la posición es correcta. El bebé frente al pecho sin que su cuello esté ni flexionado ni torcido. La boca del bebé abarcará el pezón y parte de la areola.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- No dar ningún otro líquido a los niños que mamen **salvo prescripción médica**, en cuyo caso su administración, siempre que sea posible, se realizará con jeringa, cuchara o vasito.
- No se darán tetinas o chupetes a los niños/as alimentados al pecho hasta que la lactancia esté bien establecida (aproximadamente hasta el mes de edad). Tanto la madre como los profesionales deben comprender la importancia y las posibles consecuencias (Ej.: síndrome de confusión del pezón).
Si el niño ya estaba usando chupete o tetinas en su domicilio, se permitirá que los siga utilizando.
Cuando la lactancia materna es eficaz y está bien establecida, pueden utilizarse tetinas en el caso de que el niño no pueda succionar directamente de la madre (por ejemplo, por ausencia de ésta).
Si la madre desea utilizar chupetes y/o tetinas que no están indicados, se le dará la información oportuna y se respetará su decisión.
- No es preciso lavarse los pezones en cada toma; sí será necesario **insistir** en el **lavado de manos frecuente**, y sobre todo para realizar la extracción de la leche con sacaleches.
- No usar cremas ni pomadas para los pezones, **salvo prescripción médica**, en cuyo caso se explicará a la madre como debe utilizarlas.
- No se permite la publicidad de sucedáneos de leche materna en sus diversas formas (carteles, póster, calendarios, bolígrafos,..etc.).

Normas Generales para la Unidad de Pediatría

- Tras la realización del ingreso del lactante/preescolar en la Unidad de Pediatría, se llevará a cabo la valoración al ingreso en la habitación o en el Box de Lactantes. Se aprovechará este momento para tratar todos los aspectos relacionados con la **lactancia materna** y resolver todas las dudas/problemas que planteen los padres al respecto.
- Se insistirá en que la madre puede estar en todo momento con su hijo/a para poder darle de mamar.

Situaciones especiales

Es importante que los padres comprendan que la leche de madre es esencial para el lactante enfermo, puesto que le proporciona una adecuada situación inmunitaria.

La lactancia materna sólo se interrumpirá cuando exista indicación médica expresa.

- Ausencia de la madre

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Si la madre tuviese que ausentarse por algún motivo, se le proporcionará un sacaleches, envases y todo lo necesario para la extracción de la leche, garantizando su correcto almacenamiento y conservación.
- Ésta será adecuadamente identificada y posteriormente utilizada para alimentar al bebé en su ausencia.
- De la alimentación de su hijo/a se encargará otro familiar ó el personal de Enfermería.
- Dieta absoluta
 - Si el niño/a no pudiese tomar ningún alimento, se facilitará a la madre un sacaleches, envases y todo lo necesario para guardar la leche que se extraiga en la nevera o congelador hasta que el niño/a pueda iniciar la alimentación.
- Imposibilidad de succionar directamente de la madre
 - Si el niño puede alimentarse, pero no puede succionar directamente del pecho de su madre, la madre se sacará la leche y se le dará al lactante por boca (cuchara, jeringa o vaso; se utilizará biberón sólo en caso de que la lactancia esté muy bien establecida) ó por sonda orogástrica o nasogástrica.
- Los profesionales de enfermería establecerán un seguimiento y apoyo de la lactancia materna durante el ingreso del lactante en la Unidad.
- Así mismo conocerán y explicarán a los padres que:
 - Mamar es más fácil y cansa menos que tomar el biberón, al integrar la respiración con la deglución y permitir al lactante autorregular el ritmo.
 - Puede ser necesario, en función de la patología, que el lactante realice tomas más frecuentes y de menor duración (Ej.: bronquiolitis) o que por el contrario las tomas sean más largas de lo habitual.
 - Mamar proporciona confort y protección al bebé enfermo.
 - **“La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones” (OMS).**

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

ANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES EN NEONATOS A TÉRMINO

1. INTRODUCCIÓN

La leche materna tiene propiedades analgésicas. Además, el hecho de amamantar proporciona al niño no solo alimento, sino también consuelo y seguridad. El amamantamiento durante la punción del neonato para extraer sangre para pruebas diagnósticas, pruebas metabólicas o glucemias, es una alternativa para reducir el dolor al bebé. Es una técnica económica, ecológica, no tiene efectos adversos para el recién nacido y sus beneficios se han demostrado a todos los niveles tanto físico como emocional, tanto para el niño como para la madre.

No se ha demostrado que la lactancia materna se vea afectada por el hecho de que se amamante a la vez que se le extrae sangre al bebé.

Siempre que sea posible, el amamantamiento o la leche materna debe utilizarse para aliviar el dolor en neonatos en los que se les va a realizar un procedimiento doloroso, ya que se ha podido demostrar que es mejor que la administración de placebos, medidas de posicionamiento o la no intervención (1).

Las propiedades analgésicas de la LM resultan tan potentes como las de una combinación de solución glucosada y chupete, lo que puede utilizarse en los neonatos no amamantados (2).

No está demostrada la eficacia de la leche materna ni tampoco el uso de solución glucosada y chupete para procedimientos dolorosos repetidos. Por eso el uso de estas técnicas analgésicas en prematuros o niños a término graves, que precisan múltiples analíticas y extracciones, no está aún establecido (1).

2. OBJETIVO GENERAL

Reducir, mediante el amamantamiento simultáneo, la respuesta al dolor en el marco de procedimientos invasivos “menores” en RN a término.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Cuando se realiza un procedimiento doloroso mientras el niño está enganchado al pecho:

- Se reduce la alteración de parámetros como: frecuencia cardiaca, respiración y saturación de oxígeno producidos a consecuencia de procedimiento doloroso.
- Disminuyen los signos faciales de dolor en el recién nacido.
- Disminuye la duración del llanto.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Se reduce la actividad motora del bebé y excitación durante y tras la punción (3).
- Disminuir la ansiedad materna al ver que su bebe no sufre con la punción.
- Favorecer la participación paterna, fomentando la unión paterno filial.

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- 1- Shah PS, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004950. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub2
- 2- Carbajal R y col. "Efecto analgésico de la lactancia materna en recién nacidos a termino: ensayo clínico". British Medical Journal 2003; 326:13.
- 3- Cignacco E y col. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. Eur J Pain 2007; 11:139-152.

5. NORMAS DE ACTUACIÓN

1. En niños cuya alimentación sea LM:

- Poner al bebé al pecho materno dos minutos antes de la punción, siempre procurando que sea piel con piel, en lo posible.
- En los casos de punción capilar, calentar el talón previamente, con ayuda del padre u otro familiar.
- Preparación de material para extracción sanguínea, realización de pruebas metabólicas o administración de vacunas / gammaglobulinas, primero en una batea y luego en la habitación.
- Realizar la punción con el niño puesto al pecho, es preciso que el amamantamiento continúe durante todo el procedimiento.
- Recogida de material y envío a laboratorio en el caso de muestras sanguíneas.

2. En niños alimentados con sucedáneos de leche materna:

La administración de glucosa o sacarosa tiene la misma eficacia que el amamantamiento para reducir el dolor.

- Administrar sacarosa al 24%, 2 minutos antes y durante la punción.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Dilución de la sacarosa: poner en el envase de sacarosa suministrado de farmacia (6 gramos de sacarosa), con 25 cc. de agua bidestilada y moverlo hasta su total disolución.

Dosis a administrar al neonato: 0,2-0,5 ml (máximo 2 ml).

La dilución restante se puede conservar para posterior utilización durante 24 horas en el frigorífico.

- En los casos de punción capilar, calentar el talón previamente, con ayuda del padre u otro familiar.
- Preparación de material para extracción sanguínea, realización de pruebas metabólicas o administración de vacunas / gammaglobulinas, primero en una batea y luego en la habitación.
- Durante la punción la madre o el padre cogerán al bebé en brazos, acariciándole y hablándole cariñosamente. El contacto piel con piel, reduce la sensación dolorosa del neonato, realizarlo, si es posible.
- Durante la punción se seguirá administrando el preparado de sacarosa mediante la jeringa precargada y se oferta la succión de chupete.
- Realizar la punción al niño.
- Recogida de material y envío a laboratorio en el caso de muestras sanguíneas.

