GUIA DE PROCEDIMIENTOS

PARA LA PROMOCIÓN, FOMENTO, APOYO
Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y EL NIÑO

Programa Materno infantil
Edición 2013

Subprograma de Lactancia Materna Dirección Maternidad, Infancia y Adolescencia MS PBA

AUTORIDADES

Dr. Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Alejandro Collia
Ministro de Salud

Dr. Pablo Garrido
Jefe de Gabinete

Dr. Sergio Alejandre
Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud

Dr. Juan L. Quadrelli
Director Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud

Dr. Luis Crovetto
Director Provincial de Atención Primaria de la Salud

Dra. Flavia Raineri
Directora de Maternidad, Infancia y Adolescencia

AREA de la MUJER
Subprograma de Perinatología
Lic. Ana María Bonotti
Obst. María J. Farinato
Lic. Paola Saracco
Lic. Julia Britos
Lic. María Rosa Sabbadin
Lic. Cristina Fernández
Dr. Norberto Santos
Srta. Solange Rey
Srta. Andrea Juárez

Subprograma de Lactancia Materna y Nutrición
Dra. Patricia Barrios Skrok
Lic. Graciela Gómez
Lic. Nadia Attie

AREA DEL NIÑO
Salud Integral del niño de 0 a 5 años
Dra. Estela Grad
Lic. Verónica Basso
Sra. Natalia Cerdá
Vigilancia Epidemiológica
Dr. Marcelo Jaquenod
Dra. Marcela Calcopietro
Srta. Magdalena Jaquenod
Srta. Fernanda Basomba

Redes Perinatales
Lic. Laura Ciccocioppo
Lic. Wendy Élida, Domínguez
Lic. Facundo Arroyo
Lic. Juan Ignacio Babino
Lic. Vanesa Verónica Velázquez
D.C.V. Mariana Espinosa

Comunicación
Lic. Loana Barletta
Lic. Bárbara Corneli
Sr. Mariano Zamorano

Edición
Lic. Bárbara Corneli
Lic. Facundo Arroyo

Diseño y diagramación
Área de comunicación en prácticas de Salud MSBA.

Administración
Sra. Andrea Susino
Sra. Roxana Camino
Sra. Fernanda Martínez
Sr. Carlos Sereno
Sra. Yolanda Céspedes

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/

Comisión Asesora de Subprograma Lactancia
Cecilia Carregall, Liga de La Leche Argentina.
Dr. Gustavo Sager, Banco de Leche Materna Pasteurizada.
Lic. María del Carmen Arroyuelo, Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño.
Lic. Julia Britos, Subprograma Perinatología.
Lic. Mónica Villegas, Neonatología.

INDICE

I. Introducción
II. Organización de la Guía
III. ACCIONES DE PROMOCIÓN, FOMENTO, APOYO Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
A- ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA
A. 1. "Acciones a desarrollar": 1º, 2º, 3º, 4º y 5º Control del embarazo y subsiguientes
A.2. Instrumentos operativos.
A.2. a. INFORMACIÓN A UTILIZAR EN LAS CONSULTAS DURANTE EL EMBARAZO:
Beneficios de la Lactancia Materna y Desventajas del uso de biberón.
Desventajas del uso de biberón y chupete.
A.2. b. Práctica ideal de alimentación.
A.2. c. Práctica de la Revisación de mamas , Pezones planos o invertidos.
Cuidado e higiene de mamas y pezones
A.2. d. Información sobre las Primeras horas de vida del bebé

B- ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO
1. SALA DE PARTOS:
1. a. Acciones a desarrollar.
1. b. Instrumentos operativo. Fundamentos del contacto piel a piel.
Comportamiento del recién nacido en el copap. Traslado a la sala de maternidad.
Clampeo o ligadura oportuna del cordón umbilical.Material de consulta de copap y ligadura oportuna de cordón umbilical.Nacimiento por cesárea. Practica de internacion conjunta.
Informar acerca de la práctica ideal de alimentación

2. DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO
2. a. Acciones a desarrollar: PRACTICA DE INTERNACIÓN CONJUNTA
2. b. Instrumento operativo:
2.b. I . INFORMAR ACERCA DE LA PRÁCTICA IDEAL DE ALIMENTACIÓN:
Observar la lactancia materna , ofrecer asistencia y motivación. Brindar apoyo adicional cuando la iniciación se retrasa. Tipo de alimentación. Brindar apoyo para lograr la Lactancia Materna Exclusiva y alimentación optima.
2.b. II . INFORMACIÓN TECNICA A. colocacion al pecho, B. relación postural y distintas posiciones para amamantar. C. técnicas para extracción manual de leche. D. definicion libre demanda. E. definicion lactario de leche humana. F. Adecuación de la Técnica

en SITUACIONES ESPECIALES (Prematuros, Mellizos y trillizos, Malformaciones Congénitas , Fisura labio alveolo palatina (FLAP), Sindromes Cromosomicos . Sindrome de Down, Cardiopatía congénita.)
2.C . RAZONES MÉDICAS ACEPTABLES PARA SUPLEMENTACIÓN.
2.D. ALTA DE LACTANCIA COMO REQUISITO CONJUNTO CON EL ALTA MATERNA Y NEONATAL. Técnica Correcta. Reflejo de búsqueda del bebé y Reflejo de erección del pezón. Pecho exclusivo.

C POST ALTA.
C. 1. Acciones a desarrollar: 1º Control puerperal, 1º Control neonatal (7 a 10 días de vida), Controles mensuales del bebé de 1 a 5 meses de vida, Controles de salud del bebé desde los 6 meses de vida:
C.2. Instrumentos operativos
INFORMACIÓN A UTILIZAR EN LAS CONSULTAS DE POST ALTA: a. Informar acerca del método anticonceptivo (MELA). b. Madres que trabajan fuera del hogar. c. El destete como un proceso y sus implicancias para el niño y la madre.
• CONSULTAS DE POST ALTA por Complicaciones en la LACTANCIA MATERNA .
a) CUIDADOS Y PROBLEMAS EN LA MADRE: Dolor durante la mamada, Procesos inflamatorios; (Mastitis, Absceso) Baja Producción de Leche: Señales de Alimentación Suficiente.
b) CUIDADOS Y PROBLEMAS EN EL BEBÉ: Señales de alimentación insuficiente. Rechazo del pecho causas Probables y manejo. A. Bebé que se niega a acercarse al pecho B. Bebé que no puede pegarse al pecho. C. Bebé que no puede permanecer pegado. D. Bebé que no mama. E. El bebé rechaza un pecho
• CONSULTAS DE POST ALTA en ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y LACTANCIA. Alimentos recomendados a partir del sexto mes. Información sobre curvas del crecimiento del lactante y niño pequeño. Características de crecimiento de los niños amamantados. Crecimiento lento en niños amamantados. Desafíos

Anexo I: Elementos de consejería habilidades de escucha y aprendizaje, habilidades cómo reforzar la confianza y dar apoyo.

Anexo II: Medicamentos Maternos y Lactancia.

Anexo III: Enfermedades de los niños y lactancia materna.

Anexo IV: Enfermedades maternas y lactancia.

Anexo V: VIH y alimentación infantil sida, HIV positivo.

Anexo VI: Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna de OMS.

Anexo VII: Iniciativa centro de salud amigo de la madre y del niño.

Anexo VIII: Iniciativa hospital amigo de la madre y del niño.

Anexo IX: Bancos de leche materna pasteurizada y centros de recolección.

I- INTRODUCCIÓN

Esta guía de procedimientos pretende acompañar a los equipos de salud en la compleja tarea de orientar a las mujeres y sus familias en una de las pautas de crianza más importantes: la lactancia materna. Como estrategia de salud pública la lactancia materna es la más costo-efectiva, ayudando claramente a disminuir la mortalidad infantil.

Para la Dirección de Maternidad e Infancia esta estrategia es fundamental y esta guía es parte del trabajo articulado con otros proyectos y áreas del Ministerio.

La guía brinda herramientas para que el equipo de salud pueda acompañar a las mujeres embarazadas durante todo su control, en el parto, puerperio y también en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas hasta los 2 años de edad. La lactancia materna es una acción clave para una alimentación exitosa y un mejor desarrollo y crecimiento de la primera infancia.

Trabajamos intensamente para la incorporación de diferentes intervenciones en las prácticas de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Una de ellas es incentivar el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, estrategia clave para disminuir el número de muertes maternas y neonatales. Los equipos de salud son involucrados en prácticas de sensibilidad y respeto hacia la mujer y sus creencias, asegurando el cumplimiento de sus derechos en el marco de la atención sanitaria de los procesos de planificación y controles del embarazo y la maternidad. Ser alimentado al pecho materno es un derecho de los niños y las niñas ya que así está expresado en la Convención de los Derechos del niño y debemos velar para que este derecho se cumpla en todos los lugares donde nacen niños en la Provincia de Buenos Aires.

La ley 25.724 del Programa de Nutrición y Alimentación Nacional, de 2002, indica promover “la lactancia materna exclusiva hasta los 6 (seis) meses de edad, incluyendo el apoyo nutricional a las madres hasta los 12 (doce) meses de vida de sus hijos en los casos en que fuera necesario” (Art. 5to, Punto 1).

En la Provincia de Buenos Aires, durante el año 2012, la prevalencia de la lactancia materna de los bebés al cuarto mes alcanzó casi un 41 % siendo el año anterior de 37,8% y el destete de 16 % disminuyó a un 15%. La provincia alcanzó un 50,1% de niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente al pecho (Indicador de Lactancia Exclusiva Natural de la OMS), durante el año 2012. La encuesta anual de lactancia materna muestra una tendencia que mejora año a año pero a un ritmo lento. Por todo esto, para evitar la alimentación artificial y para acompañar a las mujeres que deseen amamantar a tomar decisiones informadas respecto a la alimentación y cuidado de su salud y la de su bebé, es indispensable el trabajo sostenido en la promoción de la lactancia materna. Y esta guía es parte de ese trabajo integral.