6. CONCLUSIONES

- Si es posible, la lactancia materna y el contacto piel con piel debe ser usada para aliviar el dolor en los recién nacidos durante la realización de procedimientos dolorosos.
- La utilización de sacarosa tiene una eficacia similar a la de la LM y debe ofertarse a los RN que no maman.
- Es interesante incidir en los efectos analgésicos de cogerles en brazos y del contacto piel con piel con la madre/padre, dejando así abierta una opción para aquellos niños que no reciben leche materna.
- Las propiedades analgésicas de la LM resultan tan potentes como las de una combinación de solución glucosada y chupete.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

ATENCIÓN PEDIÁTRICA A LA LACTANCIA

1. OBJETO DEL DOCUMENTO

Apoyar de manera profesional y con información científica basada en la evidencia a la madre que ha decidido amamantar a su hijo.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar información científica y apoyo con habilidades de comunicación a la madre que amamanta para iniciar y mantener la lactancia.
- No suspender la lactancia, salvo que exista indicación clínica para hacerlo.
- Establecer de manera adecuada la indicación de suplementos a los niños amamantados (ver protocolo de suplementación).
- Identificar factores de riesgo para la lactancia, para evitar complicaciones y abandono de la lactancia.
- Diagnóstico de las dificultades de lactancia.
- Tratamiento apropiado en cada caso.
- Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

1. Asociación española de pediatría. Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed. Médica Panamericana; 2009.
2. Ruth A.Lawrence y Robert M.Lawrence. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Ed. Elsevier Mosby, 2007.
3. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. OMS, 2009.

4. NORMAS DE ACTUACIÓN

TRAS EL NACIMIENTO

- Si la situación clínica del niño lo permite, tras el parto se permitirá que el niño permanezca en contacto piel con piel con su madre. Se procurará no interrumpir el

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

contacto salvo que haya indicación clínica de hacerlo (Ver Protocolo de Atención al Recién Nacido Sano en Paritorio; y Protocolo de Ingreso Neonatal). En caso de que el contacto piel con piel se interrumpa por indicación médica, se reanudará lo antes posible.

- Verificar cómo quiere la madre alimentar su hijo, mostrando respeto hacia su decisión. Si está indecisa o tiene dudas, se le dará la información que precise. Si quiere dar lactancia artificial se le asesorará adecuadamente la manera de preparar y administrar biberones cuidando el vínculo madre-hijo (ver Anexo I).
- Verificar si la madre tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que pueda interferir con la lactancia. Si hay dudas y antes de suspender una lactancia, consúltese <http://www.e-lactancia.org>

DURANTE LA ESTANCIA EN MATERNIDAD

- El pediatra valorará durante su pase de visita la evolución de la lactancia para detección de problemas, dudas, etc.... para así dar la ayuda y educación sanitaria pertinente, reforzando siempre la confianza de la madre.
- Existirá una comunicación con el personal de enfermería para mantener un apoyo continuo y eficaz en la lactancia.
- Se evitará cualquier tipo de comentario que no fomente la seguridad de la madre.
- Informar si se precisa sobre la no conveniencia del uso de chupetes o tetinas. Se permite su uso en neonatos amamantados si se trata de una decisión informada de los padres.
- No prescribir suplementos salvo que exista indicación clínica (ver protocolo de suplementación). En caso de que los padres soliciten “un biberón”, se valorará en primer lugar al recién nacido y la toma para comprobar que no estén indicados. Si no lo están, investigaremos los motivos por los que están preocupados y solicitan suplemento y se dará información a los padres sobre la fisiología de la lactancia, y de los inconvenientes, tanto de la administración con tetina como del hecho de administrar suplemento de fórmula. Se respetará la decisión informada de los padres.
- Los suplementos se prescribirán para su administración con jeringa o vasito.
- En caso de precisar suplementación se indicará en primer lugar la administración de leche materna extraída y solo en caso de no ser posible, se suplementará con fórmula de inicio.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Los controles de glucemia capilar se adaptarán a las indicaciones establecidas en protocolo de hipoglucemia, solicitándolos en caso de niños sintomáticos o de riesgo.

AL ALTA DE LA MATERNIDAD

- Detección y prevención de *factores de riesgo* de lactancia inadecuada: Comprobar en los antecedentes de madre e hijo que no haya ningún factor de riesgo para la lactancia (madre con problemas de lactancia en hijos previos, neonato de bajo peso o prematuro límite, cirugía mamaria, riesgo social...) y también durante el pase de visita al alta.
- Se realizará una *exploración clínica completa* del recién nacido, valorando ictericia, signos de hidratación,...también la anatomía de la boca (descartar frenillo sublingual).
- Control de *peso*, calculando la diferencia del peso al alta con respecto al del nacimiento. Si pierde más de un 7% en las primeras 48 horas, deberá valorarse el desempeño de la lactancia.
- Valorar número de *micciones y deposiciones*; son signos indirectos de la ingesta.
- Preguntar a la madre cómo va a alimentar a su hijo y *qué tal le va con la lactancia*.
- *Enseñar a los padres* a reconocer si la lactancia va bien (número de micciones y deposiciones, niño tranquilo tras la toma, ausencia de dolor de pezón...).
- Si presenta dificultades con la lactancia, se debe indicar extracción/ estimulación de leche de manera manual o con sacaleches. Se dará información verbal y escrita sobre técnicas de extracción.
- Prescribir *suplementos solo bajo indicación*, mejor con jeringa, y darle a la madre la información necesaria para su administración en domicilio.
- En caso de detectar dificultades con la lactancia que no impiden el alta domiciliaria (problemas de enganche, pezón plano, grietas...), se indicará verbalmente y en el informe de alta que deberá acudir a *control por su matrona/enfermera* de su centro de salud en 24-48 horas. En estos casos, las matronas los valoran sin necesidad de cita previa.
- Situaciones que requieren *cita en consulta hospitalaria*:
 - Niños con peso al alta < 2200 g.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Prematuros de < 36 semanas de EG.
 - Gemelos.
 - Niños con alteraciones neurológicas (hipotonías, síndrome de Down).
 - Niños que no han conseguido enganche eficaz durante su estancia.
 - Pérdida de peso superior al 10%.
 - Madre de alto riesgo: social, psicopatías...
 - Controles clínicos post-estancia hospitalaria por problemas de lactancia: ictericia, PT, bajo peso, deshidratados...
 - Niños de riesgo que puntualmente no van a poder ser vistos en Atención Primaria (periodos festivos...): pérdida del 8-10% del peso al nacimiento, uso de pezoneras, problemas de enganche...
- No dar a la madre ninguna muestra de leche ni regalo que promocióne el uso de sucedáneos.

ATENCIÓN A LA MADRE QUE NO AMAMANTA

- Como profesionales, sólo nos interesa saber si ha recibido la información suficiente y verídica para tomar una decisión informada. Una vez confirmado que ha recibido la información, debemos respetar su decisión sin entrar a considerar las causas que la llevan a tomarla.
- Explicar la preparación y administración de biberones de fórmula artificial.
- Fomentar el contacto piel con piel para favorecer el vínculo materno-filial.
- Mantener el alojamiento conjunto.