II- ORGANIZACIÓN DE LA GUÍA

La Guía propone un esquema acorde con el momento de la consulta, ofreciendo así tres capítulos operativos:
A. Atención de la Embarazada;
B. Atención del Parto y Puerperio Inmediato;
C. Atención Ambulatoria de la Madre y el Lactante.

Cada uno de ellos se divide a su vez en dos partes: la primera dedicada a enumerar las "Acciones a Desarrollar" en cada contacto con la embarazada y la madre, y una segunda con "Instrumentos Operativos" a utilizar.

Más allá de estos capítulos la Guía ofrece Anexos funcionales a la orientación y finalidad del documento:
I- Elementos de Consejería.
II- Medicación Materna y Lactancia.
III- Enfermedades de los Niños y Lactancia.
IV- Enfermedades de las Madres y Lactancia.
V- VIH y Alimentación infantil.
VI- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
VII- Iniciativa Centro de Salud.
VIII- Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño.
IX- Bancos de leche Materna Pasteurizada.
X- Centros de Lactancia Materna Hospitalarios.

La redacción de este documento se basa fundamentalmente en la Propuesta Normativa Perinatal Tomo III: Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, del Ministerio de Salud de la Nación, con las actualizaciones y adecuaciones necesarias. Las acciones indicadas a continuación pueden ser realizadas por cualquier integrante del equipo de Salud capacitado y entrenado debidamente en Fomento, Promoción, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna, incluyendo dentro del mismo a miembros de Grupos de Apoyo, si los hubiera. Queda claro que algunas acciones tales como la prescripción de fármacos y los procedimientos instrumentales serán estrictamente campo de los profesionales de la salud habilitados a tales efectos.

III- ACCIONES DE PROMOCIÓN, FOMENTO, APOYO Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

A- ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA
1. ACCIONES A DESARROLLAR

1º CONTROL DEL EMBARAZO (IDEALMENTE PRIMER TRIMESTRE):

Será muy oportuno poder conversar con la futura madre acerca de algunos aspectos relacionados con la alimentación de su bebé, tales como:

Qué opinión tiene sobre la lactancia materna

• Si sabe si ella misma fue amamantada.
• Si amamantó a hijos anteriores, a cuántos, y cuánto tiempo amamantó a su último hijo.
• Qué ventajas o inconvenientes tuvo con respecto al amamantamiento de sus hijos anteriores.
• Si piensa amamantar a su futuro hijo, y por cuánto tiempo.
• Si trabaja fuera del hogar, si sabe qué beneficios o facilidades le darían en su trabajo para amamantar.

Escuchar atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
Responder fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de Consejería (ver Anexo I).

• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y trato cordial.
• Hacer que ella se sienta cómoda.

Cuando lo considere oportuno, tratar de brindar alguna información referida a los beneficios de la Lactancia Materna y desventajas del uso de biberón y chupete.

INFORMAR ACERCA DE LA PRÁCTICA IDEAL DE ALIMENTACIÓN:

Del bebé:

• Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
• A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.

De la madre:

• Informar sobre importancia de la alimentación de la gestante (educación alimentaria).

Reforzar Buenas Prácticas

• Efectuar revisación de mamas.

• Indicar el cuidado e higiene de mamas y pezones.
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

2º CONTROL DEL EMBARAZO:

• **Verificar** cómo realiza el cuidado de mamas y pezones.
• **Escuchar** atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
• **Responder** fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de consejería (ver Anexo I).
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y trato cordial.
• Hacer que ella se sienta cómoda.

Reiterar información acerca de la práctica ideal de alimentación:

• Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
• A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.
• **Abordar el retorno materno al trabajo** después del parto, si fuera el caso.
• **Verificar la adecuada alimentación de la gestante** por medio de Educación Alimentaria.
• **Cumplir con el Código** Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM de OMS (Anexo VI).

3º CONTROL DEL EMBARAZO:

• **Verificar** cómo realiza el cuidado de mamas y pezones.
• **Escuchar** atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
• **Responder** fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde alguna de las valiosas herramientas de Consejería (ver Anexo I)
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y trato cordial.
• Hacer que ella se sienta cómoda.

Reiterar información acerca de la práctica ideal de alimentación:

• Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
• A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.
• Informar acerca de las primeras horas de vida del bebé.

• **Volver a abordar** el tema del retorno al trabajo.
• **Verificar** la adecuada alimentación de la gestante por medio de Educación Alimentaria.
• **Cumplir con el Código** Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM de OMS. (Anexo VI).

4º CONTROL DEL EMBARAZO:

• **Verificar** cómo realiza el cuidado de mamas y pezones.
• **Escuchar** atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
• **Responder** fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de consejería (ver Anexo)
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y trato cordial.
• Hacer que ella se sienta cómoda.

Reiterar información acerca de la práctica ideal de alimentación:
• Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
• A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.

Recordar detalles acerca de las primeras horas de vida del bebé:
• Necesidad de contacto inmediato madre-bebé (procurándolo incluso en el caso de internación neonatal).
• Necesidad de alimentación a libre demanda: dar de mamar cada vez que el bebé lo solicite y por el tiempo que éste desee (alertar sobre alta frecuencia de mamadas: 12-16 veces por día).
• Riesgos derivados del empleo de otros líquidos como agua, dextrosa, leche artificial: disminución de la producción de leche, alergias, contaminaciones, confusión de pezón.
Posición adecuada para amamantar:
• Cabeza y cuerpo del bebé alineados.
• Posición «panza con panza» mamá y bebé.
• Boca bien abierta.
• Labios evertidos tomando pezón y areola.
• Succión - deglución audible.
• Volver a abordar el tema del retorno al trabajo.
• Verificar la adecuada alimentación de la gestante por medio de Educación Alimentaria.
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM de OMS. (Anexo VI).

5º CONTROL DEL EMBARAZO Y SUBSIGUIENTES:

• **Verifica**r cómo realiza el cuidado de mamas y pezones.
• **Escuchar** atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
• **Responder** fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente.
Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de consejería (Anexo VI).
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y trato cordial.
• Hacer que ella se sienta cómoda.

Reiterar información acerca de la práctica ideal de alimentación:

• Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
• A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.

Recordar detalles acerca de las primeras horas de vida del bebé:

• Necesidad de contacto inmediato madre-bebé (incluso en el caso de internación neonatal).
• Necesidad de alimentación a libre demanda: dar de mamar cada vez que el bebé lo solicite y por el tiempo que éste desee (alertar frecuencia de mamadas: 12-16 veces/ día).
• Riesgos derivados del empleo de otros líquidos como agua, dextrosa, leche artificial: disminución de la producción de leche, alergias, contaminaciones, confusión de pezón.
• Posición adecuada para amamantar:
• Cabeza y cuerpo del bebé alineados.
• Posición «panza con panza» mamá y bebé.
• Boca bien abierta.
• Labios evertidos tomado pezón y areola.
• Succión - deglución audible.

Volver a abordar el tema del retorno al trabajo.
Verificar la adecuada alimentación de la gestante por medio de Educación Alimentaria.
Informar sobre la conveniencia de colocar el bebé al pecho dentro de la primera hora de vida.
Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de LM OMS (ver Anexo VI).

A.2. INSTRUMENTOS OPERATIVOS
A.2. a. INFORMACIÓN A UTILIZAR EN LAS CONSULTAS DURANTE EL EMBARAZO:

Beneficios de la Lactancia Materna y Desventajas del uso de biberón.

• Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo.
• Refuerzo de la autoestima.
• Menor sangrado post parto.
• Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias.
• Mayor espaciamiento entre embarazos.
• Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
• Menor depresión post parto.
• Más rápida recuperación física.
• Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en viajes, etc.
• Ayuda a estilizar su silueta (utilizando la grasa de reserva post parto para producir leche).

Beneficios de la Lactancia Materna para el bebé:

• Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
• Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
• Nutrición óptima, especialmente del Sistema Nervioso Central.
• Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del R.N.
• Menor incidencia de desnutrición infantil.
• Menor incidencia de muerte súbita del lactante.
• Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas.
• Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas.
• Menor incidencia de enfermedad celíaca.
• Menor incidencia de infecciones urinarias.
• Protección contra Diabetes Mellitus.
• Protección contra obesidad e hipercolesterolemia.
• Protección contra algunas formas de cáncer.
• Protección contra infecciones del oído medio en la primera infancia.
• Menor incidencia de problemas dentales y maloclusión.
• Asociación con inteligencia superior.
• Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad para defenderse más rápidamente de las enfermedades.
• Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por los lazos afectivos que se crean.
• No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos mientras tome pecho exclusivo.
• Menor incidencia de eccemas y otras afecciones de la piel.
• Menor incidencia de enfermedades intestinales del adulto, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.

Beneficios de la Lactancia Materna para la familia:

• Mejor desarrollo de la familia como célula social.
• Menor gasto en medicamentos, alimentos sustitutos, etc.
• Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
• Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
• Economía basada en que el costo de alimentar a una madre que amamanta es sensiblemente inferior al de alimentar a un niño con fórmula infantil.
• Posibilidad de utilizarlo como método anticonceptivo (Mela).

Beneficios de la Lactancia Materna para la sociedad:

• Perspectivas de una sociedad más sana en el futuro.
• Ahorro de tiempo y combustible.
• Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos.
• Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención primaria.
• Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres.
• Contribución al equilibrio ecológico.
• Menor gasto por la adquisición de leches artificiales, tetinas y biberones.
• Disminución de la Morbi-mortalidad Infantil.

Desventajas del uso de biberón y chupete:

• Perturbación del desarrollo del macizo cráneo facial y perjuicio de la postura corporal.
• Mayor frecuencia de diarreas, deshidratación, desnutrición y muerte.
• Mayor posibilidad de contraer infecciones y que éstas sean más graves.
• Menor posibilidad de contacto piel a piel.
• Confusión de pezón, por lo cual rechaza el niño el pecho.
• Mayor posibilidad de contaminación.
• Respuesta inadecuada (chupete) a la necesidad de contacto piel a piel con su madre.
• Costo de compra.

Uso del chupete y Bebe Sueño Seguro: Existe evidencia de que sería protector, en tanto favorece un sueño más superficial y dificulta el pasaje a boca abajo del bebé. Se recomienda colocarlo a partir del primer mes de vida, con **lactancia materna establecida** (bebé que aumenta de peso, la madre sin dificultades para amamantar) para no interferir con ella ya que es absolutamente clave como protección. Se usa sólo para dormir y se coloca antes de que el niño esté dormido. La Lactancia Materna aumenta el estado de alerta, impide sueño muy profundo y defiende de infecciones, por el pasaje de anticuerpos directos de la madre al niño y porque acelera la maduración del sistema inmune del niño.

A2 b. PRÁCTICA IDEAL DE ALIMENTACIÓN:

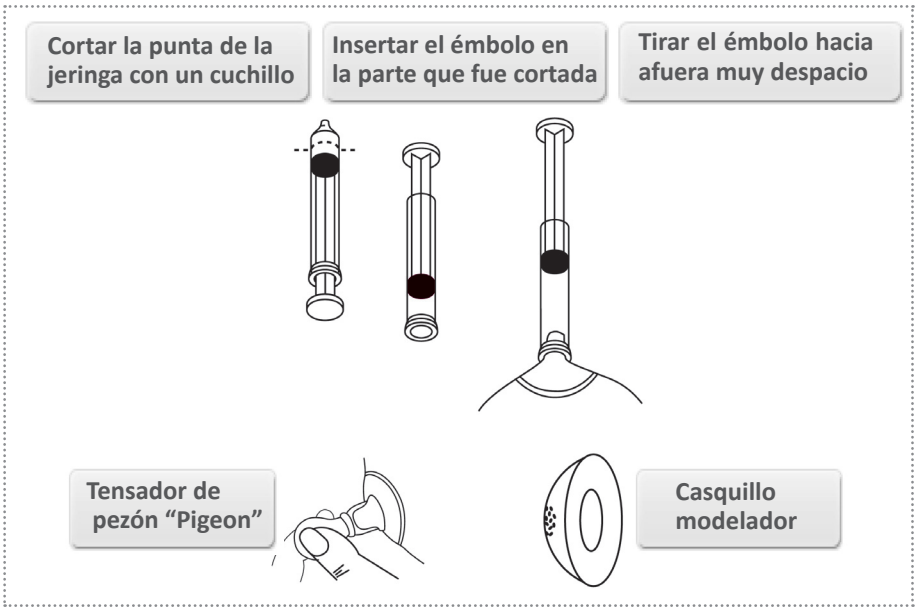
Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé.
A partir de entonces continuar con Lactancia Materna hasta los dos años de vida y después, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.

A2 c. REVISACIÓN DE MAMAS:

(a realizar por médico u obstétrica)

Se debe efectuar a efectos de comprobar si hay alguna dificultad en las mismas para la lactancia, por ejemplo pezones planos o umbilicados, así como otras patologías: tumorales, grandes asimetrías, durezas, hundimientos, cirugías previas, retracciones y surcos en la piel.

Es importante realizar esta revisación no sólo en las nulíparas sino también en las multíparas, ya que está comprobado que son más las mujeres que «piensan» que tienen pro-blemas que las que en realidad los tienen (esto puede haber llevado a la madre a no amamantar a hijos anteriores).



Pezones planos o invertidos:

En el caso de pezones planos o umbilicados, no se ha demostrado que su tratamiento durante el embarazo (maniobras de Hoffman) tenga un real efecto. Se recomienda tranquilizar a la madre respecto de sus posibilidades concretas de amamantar y explicarle que cuando nazca su bebé deberá realizar algunas maniobras previas a la colocación del bebé al pecho, si fueran necesarias: utilizando una jeringa de 20ml. Cuyo extremo ha sido cortado delicadamente se invierte el émbolo y se realiza vacío en el pezón a fin de revertirlo, luego de lo cual se colocará el bebé a succionar.

Cuidado e higiene de mamas y pezones:

Las mamas y los pezones no necesitan más que agua, aire y sol. Durante 10 minutos diarios en su hogar.

Si deben regresar a trabajar y están pensando cómo afrontar esta situación debería considerar la siguiente información:

Una manera de continuar amamantando es procurar ir adonde se halla su bebé (o

solicitar que se lo acerquen a su trabajo). También podrá optar por los descansos horarios que otorga la Ley Nº 10430 reformado por ley nº 11758. Decreto nº 1869/96 Sist. Prof. Administrativa.
Si no es posible esta alternativa, mientras esté en su trabajo podrá extraerse y guardar su leche para dejarle al bebé al día siguiente.
La mejor manera de extraer su leche es la extracción manual, por lo que no necesitará ningún aparato.
Su leche se puede almacenar hasta 6 horas aún fuera de la heladera, por lo tanto no tendrá dificultad para poder conservarla aún si no dispone de heladera. Si debe extraerse en su trabajo sería conveniente en un lugar limpio, privado y seguro como un lactario (evitar el baño) consérvela en lugar fresco de ser posible en heladera o freezer. Una vez extraída y colocada en un recipiente estéril (completando 1/3 de su volumen) para trasladarla hasta su casa utilice en receptáculo de Telgopor que contenga hielo o Gelax.
Se aconseja no utilizar biberón para administrar su leche al bebé; recomendamos el empleo de un vaso o taza pequeños.

A2 d. PRIMERAS HORAS DE VIDA DEL BEBÉ:

Necesidad de contacto inmediato madre-bebé (procurándolo incluso en el caso de internación neonatal).
Necesidad de alimentación a libre demanda: dar de mamar cada vez que el bebé lo solicite y por el tiempo que éste desee (alertar sobre alta frecuencia de mamadas: 12-16 veces por día).
Riesgos derivados del empleo de otros líquidos como agua, dextrosa, leche artificial: disminución de la producción de leche, alergias, contaminaciones, confusión de pezón.

Posición adecuada para amamantar:
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados.
- Posición «panza con panza» mamá y bebé.
- Boca bien abierta.
- Labios evertidos tomado pezón y areola.
- Succión - deglución audible.

El bebe pasa por nueve etapas instintivas, innatas y observables con este orden específico durante la primera hora de vida que detallamos brevemente: Etapa 1 - el grito al nacer, 2- relajación abrazado a la madre, 3- a los tres minutos se moviliza y abre los ojos, 4 – tiene movimientos de succión y búsqueda hasta completar los ocho minutos, 5 – periodo de descanso (pueden ser varios) , 6 – arrastre hacia la mama pezón a los 35 minutos, 7 – a los 45 minutos de nacer se familiariza con la mama y el pezón por lamidos durante un lapso de 20 minutos, 8 – promediando la hora de vida efectúa el agarre del pezón y succiona, y 9 – durante aproximadamente dos horas tiene un sueño reparador.
Ver video The Magical Hour. http://www.youtube.com/watch?v=2nP8MKV766k
Material de consulta
La primera hora después del nacimiento: 9 Etapas instintivas del bebé
http://www.healthychildren.cc/skin2skin.htm

B. ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO
1. SALA DE PARTOS:

1. A. ACCIONES A DESARROLLAR

Estimular y favorecer la presencia en la sala de partos de una persona de confianza de la parturienta que de apoyo (pareja, amiga, acompañante).
Evitar el uso de analgésicos y/o anestésicos en la madre, así como maniobras innecesarias que obstaculicen el vínculo temprano.
Favorecer el contacto precoz Madre-Hijo en forma inmediata, después del parto:
• Dentro de la primera hora de vida tanto la madre como el niño están especialmente alertas y esto facilita la interacción, además de estimular a la madre a producir más calostro rápidamente.
• La piel y el intestino del bebé se colonizarán inmediatamente con bacterias del entorno que lo protegerán de posibles infecciones.
• El parto Leboyer que consiste en colocar al bebé sobre el abdomen de su madre inmediatamente después del parto, favorece el contacto piel a piel, permite un adecuado secado y valoración del recién nacido, conservando su temperatura corporal, mientras se aguarda el tiempo oportuno para la ligadura del cordón umbilical.
• Ayudar a colocar el pecho cerca de la boca del RN, dándole la oportunidad de explorar, reconocer, lamer y ejercitar los reflejos de búsqueda y hociqueo. Esto NO implica que el bebé deba comenzar a succionar inmediatamente.
• Posponer por 10 a 15 minutos las maniobras de rutina (profilaxis ocular, vitamina K). El test de Apgar puede tomarse estando el recién nacido con su madre.
• No demorar en las maniobras de rutina más de 15 minutos, e informar a la madre sobre el resultado del examen.
• Volver a colocar al RN sobre su madre, y mantenerlos juntos hasta su definitivo traslado a Internación Conjunta.
• En caso de bebé macrosómico o sospecha de diabetes materna, realizar los controles de glucosa SIN SEPARAR al bebé de su madre. Permanencia conjunta madre-hijo desde la Sala de Partos hasta Internación Conjunta.
• Utilización de las técnicas de Consejería para una adecuada comunicación con la madre y su familia (ver Anexo I).
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

1. B. INSTRUMENTOS OPERATIVOS:

• Fundamentos del Contacto piel a piel (COPAP)
• Comportamiento del recién nacido en el COPAP.
• Traslado a la sala de maternidad.
• Clampeo o ligadura oportuna del cordón umbilical.
• Material de consulta de Copap y Ligadura Oportuna de Cordon Umbilical.
• Nacimiento por cesárea.
• Práctica de internación conjunta.
• Informar a cerca de la práctica ideal de alimentación.