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO

- Si la situación clínica del niño lo permite, tras el parto se permitirá que el niño permanezca en contacto piel con piel con su madre el máximo tiempo posible.
- El ingreso neonatal deberá estar clínicamente justificado (Ver Protocolo de Ingreso Neonatal: indicaciones de ingreso y observación).
- El ingreso se mantendrá solo el tiempo necesario, reanudando el contacto piel con piel con su madre lo antes posible.
- Durante el ingreso se indicará y fomentarán los cuidados madre canguro.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Verificar cómo quiere la madre alimentar su hijo, mostrando respeto hacia su decisión. Si está indecisa o tiene dudas, se le dará la información que precise. Si quiere dar lactancia artificial se le asesorará adecuadamente la manera de preparar y administrar biberones cuidando el vínculo madre-hijo (ver Anexo I).
 - Verificar si la madre tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que pueda interferir con la lactancia. Si hay dudas y antes de suspender una lactancia, consúltese www.e-lactancia.org.
 - Si la madre decide amamantar, se iniciará la lactancia en cuanto la situación clínica de madre e hijo lo permita.
 - En caso de que el amamantamiento no sea posible, se indicará iniciar la extracción de leche con sacaleches lo antes posible (en las primeras 6 horas del parto). Y se continuará con extracciones al menos 8-10 veces al día
 - En las primeras extracciones, y sobre todo en prematuros, se puede indicar extracción manual y recogida del calostro con una jeringa de 1 cc.
- No administrar suplementación a no ser que esté indicado.
 - En caso de precisar suplementación se indicará en primer lugar la administración de leche materna extraída y solo en caso de no ser posible, se suplementará con fórmula de inicio.
 - Se indicará la administración de suplementos con técnicas que no interfieran con la lactancia: jeringa, vasito, técnica digital...
 - Al alta a domicilio, se debe actuar conforme a las normas anteriormente explicadas al alta.

ACTITUD EN SERVICIO DE URGENCIAS ANTE LAS DIFICULTADES DE LACTANCIA

- Las madres que tienen dificultades con la lactancia a veces no consultan por este motivo, sino por las consecuencias, como ictericia, llanto o estreñimiento. Por esta razón, es conveniente valorar la alimentación de los recién nacidos que consultan en urgencias.
- La lactancia se valora como cualquier otro problema fisiológico, con historia clínica dirigida y exploración física minuciosa, pero además hay que hacer una evaluación de la toma que tome en cuenta aspectos emocionales y la técnica de la lactancia.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Historia clínica en lactancia:

- *Valoración antecedentes de madre e hijo* (tipo de parto, edad gestacional, peso al nacimiento, factores de riesgo para la lactancia, peso al alta hospitalaria)
- Valorar como fue el *inicio de la lactancia*, existencia de dificultades en los primeros días, alimentación que recibía el niño al alta.
- *Experiencia de lactancia en domicilio*: historia detallada sobre como hace las tomas, duración y frecuencia de la mismas, qué siente la madre cuando el niño mama, dudas que hayan podido surgir en domicilio, valoración de número de micciones y deposiciones, preguntar si se ha extraído leche y qué sacaleches utiliza, si han precisado suplementación y con qué lo han hecho...
- *Preguntar los deseos e intenciones de los padres* en relación con la alimentación de su hijo.

Exploración física en lactancia:

- Exploración clínica completa del recién nacido: valorando especialmente peso (y calculando variación con respecto al alta hospitalaria), color, signos de hidratación, signos de infección, irritabilidad, decaimiento, tono, temblores...
- Como parte de la exploración física, se valorará la anatomía de la boca del niño: mandíbula (retrognatia), labios (callo de succión), paladar (ojival o no), frenillo sublingual, forma y tamaño de la lengua, movimientos linguales, dientes neonatales...)

Evaluación de la toma:

- En un lugar adecuado, donde la madre y el niño puedan estar cómodos y tranquilos.
- Evaluar anatomía de la boca del niño y el pecho materno (ver forma y tamaño de mamas y pezón, lesiones en el pezón, grado de llenado del pecho o ingurgitación...).
- Observar posición de la madre y el bebe, modo de sujeción, presentación del pezón y modo de enganche.
- Signos de deglución.
- Duración de la toma.
- Actitud del niño tras la toma: valorar si está tranquilo...
- Valoración del pecho materno tras la toma.

DIFICULTADES DE LACTANCIA:

- Ante cualquier dificultad con la lactancia, el pediatra deberá:

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

1.- Reforzar la confianza de la madre: indicarle lo que está haciendo bien, decirle que muchas madres precisan ayuda...

2.- Alimentar al niño: el hecho de que la suplementación se asocie con una menor tasa y prevalencia de la lactancia no justifica no dar alimento a los niños cuando está indicado.

En muchas ocasiones, mejorando la técnica de lactancia, aumentará la cantidad de leche que el niño toma y no será necesario prescribir suplementos.

3.- Mantener la producción láctea en la madre: cuando el niño no mama o lo hace de manera insuficiente, la madre deberá estimularse y/o extraer leche con sacaleches.

4.- Diagnosticar y tratar el problema específico por el que consulte:

- Niño adormilado o poco exigente (ver protocolo de lactancia en Maternidad)
- RN ansioso o irritable: (ver protocolo de lactancia en Maternidad)
- Dolor y grietas en pezón: (ver protocolo de lactancia en Maternidad)
- Pezones planos o invertidos: (ver protocolo de lactancia en Maternidad)
- Ingurgitación mamaria: (ver protocolo de lactancia en Urgencias)

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

INDICACIÓN DE SUPLEMENTOS

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y complementada con otros alimentos adecuados hasta al menos los 2 años de vida es particularmente beneficiosa para madres y lactantes.

La administración de cualquier otro alimento sólido, o bebida diferente de la leche materna, a los niños amamantados menores de seis meses, implica riesgos potenciales para su salud y compromete la lactancia:

- 1.- Al disminuir el hambre y la succión del niño, disminuye la producción de leche.
- 2.- La administración de sucedáneos de LM puede favorecer la aparición de alergia a proteínas de leche de vaca.
- 3.- Si además, los suplementos se dan con tetinas, se puede dificultar que el niño consiga un enganche eficaz al pecho.

Por todos estos motivos, los suplementos deben administrarse sólo si existe indicación clínica o si la madre adecuadamente informada así lo decide.

Existe solo un número pequeño de situaciones clínicas del recién nacido y de la madre que podrían justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente.

2. OBJETIVO GENERAL

Procurar la lactancia materna exclusiva, administrando suplementos sólo si están indicados, y dándolos de manera que se comprometa lo menos posible el amamantamiento.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Procurar que la lactancia materna sea exclusiva, administrando suplementos sólo en los casos en que estén clínicamente indicados.
- 2.- Administrar preferiblemente la leche materna extraída como suplemento, y sólo se recurrirá a los sucedáneos cuando no pueda obtenerse leche materna.
- 3.- Los suplementos se administrarán de forma que no se comprometa la lactancia, preferiblemente con jeringa.
- 4.- Si los padres solicitan suplementación, se evaluará la toma, se escucharán sus preocupaciones y las razones por las que quieren dar suplemento a su hijo, se informará a los

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

padres con habilidades de comunicación de la fisiología de la lactancia y de los efectos adversos de los suplementos y se respetará su decisión.

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. OMS, 2009.

5. NORMAS DE ACTUACIÓN

¿Cuándo suplementar la lactancia?

- No se administrará agua o fórmula artificial a los niños amamantados excepto en caso de indicación clínica o elección paterna informada.
- La decisión de ofrecer suplementos por razones clínicas debe hacerse por un pediatra. Sin embargo, NO ES PRECISO PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN CASO DE QUE SEAN LOS PADRES LOS QUE DECIDAN LA SUPLEMENTACIÓN.
- Se consideran razones clínicamente aceptables para la administración de suplementos a los recién nacidos amamantados las siguientes:

1.- En caso de necesidades aumentadas (y documentadas con determinaciones de glucemia capilar, sodio capilar, peso...), siempre y cuando no se consiga cantidad suficiente optimizando la técnica y aumentando la frecuencia de las tomas.

- Hipoglucemia persistente
- Pérdida excesiva de peso (> 8-10% en los primeros 5 días de vida) o deshidratación que no mejora con aumento de la frecuencia de las tomas.

2.- RN para quienes la LM es la mejor opción, pero pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado:

- Prematuros (<1500 g y/o < 32s)
- RN con riesgo de hipoglucemia:
 - Retraso del crecimiento intrauterino o PT
 - En caso de hipoxia-isquemia
 - RN enfermos
 - Hijos de madre diabética
 - Partos múltiples

3.- En caso de que la lactancia materna esté temporalmente contraindicada, por ejemplo:

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Si madre muy enferma
- Si madre toma medicamentos incompatibles con la lactancia
- Madre con varicela y lesiones en el pezón...etc....

Para saber si la situación clínica o la medicación que toma la madre contraindica o no la lactancia, consúltese: www.e-lactancia.org.