• **Fundamentos del Contacto piel a piel (COPAP).**

La supervivencia del neonato depende del contacto continuo con la madre desde el nacimiento y es el contacto piel a piel el que a través de estímulos vagales con el tacto, calor y olor libera, entre otros efectos, oxitocina materna. La oxitocina incrementa la temperatura de la piel de las mamas de la madre dándole el calor que necesita el neonato, además antagoniza el efecto de huida reduciendo la ansiedad de la madre dejándola tranquila con mayor receptividad social, y con el estímulo necesario para las conductas de crianza por el cual las madres se sienten con mayor confianza. (Uvnas- Moberg 1988; Winberg 2005, Moore 2005).

El simple hecho de alterar las rutinas hospitalarias puede aumentar los niveles de lactancia en el mundo desarrollado (Rogers 1997).

Las rutinas hospitalarias de la sala de parto y posparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la mujer y su hijo o hija (M Odent 2001 – Winberg 2005). Por lo que la separación de estos produciría efectos perjudiciales que persisten durante toda la vida (Teoría de la alostasis psiconeurohormonal, McEwn 1988, Shannon 2007). El apego, a pesar de considerarse como la relación entre padres e hijos que se construye durante el desarrollo de la vida, fue evaluado en varias investigaciones determinando la conducta materna en mirar de frente a los ojos, besar, sonreír, sostener en brazos y abrazar al niño no demostrando efectos negativos o estadísticos importantes al realizar el COPAP. (Curry 1982; De Chateau 1977; Hales 1977; Svejda 1980 Anisfeld 1983; Punthmatharith 2001; Anderson 2003; Carlsson 1978).

Al utilizar esta práctica el bebe adopta conductas innatas especificas de este periodo de reconocimiento sensible y mutuo, por ejemplo al localizar el pezón por medio del olfato. Además se encontró que a mayor tiempo de contacto inmediatamente después de nacer mayores son las posibilidades de lograr una lactancia exitosa. El reconocimiento del olor de la leche de su madre actuaría como un estimulo a generar más movimientos de succión por el neonato (Mizuno 2004). La hiperemia en los pechos provoca en la madre una disminución del dolor en la bajada de leche cuando se realiza el COPAP.

La temperatura abdominal del bebé en contacto piel a piel cubierto por la compresa estéril precalentada se mantiene en su mayoría dentro de un rango térmico neutro y la temperatura axilar del bebé fue mayor que aquellos que se ubicaron en cuna. (Syfrett 1966, Bystrova 2003).

Para que el parto sea un acto íntimo se requiere de un entorno que favorezca la confianza, la tranquilidad y la privacidad de la mujer. El ambiente debe ser silencioso, cálido, con un acompañante para la madre y con el menor número de profesionales posible. La práctica de COPAP se realiza inmediatamente tras el nacimiento colocando al recién nacido saludable en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. En una sala de parto climatizada a 22 – 24°C confortable. El bebé en el periodo de alerta tranquila puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea.

Los beneficios de fomentar el apego son muchos: Tener mejor adaptación fisiológica (disminuye la hipoglucemia, mejor estabilidad cardiorespiratoria, disminuye los niveles de estrés, afectan los valores de cortisol en sangre, disminuir el consumo energético, mejorar la adaptación metabólica, etc.). Favorece en el recién nacido la colonización con

los gérmenes maternos. Permite mantener al bebé en un rango térmico neutral (Chiu 2005). Ayuda a amamantar desde el inicio, reducir el llanto y mejorar la interacción de madre con el recién nacido favoreciendo el vinculo (De Carvalho 1983; Dewey 2003, Anderson 2004) y disminuir la ansiedad materna (Ocampo 1992, Affonso 1989, Vilallon 1993). Favorece el agarre correcto al pecho y disminuye el dolor por ingurgitación mamaria materna aumentando la frecuencia (Hill 1994, Shiau 1997), duración y continuidad de la lactancia (Bernard-Bonnin 1989; Inch 1989; Perez-Escamilla 1994). Acorta el tiempo de alumbramiento y reduce la cantidad de sangrado posparto.

Lagercrantz estudió en 1986 y 1996 el incremento breve de la catecolamina en los recién nacidos provocado por la compresión de la cabeza del feto y la hipoxia intermitente durante las contracciones de un parto vaginal, provocando en el bebé una mejor adaptación al ambiente extrauterino inmediatamente al parto, aumentando el nivel de alerta, la distensibilidad pulmonar, la glucemia y la temperatura, mejora la adaptación cardiorespiratoria y activación del sistema simpático somatosensorial antagonizando el "estrés de nacer" (Bystrova 2003). La estabilización neuroconductual lograda en el contacto piel a piel se correlaciona con los estudios sobre los mamíferos con una homeostasis mediada por el sistema parasimpático, cuya finalidad es el crecimiento y desarrollo y por defensa del sistema simpático para sobrevivir al período de separación.

En revisiones Cochrane se ha encontrado que la atención madre canguro con respecto a un recién nacido prematuro de menor de 2500gr de peso (Conde- Agudelo 2003, Díaz Rosell, Belizam) se asoció a disminución de infecciones hospitalarias, enfermedades graves, afección de las vías respiratorias inferiores y mejoró la satisfacción de la madre en la atención y la prevalencia de lactancia exclusiva.

Si bien las decisiones de los padres están influenciadas por factores geográficos (urbano/rural), creencias culturales, recursos disponibles, enfermedades preexistentes (HIV, etc.) y el nivel de estudios, el COPAP debe recomendarse como rutina: facilitar a madre y recién nacido sano un contacto inmediato, sin interrupciones y mantenido en el período de alerta tranquila de esta primera hora de vida.

Las interferencias de factores como la temperatura ambiente, la falta de privacidad o espacio, el hacinamiento por superpoblación y la vergüenza son varias de las cuestiones sostenidas por el personal, el cual debería capacitarse en obtener las destrezas adecuadas para mantener este contacto piel a piel.

- **Comportamiento del recién nacido en el COPAP.**

Al nacer el bebé descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo su coloración sonrosada, ojos abiertos y movimientos dentro de los primeros minutos. Se ponen en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, acerca su puño a la cara, lame, busca y succiona el puño impregnado con el olor del líquido amniótico) esto le permite al 70% de los RN acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo del pecho dentro de la primera hora o podría en algunos casos, tardar hasta dos horas en lograrlo.

Por todo ello se debería facilitar el COPAP sin restricciones en todo recién nacido sano saludable que respira o llora sin dificultad y presenta buen tono muscular. En aquellos partos complicados será indicado cuando el pediatra lo considere adecuado.

Los procedimientos y las medidas médicas no urgentes no deberían realizarse inmediatamente tras el parto, no sólo porque implican separación, sino porque son maniobras estresantes

que pueden interferir en la adaptación del RN a la vida extrauterina y contribuir a su desestabilización.
Estos procedimientos conocidos por el equipo de salud, deben ser correctamente transmitidos a la madre para que conozca los beneficios, responder sus dudas y respetar sus tiempos y decisiones, comentándole que en el parto se le invitará a descubrirse el abdomen / pecho (incluso cubriéndola hasta ese instante con una compresa estéril entibiada) en una sala de parto a temperatura agradable (24°C) con un acompañante para la madre y con el menor número de profesionales posible.
Se mantendrán los paños y compresas estériles, gorros y pañales entibiados. Al nacer se utilizarán compresas tibias para colocar al bebé en posición prona entre los pechos de la madre que estará sentada a 45°. Es allí que se seca el dorso del bebé con el paño precalentado comprobando que respira sin dificultad, los movimientos torácicos y si tiene buen tono muscular. Se puede cubrir a la madre y al bebé con otra compresa seca y caliente pero permitiendo que puedan tener un contacto visual. El RN quedará con las extremidades abiertas y flexionadas, la cabeza ladeada y ligeramente extendida apoyada sobre el pecho materno (evitar flexión e hiperextensión).
Mientras está conectado aún con el cordón umbilical se supervisa su pinzamiento según norma (dos o tres minutos o cuando el cordón deja de latir). Ver Clampeo oportuno.
El COPAP no debe interferir con la realización del alumbramiento dirigido, la extracción de sangre del cordón o la evaluación del recién nacido junto a la madre o incluso con su identificación. Permitir, si la madre lo desea, que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma, dejando que se mueva hacia el pecho y ponga en marcha los reflejos de arraigo (succión del puño, búsqueda, lametadas). Se puede facilitar el acceso al pecho pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo.

- **Traslado a la sala de maternidad:**

Mantener el COPAP mientras la madre pasa a la cama y realizar los protocolos de los nacimientos de RN sano y de bajo riesgo. La madre se colocará en cama con cabecera para estar en posición prona a 45° y contener entre sus brazos y pechos al recién nacido desnudo. El profesional debe animarle a que le hable y le acaricie, así como garantizar el contacto visual y vigilar el bienestar de ambos.