¿Qué dar cómo suplemento?

- En primer lugar, se intentará suplementar con leche materna. Antes de introducir leche artificial a niños amamantados, se animará a la madre a extraerse leche para dársela al niño.
- En caso de no ser suficiente, se administrarán sucedáneos de leche materna (fórmula artificial).
- Si los padres o hermanos del niño han padecido alergia a proteínas de leche de vaca, se administrará fórmula hidrolizada (ver protocolo de actuación respecto a las fórmulas).

¿Cómo dar los suplementos?

- El perjuicio que causa el uso de tetinas y chupetes en la lactancia es controvertido. Sin embargo, debido a diferencias mecánicas, es posible que la manera de succionar de una tetina haga que les resulte más difícil coger el pecho después. Por esto, no se administrarán la toma con tetinas a no ser que se trate de una decisión informada de la madre.
- Los suplementos se administrarán con jeringa o vasito.

¿Qué hacer si son los padres los que solicitan suplementación?

- Cuando los padres solicitan suplementación, se evaluará la toma y la lactancia para comprobar que en efecto no existe indicación clínica. El profesional se interesará por los motivos de preocupación de los padres. Si los suplementos no están clínicamente indicados, se debe informar a los padres de la fisiología de la lactancia, de las posibles implicaciones en la salud y el impacto perjudicial que la suplementación innecesaria puede tener en la lactancia para que tomen una decisión informada. Esta conversación debe quedar registrada en la historia clínica del niño.
- Si tras la información, los padres deciden administrar suplementos al niño, se respetará su decisión.
- A veces las madres en la maternidad piden que a su hijo le den “un biberón”. En estos casos, se le debe informar no sólo sobre el impacto que tiene el uso de sucedáneos

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

para su hijo y la lactancia, sino también sobre lo que puede suponer el uso de tetinas. Ambas cosas deben discutirse de manera independiente con la madre y ella debe consentir en ambas antes de dar al niño un biberón.

Registro de actividad

- La información que se ha dado a los padres, las razones para suplementar así como los suplementos administrados (tipo, cantidad y modo de administración) se anotarán en la historia clínica del niño.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

1. INTRODUCCIÓN

La importancia del diagnóstico de hipoglucemia en los primeros días de vida reside en proteger al sistema nervioso central de lesiones irreparables cuando se producen episodios prolongados, severos o repetidos de hipoglucemia.

El establecimiento de la lactancia materna de forma precoz y con tomas frecuentes es la forma más fisiológica de prevenir la hipoglucemia y debe ser la primera medida terapéutica, aunque en casos más severos se añadan otras medidas.

2. FISIOLOGÍA

Durante la *vida intrauterina* el suministro de glucosa depende de los aportes trasplacentarios; se calcula que los niveles de glucemia del recién nacido corresponden al 70% de la glucemia materna.

En este periodo no se producen las enzimas que participan en la gluconeogénesis, pero en el hígado sí están presentes las enzimas anabolizantes responsables de la síntesis de glucógeno y de la glucogenolisis.

El glucógeno hepático es el responsable de mantener las glucemias durante las *primeras 6-8 horas de vida* (glucogenolisis), en la transición entre el aporte continuo de glucosa en el periodo intrauterino y el aporte discontinuo en el periodo neonatal.

Tras las primeras horas de adaptación, descienden los niveles de insulina y se obtiene la energía a través de la gluconeogénesis. Con el metabolismo de las grasas aumentan los niveles de cuerpos cetónicos y con el de las proteínas aumenta el ácido láctico.

En los neonatos la hipoglucemia es más frecuente, pero son menos vulnerables a sus efectos. Los niños tienen una peor tolerancia al ayuno y la glucemia desciende más rápidamente que en adultos, por tanto los ácidos grasos no esterificados y cuerpos cetónicos cumplen una función muy importante en el aporte energético de muchos tejidos. Durante el primer mes de vida, casi el 80 % de la glucosa es consumida por el cerebro, pero parece que durante este periodo los cuerpos cetónicos sí atraviesan la barrera hemato-encefálica, por lo que parece ser menos vulnerable a los efectos de la hipoglucemia.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

3. ETIOLOGÍA

La **hipoglucemia transitoria** es un cuadro muy frecuente que precisa de tratamiento pero no de estudio etiológico. Se relaciona con:

1. Déficit de los depósitos de glucosa

- Prematuridad
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Ayuno o desnutrición

2. Aumento de la utilización de glucosa

- Hiperinsulinismo transitorio:
 - Hijo de madre diabética
 - Eritroblastosis
- Tratamiento de la madre con antidiabéticos orales, propranolol, clorpromacina, beta-adrenérgicos
- Alteraciones en la posición de catéter o retirada brusca de perfusión de glucosa.

3. Déficit de producción de glucosa

- Peso excesivo al nacimiento
- Estrés perinatal (sepsis, shock, asfixia, cardiopatía, isquemia)
- Exanguinotransfusión

La **hipoglucemia persistente** en el periodo neonatal es más rara y se define como una hipoglucemia que persiste tras 7 días de evolución, a pesar de aportes de glucosa a > 10 mg/Kg/min. Estos cuadros precisan tratamiento urgente y estudio metabólico. Las causas son:

1 Hiperinsulinismo

- Nesidioblastosis
- Adenoma
- Adenomatosis congénita
- Síndrome Hiperinsulinismo-Hiperamonemia
- Síndrome Beckwith-Wiedeman

2 Exceso de hormonas contrainsulares

- Glucagón
- Adrenalina
- GH (alteraciones hipotalámicas)
- Cortisol (ISR)
- Hormonas tiroideas
- Hipoparatiroidismo congénito

3 Alteraciones enzimáticas

- Alteraciones en el metabolismo de ácidos grasos

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Glucogénesis
 - 6-P- DH
 - Fructosa 1,6 difosfatasa
 - Piruvato carboxilasa
 - Galactosa-fosfato transferasa (galactosemia)
 - Fructosa 1-ph-aldolasa (intolerancia hereditaria a la fructosa)

4 Inducido por drogas

5 Insulina

6 Sulfonirureas

7 Antidiabéticos orales

Niños de riesgo de hipoglucemia

1. Falta de reservas de glucosa:

- Prematuros(<36 semanas)
- RN bajo peso (< 2500 gr.)
- Pequeños para edad gestacional (< p10)

2. Aumento del consumo de glucosa:

- Peso excesivo para edad gestacional (>p90)
- Hijos de madre diabética (diabetes gestacional con insulina o diabetes pregestacional)
- Hijos de madres tratadas con hipoglucemiantes (propanolol, terbutalina, ...)
- RN con enfermedad aguda grave (asfixia, sepsis, ...)
- Policitemia (Hcto > 70%)

4. CLÍNICA

Los dividimos en dos grandes grupos:

- **síntomas autonómicos:** hipotonía, sudoración, debilidad, apneas, bradicardias, taquicardia, hipotermia, tremulación y llanto.
- **Síntomas neuroglucopénicos:** letargia, irritabilidad, estupor, convulsiones y coma.

Los días de máximo riesgo para padecer una hipoglucemia son los primeros días de vida.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Los síntomas autonómicos aparecen con niveles más elevados de glucemia que los neuroglucopénicos. Ante una situación de hipoglucemias repetidas y mantenidas en el tiempo se puede llegar a no reconocer estas situaciones porque baja el umbral que desencadena la sintomatología clínica, a esto se denomina “hipoglucemias desapercibidas” que pueden ser muy peligrosas.

5. DIAGNÓSTICO

El **screening** se realiza mediante glucemia capilar en las primeras 2 horas de vida, siempre antes de realizar la toma, **a todos los recién nacidos en grupo de riesgo y en los RNT con signos clínicos de hipoglucemia. No está indicado hacerlo en niños sanos y asintomáticos.**

Para **confirmar el diagnóstico** se medirá la glucemia venosa previo al inicio del tratamiento, ya que hasta el 20% de las hipoglucemias capilares son normoglucémicos en el laboratorio, especialmente en RNT. La muestra de sangre debe ser enviada inmediatamente al laboratorio, ya que a temperatura ambiente la glucosa desciende entre 15-20 mg/dL por hora

Se define como un valor de glucosa en sangre menor de 40 mg/dL en primeras 48 horas de vida y menor de 48 mg/dL posteriormente. Para algunos autores será necesaria la presencia de síntomas clínicos para definir hipoglucemia.

Valores mínimos de glucemia para RNT (p5):

1-2 horas de vida	28 mg/dL
3-47 horas de vida	40 mg/dL
48-72 horas de vida	48 mg/dL

Lo más importante en el **manejo clínico** es la **prevención** de la hipoglucemia, mediante el inicio de alimentación precoz, especialmente en RN alimentados al pecho,; se iniciará en los primeros 30-60 minutos de vida y posterior lactancia frecuente a demanda.

El contacto piel con piel precoz mantiene una temperatura corporal estable del RNT, aumenta la producción de leche materna, mejora el enganche y disminuye el consumo de glucosa del RN.

Ante un paciente con hipoglucemia se iniciará **tratamiento** inmediato (VO ó IV) sin esperar a la confirmación diagnóstica.

RN hipoglucémico asintomático

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

Estará indicado suplementar con **aportes orales** extra, preferiblemente con leche materna y en su defecto mediante fórmulas artificiales (Fórmula de inicio si > 35 semanas; fórmula de prematuros si < 35 semanas).

RN hipoglucémico sintomático ó glucemia < 25 mg/dL

Administrar un bolo de suero glucosado 10% IV (2 ml/Kg) y posterior **fluidoterapia IV** partiendo de glucosa a 6-8 mg/Kg/min y subir la concentración a razón de un 10-15 % para mantener la glucemia > 45 mg/dL. Para concentraciones de suero glucosado >12%, se precisa una vía central.

La lactancia materna no se suspenderá en estos pacientes si su estado clínico les permite continuar con alimentación oral.

En caso de no controlar las hipoglucemias está indicado realizar estudio etiológico de la hipoglucemia e iniciar **tratamiento farmacológico** si no se controlan las glucemias o para controlarlas persisten necesidades de glucosa > 12 mg/Kg/min después de 2-3 días.

- 1 Corticoides:
 - Acetato de cortisona VO/IV (5mg/Kg/día, cada 12 h)
 - Prednisona VO/IV (2 mg/Kg/d)
- 2 Glucagón (20-200 mcg/Kg)
** No usarlo en PEG porque no tienen reservas de glucógeno*
- 3 Diazóxido
- 4 Análogo de somatostatina, octreotido

El **diagnóstico etiológico** está indicado en pacientes que después de una semana necesitan aportes de > 8 mg/Kg/min de glucosa IV para mantener glucemias > 50 mg/dL o antes de iniciar tratamiento farmacológico de la hipoglucemia. Para este estudio se precisa una muestra de sangre suficientemente amplia, en situación de hipoglucemia, antes de comenzar el tratamiento.

Muestra sangre en hipoglucemia:

- Hormonas:
 - insulina
 - Cortisol/ACTH
 - GH
 - TSH/T3/T4
- Sustratos metabólicos:
 - NEFA,s

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Cuerpos cetónicos
 - Lactato
 - Alanina
 - Enzimas hepáticas
- CARNITINA y Acil-CARNITINA
- ADN

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

SCREENING (1ª hora de vida)

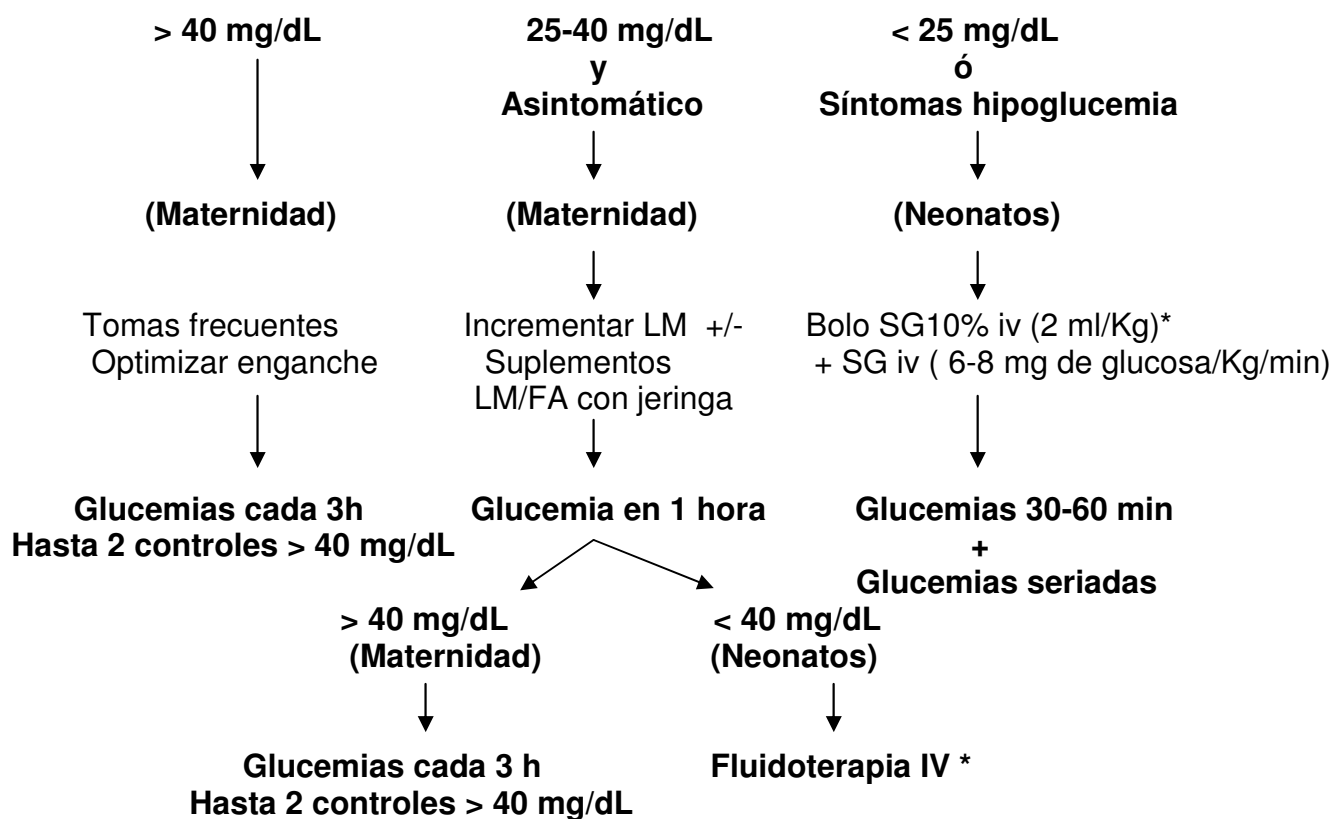
1. Pacientes con síntomas de hipoglucemia

2. Falta de reservas de glucosa:

- Prematuros (<36 semanas)
- RN bajo peso (< 2500 gr.)
- Pequeños para edad gestacional (< p10)

3. Aumento del consumo de glucosa:

- Peso excesivo para edad gestacional (>p 90)
- Hijos de madre diabética (diabetes gestacional con insulina o diabetes pregestacional)
- Hijos de madres tratadas con hipoglucemiantes (propanolol, terbutalina,...)
- RN con enfermedad aguda grave (asfixia, sepsis,...)
- Policitemia (Hcto > 70%)



** Previo al inicio del tratamiento, recoger muestra para confirmación en laboratorio, pero NUNCA demorar el inicio del tratamiento cuando está indicado.*

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

DIFICULTADES DE LACTANCIA ASOCIADAS A LA ANQUILOGLOSIA

1. OBJETIVO

- Diagnóstico precoz de los problemas de lactancia producidos por anquiloglosia
- Indicar correctamente la frenulotomía.
- Realizar frenulotomía en casos indicados.
- Seguimiento de los casos para valorar los resultados.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Ballard MD, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics* 2002;110(5). URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/5/e63>.
- Lalakea MD, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter?. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50:381–397.
- Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE. Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188-e194.