- **Clampeo o ligadura oportuna del cordón umbilical:**

La ligadura oportuna del cordón umbilical es indiscutible en los partos de término, con feto de peso adecuado, nacidos por vía vaginal o cesáreas programadas y que no requieren reanimación en sala de partos. Estimulando el Parto Leboyer y la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida es considerado una estrategia más para prevenir la anemia en la infancia. Realizada después del minuto, y con un límite máximo de tres minutos o cuando el cordón deja de latir, aumenta el volumen de sangre transfundido al bebé ganando hasta 50 mg. de las reservas de hierro necesarias para su primer año de vida. El incremento en las reservas de hierro no solo previene la deficiencia de hierro y la anemia; también aporta otros beneficios: mejora el desarrollo del sistema nervioso central, aumenta la capacidad de reacción a estímulos, el coeficiente intelectual se incrementa notablemente, disminuye la necesidad de oxígenos y transfusiones y la incidencia de hemorragias intraventriculares

y la sepsis. Estaría contraindicado solo en Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), hijos de madres diabéticas, niños con patología cardiaca o pulmonar, asfixia, gemelares, Hijos de madres Rh negativas o expuestos perinatales al HIV.

- **Material de consulta sobre COPAP y Ligadura Oportuna de Cordón Umbilical:**

- COPAP

Moore ER, Anderson GC, Bergman N Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Saloojee H. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 4 de enero de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Fuente: http://apps.who.int/ rhl/newborn/hscom2/es/index.html

Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011 Jan;100(1):79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x. Epub 2010 Sep 14 Department of Woman's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. ann-marie.widstrom@ki.se (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/20712833).

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth. 2009 Jun;36(2):97-109. doi: 10.1111/j.1523- 536X.2009.00307.x Department of Hospital Pediatrics, St. Petersburg Pediatric Academy, St. Petersburg, Russia.

Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato, Silvina Berra, Fund. Clacyd, Ed. 2002 (http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13519.pdf).

- **Ligadura Oportuna del Cordón Umbilical (LOCU):**

http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/Boletin_OPS_Articulo3.pdf
VIDEO http://www.youtube.com/watch?v=wnMnTF-lFKc
VIDEO http://www.breastcrawl.org/spanish/video.shtml
VIDEO http://www.youtube.com/watch?v=RGRt-Oli-N4UNICEF
VIDEO http://www.unicef.org/spanish/media/media_40468.html

- **Nacimiento por cesárea:**

En caso de utilizar anestesia Peridural no diferir conductas de Parto Normal (incluyendo contacto inmediato en quirófano o, al menos, al regresar a la habitación), ayudando a adoptar las posiciones para amamantar que favorezcan a la madre con operación cesárea. Colocar el/los catéteres intravenosos en lugares que permitan posteriormente la puesta al pecho con la mayor libertad posible para la madre.

Asegurar las tubuladuras de suero para poder colocar el bebé al pecho sin dificultad.

Anestesia General:

Reservar exclusivamente a casos puntuales.

Permitir acompañante que procure ayuda a la madre en las primeras horas después de la intervención quirúrgica.
Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

2. DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO
2. A. ACCIONES A DESARROLLAR: PRÁCTICA DE INTERNACIÓN CONJUNTA

Se define como la permanencia ininterrumpida del bebé junto a su madre, las 24 horas del día, hasta el momento del alta.
Efectuar el examen neonatal rutinario, así como los procedimientos médicos necesarios (si los hubiere), junto a la cama de la madre.
Se justifica el traslado momentáneo del RN para la realización de radiografías y ecografías (si no existe en el Servicio equipo portátil), en cuyo caso se coordinará el turno para no exceder los 30 minutos de separación madre-niño (si la madre no pudiera deambular).
La operación cesárea no deberá dificultar la internación conjunta, la que se hará efectiva tan pronto como la madre pueda atender al RN y/o contando con el necesario apoyo del personal o un familiar.
Aquí también se debe respetar el Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna no circulando biberones sin indicación médica adecuada, sin contacto con empresas vinculadas a sucedáneos, ni carteles que socaven la lactancia materna.
(ver Anexo VI).

2. B. INSTRUMENTO OPERATIVO:
2.B. I INFORMAR ACERCA DE LA PRÁCTICA IDEAL DE ALIMENTACIÓN

• **Observar la lactancia materna, ofrecer asistencia y motivación**
El recién nacido debería ser observado para asegurar que esté bien posicionado y que se aferre al pecho de la madre. La madre debe sostenerlo muy cerca de ella; la oreja, el hombro y la cadera del bebé deben estar en línea recta con el pecho. El bebé se aferrará correctamente para succionar si su boca está bien abierta y dentro de ella están el pezón y buena parte de la aréola (el área oscura alrededor del pezón), con los labios hacia fuera y la lengua sobre la encía inferior. Deberían ser evidentes un visible movimiento de la mandibula extrayendo la leche y una succión rítmica con tragado audible.
(Linkage, lactancia en los primeros siete días).

• **Brindar apoyo adicional cuando la iniciación se retrasa**
En circunstancias especiales, la iniciación puede ser retrasada pues la madre y el lactante han sido separados por razones médicas. Asimismo, los bebés prematuros pueden inicialmente tener dificultad para succionar el pecho. Los proveedores de cuidados de salud deberían brindar asistencia y apoyo adicionales de manera que casi todas las madres puedan, con el tiempo, ser capaces de amamantar a sus bebés.

• **Tipo de alimentación:**

-*Lactancia Natural Exclusiva (6 meses):* alimentados exclusivamente al pecho.

-*Lactancia Natural Predominante:* meses alimentados predominantemente al pecho (leche materna más agua, jugo, té u otro líquido no nutritivo).

-*Alimentación Complementaria Iniciada Oportunamente:* lactantes de 6 a 9 meses de edad que reciben leche materna y alimentos complementarios.

-*Lactancia Natural Continua al año de edad:* niños de 12-15 meses alimentados al pecho.

-*Lactancia Natural Continua a los dos años de edad:* niños de 20-23 meses de edad alimentados al pecho.

(Fuente: Encuesta Provincial de Alimentación al menor de dos años)

• **Brindar apoyo para lograr la Lactancia Materna Exclusiva y alimentación óptima.**

-Todos los recién nacidos deben ser examinados por el desempeño de la lactancia para lograr que coloque al bebé correctamente al pecho sin dolor. Aquellas que son momentáneamente separadas de sus hijos deben ser alentadas a amamantar tan pronto lo permita el estado del niño, enseñándoles a extraerse y conservar la leche. (Protocols ABM vol 5 Number 4, 2010).

-Se considera una alimentación óptima a Lactancia Materna Exclusiva cuando se alimenta con solo pecho extiende hasta los seis meses de edad del bebé y a partir de entonces se continúa con Lactancia Materna hasta los dos años de vida o más, con el agregado de alimentos nutritivos, seguros, asequibles, locales y aceptados culturalmente.

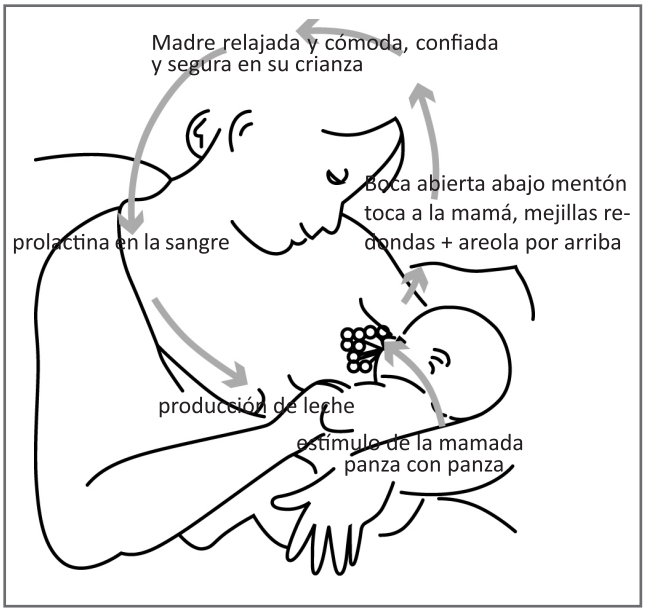
-Explicar, mostrar y observar en la madre la relación postural y distintas posiciones para amamantar, dentro de las primeras horas posteriores al parto.

-Indicar lactancia materna a LIBRE DEMANDA.

-Explicar a la madre, mostrar y observar las técnicas para Extracción Manual de Leche.

-Reforzar importancia de la adecuada alimentación de la puérpera (Educación Alimentaria).

-Administrar a todo RN sano Pecho Exclusivo como única alimentación, a Libre Demanda, teniendo en cuenta las Razones Médicas Aceptables para Suplementación.



-Otorgar el Alta de Lactancia como requisito conjunto con el alta.

-Cumplir con el Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

-Brindar seguridad a la madre: Durante los primeros días después del nacimiento, las mujeres se están recuperando de drásticos cambios físicos y hormonales.

-A veces pueden sentirse desalentadas entadas y experimentar incomodidad, ansiedad y agotamiento.

Las madres y sus familias deberían saber que estos sentimientos son comunes en las madres durante la primera y segunda semanas después del parto. Involucrar a la familia en los cuidados y apoyo. La confianza en sí mismas aumenta cuando saben que están brindándoles a sus bebés el más alto nivel de nutrición, comodidad y cuidados. Las madres también deberían saber cómo contactar grupos apoyo de la lactancia materna y consejeras/os no profesionales de la comunidad.

2.B. II . INFORMACIÓN TÉCNICA

A. COLOCACIÓN AL PECHO

Observe con atención y verifique si el ciclo succión – deglución – respiración está presente. Amamantar hasta que el bebé suelte el pecho. Ofertar ambos pechos alternadamente y a demanda. Si la madre necesita interrumpir momentáneamente el amamantamiento puede introducir suavemente un dedo en la comisura de la boca del bebé antes de extraer la mama de su boca. Se considera un agarre correcto cuando en una madre relajada y tranquila con su bebé al pecho se observa que 1. El mentón del bebé toca la mama, la boca del bebé está bien abierta con los labios inferiores evertidos y permite ver más aréola por encima que por debajo, además de ver que las mejillas del bebé son redondeadas y no hundidas.