3. TIPOS DE ANQUILOGLOSIA:

- Tipo 1: la clásica: lengua anclada en forma de corazón
- Tipo 2: lengua anclada con restricción de elevación y extensión.
- Tipo 3: La lengua parece normal, pero funciona mal: la zona media de la lengua cae hacia abajo al intentar la extensión.
- Tipo 4: Anclaje submucoso: movimiento de la lengua asimétrico, paladar ojival.

4. CONSECUENCIAS DE LA ANQUILOGLOSIA:

La anquiloglosia dificulta los movimientos de la lengua, lo que produce:

- Consecuencias sobre la lactancia:
 - Daño en pezón materno.
 - Enganche superficial.
 - Dificultad para mantener el enganche.
 - Se oye chasquido, por pérdida de la presión negativa.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

- Movimientos mandibulares amplios.
- Tomas prolongadas.
- El niño hace más esfuerzo para comer: temblor de fatiga en barbilla y lengua.
- Ampolla de succión en el labio.
- Menor transferencia de leche: fallo de medro, ictericia...
- Menor producción de leche.
- Abandono precoz de la lactancia.
- Consecuencias sobre otras funciones fisiológicas:
 - Dificultades en la pronunciación de algunas consonantes: *t, d, l, n, r*..
 - Problemas con la deglución, manejo de sólidos, de píldoras, tomar helados, besar.
 - Regurgitaciones
 - Peor higiene dental.
 - Modificación de otras estructuras de la boca; en caso de anquiloglosia: el paladar se arquea, prognatismo, mordida abierta...

La anquiloglosia es responsable de un 3,2% a un 12,8% de los problemas de lactancia (1). La prevalencia varía según las series entre <1% y el 10,7% (2).

5. DIAGNOSTICO

Ha de ser clínico y funcional. Como en todas las dificultades de lactancia es preciso valorar al niño, a la madre y a la toma.

- Valoración del niño:
 - Mirar la boca, mandíbula (ver si hay retrognatia)...
 - Labios: callo de succión
 - Paladar: ojival o no.
 - Visualizar el frenillo: si llega a punta de la lengua, si es elástico, si es corto...Tener en cuenta que existen frenillos submucosos, que no se visualizan a simple vista pero comprometen los movimientos linguales.
 - Restricción de los movimientos de la lengua. Es preciso valorar todos los movimientos:
 - Extrusión: la lengua debe tener la capacidad de cubrir la encía inferior y sobrepasar el labio
 - Lateralización: tocar suavemente la mucosa geniana a nivel del ángulo de la boca y comprobar el niño puede mover la lengua de forma que la punta toca el dedo.
 - Elevación: comprobar (con apertura bucal máxima) que la punta de la lengua se eleva al menos al 50% de la distancia que separa el suelo de la boca del paladar.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

El movimiento de elevación de la punta es el más importante para conseguir un amamantamiento eficaz.

- Formación del surco: Introducir un dedo en la boca del niño y comprobar que la lengua lo rodea.
- Succión: en caso de anquiloglosia, se objetiva que la lengua ejerce mayor presión sobre el dedo en la parte posterior que en la parte anterior.
- Valoración de la madre: pezones enrojecidos o con grietas, si hay o no ingurgitación, etc.
- Evaluación de la toma: objetivando dolor con el amamantamiento, enganche superficial, incómodo para el bebé, chasquido...

Hay que tener en cuenta que la función es más importante que la apariencia. En ocasiones, la elasticidad del suelo de la boca o del frenillo puede compensar y hacer que el frenillo no tenga consecuencias para la lactancia.

6. TRATAMIENTO:

El tratamiento es quirúrgico (frenulotomía o frenotomía)

Indicaciones:

En nuestro centro, se realizará frenulotomía si:

- **Complica la lactancia:** En el caso de que no la complique, la decisión de intervenir no hay que tomarla de manera inmediata, siendo conveniente que el niño sea valorado evolutivamente. Si el frenillo finalmente es sintomático (para la pronunciación, o la dentición...), su pediatra lo remitirá para valoración por ORL
- **Es un frenillo tipo 1 ó 2.** Los frenillos posteriores requieren la realización de frenectomía o Zplastia, que son técnicas que habrá que remitir a ORL infantil (derivar al paciente a centro con Cirugía Infantil).
- **El niño es menor de 2 meses.** En caso de niños más mayores, el frenillo está más vascularizado y aumenta el riesgo de sangrado; los debe valorar entonces Cirugía Infantil o ORL.

Valoración pre-frenulotomía:

Antes de llevar a cabo la frenulotomía, indagar sobre:

- Historia familiar/personal de alteraciones de coagulación.
- Alergias a fármacos (si se van a utilizar anestésicos locales).
- Historia familiar de alteraciones de la pronunciación, de lactancia...
- Hacer un diagnóstico clínico y funcional de la anquiloglosia como se ha descrito más arriba.
- Descartar problemas neuromusculares.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

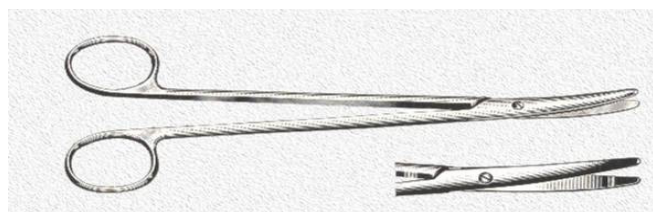
Estado: Vigente

- Descartar problemas anatómicos: hendiduras palatinas..
- Descartar micrognatia o macroglosia: en este caso la frenulotomía puede aumentar el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias.

En estos casos no se debe realizar frenulotomía

Material para realizar frenulotomía:

- Sonda acanalada.
- Tijeras incurvadas, de punta roma (de Metzembraum).
- Gasas, guantes.
- Analgesia: solución de sacarosa 24%.



Tijeras de Metzembraum.



Sonda acanalada

Método de frenulotomía:

- Administrar 0,5 cc. de sacarosa al niño.
- Buena sujeción de la cabeza y la mandíbula.
- Levantar la lengua con la sonda acanalada.
- Cortar el frenillo cuidadosamente, protegiendo la lengua con la superficie plana de la sonda acanalada.
- Limpiar con una gasa estéril.
- Colocar inmediatamente el niño al pecho.

Tras la frenulotomía, diversos estudios han comprobado:

- Que disminuye el dolor de la madre:

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

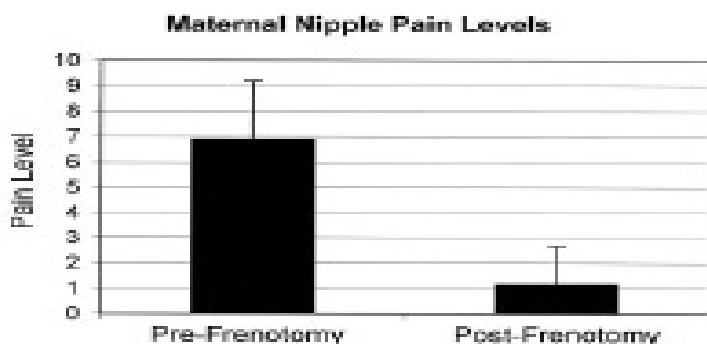


Fig 3. Maternal nipple pain before and after the frenuloplasty. Pain levels decreased significantly after the procedure.

(Ballard JL y col, Pediatrics 2002)

- Ecográficamente se comprueba que disminuye la compresión del pezón (3).
- Aumenta la producción de leche (3).

Tras la frenulotomía se debe comprobar que se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos.

Complicaciones de la frenulotomía:

- Sangrado: suele ser mínimo. En la mayoría de los casos es suficiente con compresión. En casos excepcionales puede precisarse electrocauterización. Por este motivo, todas las frenulotomías se realizarán siempre de lunes a viernes y en horario de mañana, para tener disponible la posibilidad de atención urgente por parte de ORL.
 - Si frenillo muy grueso y vascularizado, suturar por encima y por debajo de la incisión para prevenir sangrado.
- Infección (muy raro).
- Puede no ser siempre efectivo: corte insuficiente, o cicatriz se retrae.