B. RELACIÓN POSTURAL Y DISTINTAS POSICIONES PARA AMAMANTAR

Dentro de las primeras seis horas posteriores al parto.

Relación postural Madre/Hijo durante el amamantamiento.

Cualquiera sea la posición adoptada, deberá controlarse la correcta relación postural entre madre e hijo: cuerpos enfrentados y cercanos, evitando la rotación y/o flexión / deflexión del cuello del bebé.

"Abrazar" es la mejor imagen para asociar a la posición para amamantar.

- Cabeza del bebé alineada con el tronco.
- Madre cómoda y tranquila.
- No debe pinzar con sus dedos la zona del pecho cercana a la areola. Puede sostener la mama con cuatro dedos. La boca del bebé debe tomar la mayor parte de la areola.
- Observar labio inferior evertido. Escuchar sonidos deglutorios cada dos o tres movimientos de succión (al comienzo de la mamada) y luego de la bajada de leche más frecuentemente.
- Cuando la madre sea quien decida terminar la mamada, deberá liberar el pezón mediante la colocación del dedo índice dentro de la boca del niño. La presión de la mama en la zona cercana a la areola también es un método adecuado para el mismo fin. Estas maniobras evitan el vacío que ayuda a lastimar y sensibilizar los pezones.

2.B Posiciones para amamantar en parto normal:

Es importante observar la forma en que la madre sostiene a su bebé, debiendo intervenir solamente en caso necesario.

El tiempo que el personal de maternidad dedique en las primeras seis horas post parto al inicio temprano del amamantamiento, redundará en menor tiempo dedicado a corregir

los problemas que surgirían posteriormente de no brindar este apoyo.

• ACOSTADA: CON NIÑO AL LADO DE LA MADRE: El niño está acostado frente a su mamá (panza con panza), al estar frente a frente puede haber contacto visual entre ellos. La cabeza del niño se apoya en el brazo de la mamá. Esta posición es útil por las noches, y es utilizada por las mamás con cesárea dado que el niño puesto de esta manera no apoya sobre la herida quirúrgica.

• ACOSTADA: CON NIÑO SOBRE LA MADRE: En este caso el niño se encuentra en decúbito ventral y la mamá está acostada de espaldas. Esta posición se utiliza cuando existe un reflejo eyecto lácteo aumentado.

• SENTADA CLÁSICA: La mamá sentada, cómoda, con la espalda bien apoyada, los pies también cómodos, el niño enfrentado a la mamá panza con panza, ubicado sobre el antebrazo materno cerca de su mamá, quien lo toma de la región glútea, de manera que la mamá al mover el brazo puede desplazarlo fácilmente.

• SENTADA DE SANDIA: La mamá sentada, cómoda, con la espalda bien apoyada, los pies también cómodos, el niño. Pasa por debajo de la axila la mamá sostiene desde la base de la nuca. Se puede usar para caso de madres de gemelares o con cesárea.

• SENTADA A CABALLITO: El niño enfrenta el pecho materno sentado sobre el muslo de su mamá. Lo sostiene al niño con la mano en la base del cráneo (dedos medio y pulgar detrás de las orejas). Para niños hiper o hipotónicos, con fisura palatina, etc.

2.C. Posiciones para amamantar en caso de operación cesárea:

Ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda para amamantar.

•**Acostada de lado**. De esta manera se ayuda a evitar dolores en las primeras horas y permite la lactancia aún si la madre debe permanecer con la cabeza baja por efectos de la anestesia raquídea.

•**Sentada**, con una almohada sobre la herida o sosteniendo al niño a lo largo de su cuerpo

con el brazo más cercano al pecho.

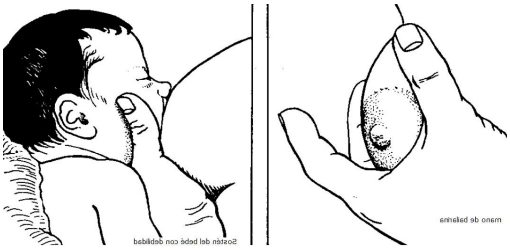
OTRAS POSICIONES:
•Boca arriba con el bebé encima de la madre.
•Con un soporte (por ejemplo una almohada) bajo las rodillas cuando esté sentada, o entre las rodillas y contra la espalda cuando esté de lado.

C. TÉCNICAS PARA LA EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE:

Esta técnica es fundamental para el mantenimiento de la lactancia si madre y bebé debieran separarse por cualquier motivo.
También favorecerá a la madre que deba retornar a su trabajo fuera del hogar, y en general ayudará a descongestionar los pechos cuando la producción de leche supere a la demanda del niño.

Preparación:
• Lavar las manos con agua y jabón.
- Masajear suavemente el pecho desde la base hacia el pezón, lo que puede seguir haciéndose durante la extracción para favorecer la expulsión de la leche.
- Colocar paños tibios y húmedos durante algunos minutos.

Técnica:
• Madre inclinada hacia adelante, sosteniendo el pecho con una mano (la opuesta al pecho que toma).
• Colocar el dedo pulgar en el borde de la areola por sobre el pezón, y el índice en el borde areolar por debajo del pezón.
• Presionar pulgar e índice hacia atrás (hacia la pared torácica), y simultáneamente realizar movimiento de pinza a fin de comprimir los senos lactíferos que transcurren por debajo de dicha zona.
• Efectuar el movimiento descrito en forma repetida hasta que la leche comience a gotear primero, y luego a salir con mayor caudal.
• Realizar rotaciones de los dedos alrededor de la areola para vaciar las distintas zonas de cada pecho.
• Observar que la posición y movimientos sean correctos. La compresión del pezón, en lugar de la areola, es ineficaz y dolorosa, y ayuda a lastimarlo.
Si la madre ya está extrayendo leche, observe y respete su técnica si es eficaz y no perjudicial, aunque se aparte de la aquí descripta.
• La leche extraída debe ser almacenada en un recipiente de plástico, limpio, preferiblemente de boca ancha para su más fácil llenado.
• Esta leche puede almacenarse a temperatura ambiente durante 8 horas, si la misma no sobrepasa los 26ºC de temperatura ambiente; en el gabinete de una heladera durante 72 hs; en un congelador común durante 3 meses; y en un freezer a -20ºC por seis meses.
No debe utilizarse el método de microondas para su descongelamiento. Descongelar a baño maría. Nunca a fuego directo. No debe hervirse.



D. DEFINICIÓN LIBRE DEMANDA

Se define como la posibilidad de atender inmediatamente los requerimientos de alimentación por parte del bebé (sin horarios preestablecidos), así como también la posibilidad para la madre de amamantar a su hijo cuando sienta necesidad de hacerlo, muchas veces a causa de tensión mamaria y/o pérdida de leche. Tener en cuenta que normalmente un recién nacido mama entre 8 y 12 veces por día, llegando a veces hasta las 16 mamadas.

E. DEFINICIÓN LACTARIO DE LECHE HUMANA

Cuando el bebé no pueda tomar directamente del pecho deberá realizarse la extracción con un ritmo de 6 a 7 veces por día, y por un lapso de al menos 15 minutos por vez.
El establecimiento deberá contar con un recinto acondicionado para la extracción manual de leche, con la necesaria privacidad, higiene y comodidad para las madres.
Este Lactario de leche humana funcionará las 24 horas del día.
Habrá allí un refrigerador de USO EXCLUSIVO para almacenar la leche de las madres cuyos niños estén internados en el servicio, en envases individuales identificados de manera que cada RN reciba sólo la leche de su propia madre.
En lugares donde haya bombas eléctricas de extracción de leche cada madre dispondrá del material necesario para uso individual e igualmente será entrenada para la extracción manual.

F. ADECUACIÓN DE LA TÉCNICA EN SITUACIONES ESPECIALES

En el caso de bebés hipotónicos la posición indicada es a caballito. El niño enfrenta el pecho materno sentado sobre el muslo de su mamá. Lo sostiene al niño con la mano en la base del cráneo (dedos medio y pulgar detrás de las orejas). Para niños hiper o hipotónicos, con fisura palatina, etc.

A. Prematuros:

- En el caso de niños prematuros se deberán tomar medidas especiales:
- Extremar la higiene de manos y utensilios.
- Es aconsejable la extracción inmediatamente antes de alimentar al bebé.
- Utilizar envases esterilizados si se la debe guardar.
- Emplear envases distintos en cada recolección para disminuir el riesgo de contaminación por manipulación.
- Puede ser almacenada 4 horas a temperatura ambiente y 24 horas en una heladera.

B. Mellizos y trillizos

Numerosos relatos de casos actuales informan que es posible para una madre amamantar mellizos y hasta trillizos. Muchas estrategias fueron sugeridas, especialmente por madres con experiencia personal en el tema. La clave para llevar a cabo el amamantamiento de

mellizos no consiste en el volumen de producción de leche sino en el tiempo disponible que tiene la madre. Es de mucha importancia que ambos padres reciban información y puedan prever desde el embarazo (si es conocida por ellos la situación de parto múltiple) la complejidad de la situación que deberán enfrentar. Cuando la madre consigue amamantar a los dos niños a la vez, el tiempo necesario para alimentarlos se reduce, incluso si un gemelar es más activo que otro se beneficiaría en aprovechar el reflejo de succión que su hermano despierta en la madre. Diversas combinaciones de posiciones son posibles y efectivas (PRONaP N1 -2004).