¿Qué hacer si la madre se niega a intervenir al niño?

- Aumentar la superficie de contacto lengua/pecho: agarre asimétrico.
- Extensión cefálica.
- Madre reclinada para favorecer manejo del bolo.
- Tomas frecuentes y largas.
- Apoyo sublingual...

¿Y si estas medidas son ineficaces?

Algunas mamás deciden amamantar con pezonera o extracción/administración con suplementador (disminuye la presión al mamar).

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

7. RESUMEN

- La anquiloglosia no es un problema banal, tiene consecuencias en el amamantamiento y en la dentición, el lenguaje...
- La exploración de la lengua y su función debe formar parte de la evaluación de los recién nacidos.
- El movimiento más importante a valorar es la elevación de la punta.
- La frenulotomía es una técnica sencilla.
- No debe demorarse el tratamiento una vez indicado.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

ACTUACIÓN RESPECTO A LAS FÓRMULAS A ADMINISTRAR

1. OBJETIVO GENERAL

Indicar de manera adecuada el tipo de fórmula a administrar, tanto a los niños amamantados que precisan suplemento como a los que no van a ser amamantados, para evitar alergia alimentaria.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Definir los niños de riesgo alérgico.
- Definir el tipo de fórmula a administrar en caso de recién nacidos amamantados que vayan a ser suplementados, con o sin riesgo alérgico.
- Definir el tipo de fórmula a administrar en caso de recién nacidos no amamantados, con o sin riesgo alérgico.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Vandenplas Y, Brueton M, Dupont C, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child* 2007; 92: 902-908.
- Greer F R, Sicherer SH, Burks W and the Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008; 121: 183-191.
- Host A, Halken S, Muraro A et al. Dietary prevention of allergic disease in infants and small children. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19: 1-4.
- Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolyzed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003664
- Dalmau J, Martorell A y el Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Alergia a las proteínas de la leche de vaca: prevención primaria. Aspectos nutricionales. *An Esp Pediatr* 2008; 68: 295-300.

4. NORMAS DE ACTUACIÓN

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

La prevención primaria de la alergia alimentaria trata de evitar la sensibilización en el niño de riesgo impidiendo la exposición a alimentos muy alergénicos.

Hasta ahora no hay estudios realizados con suficiente rigor científico que permitan recomendar el uso de ninguna fórmula especial en niños que precisan suplementación en las maternidades.

Hoy por hoy y en base a las recomendaciones de la mayor parte de los grupos de expertos solo está indicada la intervención nutricional en niños de riesgo.

Se considera un niño de alto riesgo aquel que tiene al menos un familiar de primer grado (padres ó hermanos) con historia documentada de enfermedad alérgica (APLV).

La intervención se plantea desde el periodo perinatal hasta el primer año de vida, etapa en la que el niño contacta con la mayoría de los alérgenos alimentarios.

Intervención en la dieta materna:

Los comités de expertos están de acuerdo en afirmar que la restricción dietética durante el embarazo y la lactancia no está indicada por no haber mostrado beneficio en la prevención de la enfermedad atópica.

Además, hay que considerar que son dos periodos de riesgo nutricional para la madre. Existe la posibilidad de que la restricción dietética durante la lactancia tenga un cierto efecto protector sobre la dermatitis atópica, pero se necesitan más estudios que lo confirmen.

Intervención en la dieta del niño:

- Lactancia materna:

La lactancia materna exclusiva durante al menos 4 meses previene la APLV y el eczema atópico durante los dos primeros años de vida en los niños de riesgo. No está claro, por el momento, si la lactancia materna exclusiva tiene el mismo efecto preventivo en los niños sin riesgo de atopia.

- Fórmulas hidrolizadas:

El papel de las fórmulas extensa y parcialmente hidrolizadas en la prevención de la APLV ha sido objeto de gran interés en la literatura de los últimos años.

Estas recomendaciones solo son para niños con riesgo de desarrollar enfermedad alérgica

La Academia Americana de Pediatría y la revisión Cochrane consideran que existe evidencia de prevención de la aparición de dermatitis atópica y alergia a las proteínas de leche de vaca, si durante los 4-6 primeros meses de vida se administran fórmulas extensamente

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

hidrolizadas tanto en los niños que necesitan suplementar la lactancia materna como en los alimentados con fórmula.

El Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, apoya la recomendación del uso de fórmulas extensamente hidrolizadas hasta los 4 meses de edad, en niños de riesgo que necesitan suplementar la lactancia materna. Sin embargo, **los niños que no van a ser lactados al pecho pueden utilizar fórmula adaptada desde el nacimiento**. La base de esta recomendación está en que la administración de proteínas de la leche de vaca desde el nacimiento, en grandes cantidades, y de forma ininterrumpida, induce la tolerancia oral y previene la APLV. Queda por determinar en el futuro, el papel de los hidrolizados parciales aunque no parecen tener ventajas respecto a la fórmula adaptada

- Otras fórmulas:

Las fórmulas de soja no han demostrado ningún beneficio en la prevención de la atopia, por tanto, no deben utilizarse para este fin. Las fórmulas elementales no han sido estudiadas hasta el momento por lo que se desconoce su papel en la prevención.

5. RESUMEN

- 1 Solo está indicada la intervención nutricional en niños de riesgo (o sea, los que tienen padres o hermanos con alergia demostrada a las PLV).
- 2 La mejor intervención y la que más beneficio ha demostrado es mantener lactancia materna exclusiva durante los 4-6 primeros meses de vida.
- 3 En niños de riesgo que precisan suplementar la lactancia materna o que van a recibir lactancia materna menos de 4 meses: debería suplementarse con hidrolizado extenso de proteínas.
- 4 Los niños que van a recibir lactancia artificial desde el nacimiento, aunque sean niños de riesgo, no precisan ninguna intervención ya que la exposición a PLV de forma ininterrumpida y en grandes cantidades desde el nacimiento les permitirá adquirir tolerancia.

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

6. RECOMENDACIONES EN CUANTO A PREVENCIÓN DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN NIÑOS DE RIESGO

PARAMETROS	AAP 2008	SP-EAACI 2008	ESPGHAN 2008	Comité de Nutrición AEP 2008	Nuestra recomendación
Dieta durante la gestación y lactancia	No recomendada	No recomendada	No recomendada	No recomendada	No recomendada
Lactancia materna exclusiva	≥4-6 meses	≥4-6 meses	4-6 meses	≥4-6 meses	6 meses (recomendación OMS)
Tipo de fórmula si se precisa suplementar la lactancia materna	Hidrolizados extensos ó parciales	—	Hidrolizados extensos ó parciales	Hidrolizados extensos sólo hasta los 4 meses edad	Hidrolizados extensos sólo hasta los 4 meses edad (recomendación AEP)
Tipo de fórmula para niños con lactancia artificial	Hidrolizados extensos ó parciales	Hidrolizados extensos ≥4 meses	Hidrolizados extensos ó parciales	No precisa ningún tipo de fórmula especial. Utilizar fórmula adaptada	No precisa ningún tipo de fórmula especial. Utilizar fórmula adaptada (recomendación AEP)
Retrasar la introducción de sólidos	≥4- 6 meses	≥4 meses	Hasta los 4 meses y no después de los 7 meses.	Al menos hasta los 4 meses	Al menos hasta los 6 meses (recomendación OMS)

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

UN HOSPITAL COMPROMETIDO CON LA LACTANCIA MATERNA: Hospital Acreditado por la IHAN-UNICEF desde 2006.

RESUMEN DE NUESTRA NORMATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA*

El Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) reconoce las ventajas de la lactancia materna para la salud de la madre y del hijo y se compromete a ofrecer ayuda y apoyo profesional de alta calidad a las madres que amamantan.

El personal sanitario no discriminará a ninguna mujer por el método de alimentación que haya elegido para su hijo y le proporcionará apoyo cualquiera que haya sido su elección.

Por lo tanto, el Hospital Universitario de Fuenlabrada se compromete a:

- Proporcionarle durante el embarazo información precisa y actualizada sobre las ventajas y la técnica de la lactancia materna.
- Tras el parto, si lo desea y la situación clínica de ambos lo permite, su hijo será colocado sobre su cuerpo permaneciendo ambos en contacto piel con piel todo el tiempo que lo deseen. Así el niño podrá realizar la primera toma al pecho cuando ambos estén dispuestos.
- Proporcionar un entorno favorable, de forma que su hijo y usted puedan estar juntos las 24 horas del día, así como la ayuda necesaria para continuar la lactancia materna con éxito.
- No ofrecer a su hijo leche artificial o biberones excepto en caso que esté clínicamente indicado o que Uds. lo decidan.
- Proporcionar el apoyo y la ayuda práctica necesarios si usted y su hijo se han de separar o necesitan una atención especial.
- No permitir la promoción ni exponer publicidad de sucedáneos (sustitutivos) de la leche materna, chupetes, tetinas o biberones.
- Proporcionarle información sobre dónde obtener apoyo para la lactancia materna en su localidad para poder continuar la lactancia sin problemas el tiempo que desee,

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

recomendándose lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementando la leche materna con otros alimentos hasta los dos años por lo menos.

** Si lo desea, puede solicitar a nuestro personal un ejemplar de nuestra normativa completa.*

NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

ANEXO I

PREPARACIÓN DE LOS BIBERONES

La OMS recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente al pecho durante los seis primeros meses de vida. Los que no son amamantados necesitan un suculento apropiado. Las preparaciones en polvo para lactantes no son estériles. Pueden contener bacterias nocivas capaces de provocar graves enfermedades en los lactantes. La preparación y la conservación correctas de estos suculentos de la leche materna reducen el riesgo de enfermedad.

- Previamente, lávese las manos y séquelas utilizando un paño limpio.

- Si la tétina no está perforada, debe hacer un agujero con una aguja enroscada al fuego. El contenido del biberón debe caer gota a gota al volcánico.

Limpieza y desinfección de los biberones

Es imprescindible mantener una buena higiene de los biberones y las tetinas. La limpieza del biberón, la rosca y la tétina debe hacerse después de cada toma, de forma metódica, con agua y jabón, eliminando todo resto de leche. De esta forma se eliminan bacterias nocivas que pueden hacer enfermar al bebé. Es aconsejable además hervirlos durante 10 minutos (o esterilizarlos al vapor o con líquidos esterilizantes, siguiendo las instrucciones del fabricante).



Se puede desinfectar simultáneamente los envases o tetinas que se vayan a utilizar durante un día, manteniéndolos en la cazuela hasta que se necesiten o bien situarlo en un lugar limpio una vez ensamblado todo el biberón por completo para impedir que el interior de la botella y que el interior y exterior de la tétina se pueda contaminar.

Tipos de agua que se pueden utilizar

El agua de Madrid es adecuada para la alimentación de los recién nacidos. No se aconseja utilizar agua mineral (ya que el plástico puede generar sustancias nocivas para el bebé).

El agua potable para preparar biberones debe hervirse un minuto desde el momento en que empieza a hervir la superficie.

El agua estará a una temperatura de unos 70°C, de modo que no se debe dejar enfriar más de media hora después de hervir, volviendo a repetir el procedimiento en cada toma. De esta manera aseguramos la destrucción de las bacterias que puedan estar presentes en el polvo.

Si no dispone de agua hirviendo, puede utilizar preparaciones para lactantes líquidas estériles, de venta en farmacias.

En casos excepcionales se puede preparar las tomas utilizando agua potable limpia a temperatura ambiente y administrar el alimento de inmediato.

Preparación de los biberones

Para preparar el biberón, hierva primero el agua y vierta en el biberón PRIMERO EL AGUA y, a continuación, la cantidad de leche en polvo indicada, manteniendo siempre la proporción de 1 CACITO DE POLVO POR CADA 30 CC DE AGUA. Los cacitos deben ser RASOS y sin comprimir.

Agite bien el biberón para que quede bien mezclado.

Dejar enfriar inmediatamente el contenido hasta la temperatura apropiada para alimentar al bebé colocando el biberón bajo el chorro del grifo o sumergiéndolo en un recipiente con agua fría. Compruebe la temperatura del biberón antes de ofrecerlo al niño aplicando unas gotas de leche sobre la cara interna de su muñeca. Esta debería estar tibia, no caliente.

A su hijo no le ocurrirán nada si toma un biberón a temperatura ambiente, no lo sobrecaliente.

⚠ Nunca utilice el horno microondas para preparar o calentar tomas ya que no calientan los alimentos de modo uniforme y pueden producirse "bolitas calientes", capaces de quemar la boca del bebé. Si está frío témpelo al baño María o bien bajo el chorro del grifo con agua caliente.

Los restos de la toma no se deben conservar para la siguiente. Deseche todo lo que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.



NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE LACTANCIA MATERNA

CÓDIGO DE DOCUMENTO: CLM-PR-001-02

Versión: 02

Fecha: 13/12/2010

Estado: Vigente

PREPARACIÓN DE LOS BIBERONES

Administración de los biberones

La nutrición es una de las principales formas de favorecer el vínculo materno-hijo/a. Los bebés se vinculan más con la persona que los alimenta. Por ello:

- Ten al bebé en brazos siempre, sujetando el biberón sobre el pecho.
 - Mirale a los ojos, háblale despacio y con cariño.
 - Cambia de lado cada toma.
 - Al menos, durante las primeras semanas de vida, procura que no hayan muchas personas diferentes que den el biberón al bebé.
- Al darle el biberón este debe ser colocado en posición horizontal y con la tetina a medio llenar, para favorecer una succión más fisiológica:



Al mantener el biberón horizontal la goma no sale si el bebé no succiona, de esta forma favorecemos una succión más fisiológica.

Al inclinar ligeramente el biberón la goma sale sola complementando la succión.



Al inclinar el biberón la leche sale de manera continua obligando al bebé a tragar.



Conservación de los biberones

Lo más higiénico es preparar el alimento de nuevo para cada toma y administrárselo al bebé de inmediato.

Si necesita preparar tomas por adelantado para alimentar al bebé más adelante, preparar cada biberón por separado, enfriar los biberones rápidamente y meterlos en el frigorífico (a menos de 5° C). Deseche toda toma refrigerada que no haya sido utilizada en 24 horas.

Extraiga un biberón del frigorífico justo antes de utilizarlo.

Calientelo durante un máximo de 15 minutos. Puede hacerlo sumergiéndolo en un recipiente de agua caliente, cerciorándose de que el nivel del agua no llegue al borde de la tapadera. Agite o remueva de vez en cuando el contenido para asegurarse de que se caliente de manera uniforme.

Nunca utilice el horno microondas para preparar o calentar tomas.

Compruebe la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en la cara interior de la muñeca. El contenido estará tibio, no caliente.

Deseche todo sobrante rehechado que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.

Si no dispone de frigorífico, no es seguro preparar tomas por adelantado.

¿Se puede preparar biberones por adelantado para llevar en un viaje?

Si, pero asegurándose de que el biberón esté frío antes de llevarlo y de que se mantenga frío durante el viaje. Así se retrasará o detendrá la multiplicación de bacterias nocivas.

Prepare los biberones como se ha indicado, enfríelos rápidamente y métalos en el frigorífico (a no más de 5° C).

Inmediatamente antes de salir de casa, saque los biberones fríos del frigorífico y métalos en una bolsa de conservación en frío con paquetes de hielo.

Cuando llegue a su destino, meta los biberones en un frigorífico, y recaliente uno cuando lo necesite.

Si su viaje dura más de dos horas, quizá no pueda mantener fríos los biberones preparados. En ese caso, tendrá que preparar las tomas a medida que las necesite. Lleve consigo porciones individuales de sucedáneo en polvo en recipientes limpios, esterilizados y tapados; en su destino, prepare las tomas como de costumbre utilizando agua hervida, no dejando pasar más de 30 minutos desde que se haya hervido para que esté a más de 70° C.

En el caso de su hijo:

Administre leche de inicio / hidrolizado (táchese lo que no proceda). Preparación: en cc de agua, añadir cactus rasos de la leche en polvo.
Ofrecer toma cada horas.

Bibliografía

FAO/OMS. 2007. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: directrices. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publication/s/micro/pfif2007/en>