C. Malformaciones Congénitas

La verdadera posibilidad de amamantar a un niño con defecto congénito dependerá de algunas variables:

- El tipo y grado de patología y su impacto en la dificultad para la alimentación a corto y largo plazo.
- La motivación y perseverancia de la madre para hacerlo.
- La ayuda y sostén que reciba la madre, de su familia y del equipo profesional.

Fisura labio alveolo palatina (FLAP): se trata de una fusión incompleta de los procesos centrales de maxilar superior y labios. La fisura puede ser uni o bilateral, involucrar labios, encías, paladar blando, duro, o una combinación de los mismos. Debe contactarse con el equipo multidisciplinario (odontólogo, fonoaudiólogo, neurólogo, etc.) que le confecciona y coloca la placa obturadora. Si el defecto es solo labial tiene mayores posibilidades de amamantar. En caso de defecto sólo en labio, el bebé tendrá mayores posibilidades de amamantar que si tiene comunicación de orificio bucal y nasal. Si la lesión es bila-teral, tendrá problemas en la prensión, en deglutir y en coordinar con la respiración. Una vez operado el niño puede amamantar mejor. Es aconsejable que la madre pruebe qué posición le resulta más efectiva, se estimule con masajes previos a la extracción manual o por bomba para estimular la bajada de la leche; sostener al niño en posición a caballito y lograda la colocación al pecho introducido muy profundamente dentro de la boca del bebé. (PRONaP N1 -2004).

D. Síndromes Cromosómicos

Síndrome de Down: La lactancia materna puede resultar dificultosa, pero posible y muy beneficiosa para el bebé y su entorno. El contacto precoz y la lactancia en el período neonatal disminuyen el impacto negativo que el diagnóstico puede tener sobre sus padres. La boca frecuentemente hipotónica y entreabierta con protrusión lingual logra en muchos casos mejorar su tono y un cierre perfecto por el esfuerzo repetido de la succión; y puede ser estabilizada la mandíbula del niño con la posición de “mano de bailarina” así como estimulada la succión con toquecitos del índice hacia arriba favoreciendo la repetición del movimiento de succión (PRONaP N1 -2004).

E. Cardiopatía congénita

Los bebés con cardiopatía que son amamantados, en comparación con los alimentados con biberón, tienen mejor progreso de peso, presentan períodos más largos de alimen-

tación, con menor gasto calórico y mejor rendimiento en su oxigenación.

2.C . Razones médicas aceptables para suplementación

La OMS ha establecido que menos de un 5% de las madres podría tener dificultades reales para amamantar. Por otro lado ha determinado el carácter de MEDICAMENTO que poseen las fórmulas infantiles, por lo que el empleo de éstas debe estar sustentado en razones con criterio médicamente aceptable.

Éstas son:

• Recién Nacidos con menos de 1.500 grs. de peso y/o menos de 32 semanas de gestación (se decidirá individualmente la complementación con minerales y/o fórmulas sin suspender la leche materna).

• Psicosis materna, eclampsia, estado de shock.

• Errores innatos del metabolismo tales como Fenilcetonuria, Galactosemia, enfermedad de orina «jarabe de arce» (sólo la Galactosemia contraindica en forma absoluta la lactancia materna (ver Anexo IV).

• Pérdida aguda de agua que no se compense con el aumento de la frecuencia de las mamadas (en fototerapia se puede utilizar el método intermitente como alternativa para evitar pérdida elevada de agua y no suplementar).

• Medicaciones contraindicadas que reciba la madre: citotóxicos, radiactivos, antitiroideos (excepto propiltiouracilo) (ver Anexo IV). Consulta www.e-lactancia.org

• En el caso de *madre portadora del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, padezca o no SIDA, se deberá realizar Consejería en Alimentación Infantil para madres portadoras del VIH según las recomendaciones establecidas por las guias perinatales nacionales Garantizando la provisión de cantidad necesaria de una fórmula infantil hasta el año de vida, como para asegurar una nutrición adecuada. Asegurarse que pueda realizar el manejo seguro de un sucedáneo de la leche materna y dar Información sobre alimentos complementarios adecuados.
http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/htm/perin_guias.htm

• Herpes activo del pezón o de la piel del pecho. En este caso suspender transitoriamente la lactancia del pecho afectado y extremar las medidas de higiene. Siempre deberá atenderse la decisión materna de amamantar o no y procurarle en todo caso el apoyo emocional que requiera.

Cuando la contraindicación sea temporaria se debe practicar la extracción manual y sistemática de leche a fin de mantener la producción, tranquilizando a la madre al informar el carácter transitorio de la medida dispuesta y reafirmando la posibilidad posterior de amamantar.

2.D. Alta de lactancia como requisito conjunto con el alta materna y neonatal

Así como se otorga el alta obstétrica y el alta neonatal, debe otorgarse el alta de lactancia que asegure que el vínculo madre-hijo se ha establecido correctamente, y que la técnica de amamantamiento es la adecuada. De esta forma no se pondrá innecesariamente en riesgo la salud del niño y la posibilidad de ser amamantado sin dificultades.

Cuatro ítems pueden medir la correcta técnica de lactancia:
• Alineación céfalo corporal del bebé (cabeza no flexionada o deflexionada, "panza con panza").
• Boca bien abierta, tomando la mayor parte de la areola.
• Compresión areolar correcta y efectiva.
• Deglución audible cada dos o tres succiones.

La observación completa de la escena (modo de tomar al bebé, mirada, tono de voz, comentarios) dará idea de posible dificultad actual y permitirán realizar un buen diagnóstico técnico y vincular.

• **Reflejo de búsqueda del bebé y Reflejo de erección del pezón:**
El reflejo de búsqueda se provoca tocándole el labio superior o la nariz al bebé con el pezón de la madre. El bebé responde abriendo la boca; en un primer momento en forma de «U» (por lo que es prudente esperar unos segundos), y luego en forma más amplia, como al decir "A", adecuada para que la madre lo acerque al pecho, enfrentado, para que se prenda.
El reflejo de erección del pezón se provoca masajeando con dos dedos el pezón, con lo que éste se hará más prominente y más fácil de tomar por el bebé.

• **Pecho exclusivo:**
Mientras el bebé se alimente sólo con pecho, idealmente hasta los seis meses de edad, no requiere (en condiciones normales) la administración de agua, jugos, tés, vitaminas ni minerales. La cantidad de agua que el organismo requiere para su correcto funcionamiento está contenida en la leche materna que el pequeño toma, siendo el aporte de otros líquidos causa frecuente de contaminación e infecciones digestivas evitables.

La madre se retirará de la institución con los turnos del 1º control Neonatal y Puerperal otorgados y una referencia clara a dónde dirigirse en casos de problemas de lactancia.

C. POST ALTA
C. 1. ACCIONES A DESARROLLAR:

A. 1º CONTROL PUERPERAL:
Observar técnica de lactancia: alineación, boca, compresión areolar, deglución.
• Recordar la importancia de la alimentación de la madre (Educación Alimentaria).
• Revisar mamas, para detectar precozmente complicaciones derivadas de la lactancia
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).
• Escuchar atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna. Responder fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de Consejería (ver Anexo I).

B. 1º CONTROL NEONATAL (7 A 10 DÍAS DE VIDA):

• Observar técnica de lactancia: alineación, boca, compresión areolar, deglución.
• Revisar mamas, para detectar precozmente complicaciones derivadas de la lactancia
• Preguntar a la madre sobre trabajo fuera del hogar, tiempo diario, momento en que deberá retornar a él, etc. (ver Madres que trabajan fuera del hogar).
• Al pesar al bebé no dejar de tener en cuenta que el peso de nacimiento puede ser recuperado a veces luego de los 10-15 días de vida. Evitar crear ansiedad en los padres ante tal circunstancia.
• Verificar posibilidad de contacto con Grupo de apoyo comunitario (si lo hubiera), y/o Sistema de apoyo institucional.
• Referir a la madre y la familia a estos Grupos y/o Sistemas de apoyo en caso de necesidad.
• Estimular la posibilidad de consulta inmediata ante cualquier eventualidad.
• Resaltar la importancia de la adecuada alimentación de la madre (Educación Alimentaria).
• Indicar Pecho Exclusivo a Libre Demanda.
• Citar al mes de vida si no existen factores de riesgo: al niño a control de crecimiento y a la madre a control de puerperio.
• Citar antes de ese tiempo, si existen factores de riesgo, según criterio médico.
• Escuchar atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.
• Responder fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de Consejería (Anexo I).
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

C. CONTROLES MENSUALES DEL BEBÉ DE 1 A 5 MESES DE VIDA:

• Preguntar sobre problemas frecuentes de la Lactancia Materna y actuar en consecuencia.
• Comprobar buena evolución del crecimiento físico del bebé y alimentación suficiente
• Apoyo y estímulo a la madre y la familia por los logros de su hijo.
• Preguntar a la madre sobre trabajo fuera del hogar, tiempo diario, momento en que deberá retornar a él, etc.
• Citar a control entre 8 a 10 días antes del reinicio del trabajo materno fuera del hogar.
• Indicar Pecho Exclusivo a Libre Demanda.
• Resaltar la importancia de la adecuada alimentación de la madre (Educación Alimentaria).
• Escuchar atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.

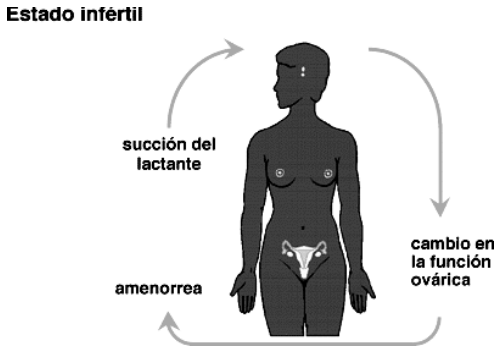
Responder fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente.Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de Consejería (Anexo I):
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y animación.
•Hacer que ella se sienta cómoda.
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI)

D. CONTROLES DE SALUD DEL BEBÉ DESDE LOS 6 MESES DE VIDA:

• Estimular la continuación de la lactancia materna hasta el 2º año de vida, complementando la dieta del niño con la introducción de otros alimentos de alta densidad energética y adecuado valor nutricional.
• Explicar el significado del Destete como un proceso, y sus implicancias para el niño y la madre.
• Resaltar la importancia de la adecuada alimentación de la madre (Educación Alimentaria).
• Escuchar atentamente las impresiones de la madre respecto de la lactancia materna.

Responder fundamentalmente a sus dudas y contenerla afectivamente. Para ello recuerde algunas de las valiosas herramientas de Consejería (ver Anexo I).
• Escuchar, atender y ser abierto/a.
• Respetar los conocimientos previos de la madre.
• Dar información correcta.
• Actuar con fineza, tacto y paciencia.
• Llevar el tema con sencillez y animación.
• Hacer que ella se sienta cómoda.
• Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS (ver Anexo VI).

C.2. INSTRUMENTOS OPERATIVOS

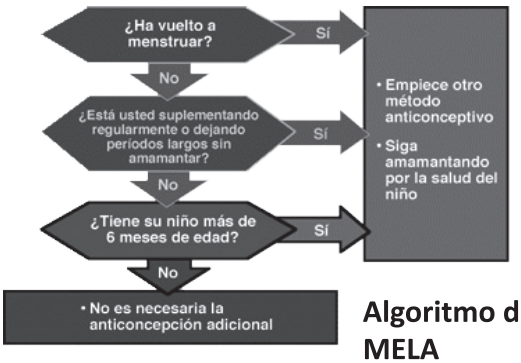


INFORMACIÓN A UTILIZAR EN CONSULTAS POST-ALTA

A. INFORMAR ACERCA DEL ANTICONCEPTIVO MELA (MELA)

Investigado en 1988 en Bellagio se evidenciaron tres criterios eficaces como método de planificación familiar. El Método de Amenorrea de la Lactancia es un algoritmo que usa estos criterios para definir el menor riesgo de embarazo y luego recomienda iniciar inmediato otro método complementa-rio cuando éste ya no es válido:

1. ¿Ha recuperado la madre las menstruaciones?
2. Se encuentra amamantando en forma exclusiva (Labbok y Krasovec,1990).
3. Es menor de seis meses de edad.
Tiene un 98% de eficacia siempre que se cumplan los tres criterios, de otro modo es conveniente usar otro método anticonceptivo.



Algoritmo del MELA

Fuente: Institute for Reprooductive Health, 1994.

Las probabilidades de menstruación y ovulación son bajas, la ovulación puede ocurrir antes de la menstruación y la fase lútea es deficiente. Menos del 2% tiene una fase lútea adecuada que resulta en embarazo.

Con LME sin biberón ni chupete y sin intervalos prolongados de alimentación continúan estando amenorreicas recibiendo alto grado de protección contra el embarazo. (Díaz y col, 1991) Esta protección es hasta los seis meses de edad y a la introducción de los alimentos complementarios coincidiendo con la mayor actividad ovárica. (Howie y col.1981). Si la extracción de leche fuera manual no debería excederse del 10% aproximadamente del total de la producción para que la protección por este método sea efectiva.

No evita las enfermedades de transmisión sexual ni se relaciona con el estado nutricional de la madre quien debe seguir una dieta adecuada en vitaminas y nutrientes.

Debe ofrecerse el apoyo temprano con asesoramiento e información prenatal y sostén posnatal garantizando la eficacia del método. En caso de tener que utilizar otro método no hormonal (DIU, preservativo) u hormonal (píldoras con progesterona) la elección es sin lugar a dudas la que proteja a la madre y el niño, no dude en consultar con su ginecólogo.

B. MADRES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR:

El trabajo fuera del hogar constituye una circunstancia frecuente que el Equipo de Salud debe considerar, en el caso de la Promoción de la Lactancia Materna, desde el inicio del embarazo. A través del diálogo anticipatorio se podrá apoyar eficazmente a la madre y su familia para que puedan resolver de la mejor manera posible tal situación.

En los casos en que la madre trabaje en relación de dependencia tendrá por ley 45 días de licencia post parto, a lo que se le sumará la reducción horaria por lactancia (Ley Nº 10430 reformado por ley nº 11.758. Decreto nº 1869/96 Sist. Prof. Administrativa). En tales circunstancias, ciertas madres optarán por aprovechar la interrupción, amamantar a su hijo; otras preferirán retirarse del empleo una hora antes, para estar más temprano en casa (deberá tenerse en cuenta que son realmente pocas las empresas que cuentan con jardines maternales para el personal). Una gran cantidad de madres pertenecen a la categoría de trabajadoras informales, sin contrato de trabajo ni leyes que las amparen ni (muchas veces), empleadores que las comprendan y apoyen en la crianza de su hijo. En tales casos el apoyo que el equipo de salud pueda brindar es de gran importancia.

Cualquiera sea la circunstancia laboral de cada madre, todas pueden experimentar una sensación de abandono hacia su hijo, lo que trae aparejado sentimientos de culpa que será significativo verbalizar y ayudar a eliminar. Bajo la premisa de informar adecuadamente y apoyar a la madre y a la familia a tomar la decisión que les resulte más apropiada, el equipo de salud puede intervenir con información e indicaciones claras:

Amamante en forma exclusiva todo el tiempo que pueda. Los dos primeros meses son los más importantes. El tiempo que resta para reincorporarse al trabajo no debería influir en

que la mujer deje de amamantar a su hijo o hija.
Se puede realizar extracción de leche durante el tiempo que está en la casa, para que luego le sea dada al bebé. La leche puede ser conservada hasta 8 horas fuera de la heladera a menos de 26º C de temperatura ambiente, 72 horas en el refrigerador, y hasta 6 meses en un freezer (Extracción manual de leche). (Ver Anexo IX).
Antes de volver a trabajar ocupe el tiempo necesario para enseñarle a la persona que se hará cargo del bebé cómo administrarle su leche. Puede ser alimentado con taza y cucharita, y no precisa mamadera. Las tazas y cucharas son más fáciles de limpiar no producen confusión de pezón afectando la adecuada succión del bebé.
Mientras esté en el trabajo puede extraerse leche a intervalos regulares de quince a veinte minutos de duración cada tres horas aproximadamente. Podrá mantener de esta manera la producción normal de leche y evitará congestiones mamarias, taponamiento de conductos y mastitis. La misma puede ser guardada en un recipiente plástico limpio y con tapa, y almacenada en la heladera o a temperatura ambiente (recordar que se mantiene 8 horas sin dificultad hasta 26º C de temperatura ambiente), para que la reciba el bebé cuando la mamá no está. Mientras esté en la casa, amamante todo lo que pueda al bebé. Aproveche la noche y el fin de semana. Trabajar no debería significar lisa y llanamente suspender el pecho. Puede prolongar la lactancia cuanto lo desee.
"La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo". Convenio 183 OIT. Invertir en niños es sinónimo de conciliación de empleo y maternidad además que se desarrolle una paternidad más responsable." (Carina Lupica y Gisell Cogliandro Observatorio de la Maternidad, 2009).

Este subprograma sugiere el procedimiento a seguir: Establecer lugar con tres áreas básicas que estarán disponibles durante el horario laboral para conservar la leche extraída destinada para su propio hijo.
• Área de Higiene y archivo - lavados de manos y utensilios - Registro de uso.
• Área de Ordeñe: 1,5 m2 x asiento o Silla con apoya brazo, ergonómica y regulable.
• Área de almacenamiento: Heladera / freezer para almacenar leche materna humana cruda, mueble de Guardado para envases limpios embolsados (en cajón inferior) rotulados (apellido- fecha - teléfono).

En cuanto al equipamiento básico se debe considerar obtener un dispenser para higiene de manos: lavatorio, jabón y toalla papel, heladera con freezer 260 litros, termómetro digital para heladera con mobiliario adecuado (gabinetes de guardado, sillas, mesa, etc.) en un ámbito habilitado (electricidad, enchufes, iluminación, ventanas y desagües c/ mosquitero, paredes limpiables, etc.).
En forma opcional algunos lugares de trabajo pueden instalar bomba extractora c/ 20 setting o entregar envase plástico descartable esterilizado a vapor, o también disponer de esterilizadores eléctricos especiales para biberones, que asegure el confort en el ámbito laboral.

Es útil recordar que facilitar a sus empleadas amamantar causa:
• Mejor satisfacción de sus empleadas.
• Mayor fidelidad con su empresa.

- Menor ausentismo.
- Mayor retención de personal.
- Mayor tasa de retorno al trabajo.
- Mayor rendimiento de horas trabajadas.
- Disminución de pérdida de personal calificado.
- Mejor imagen corporativa.
- Menor costo de atención de salud.
- Fortalecimiento comunitario más saludable.

Sugerimos desde este Subprograma los puntos necesarios para instalar un "espacio para amamantar en el trabajo".

1. Establecer una política institucional que apoye las directivas de alimentación de OMS, UNICEF por Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes y acompañada de alimentos complementarios oportunos hasta los dos años.

2. Informar a la embarazada de los derechos laborales de licencias, franquicias y flexibilidad laboral por el uso de lactario, guarderías, etc.

3. Disponer una sala (espacio mínimo por persona: 1, 50 m2 c/u) para que pueda extraerse la leche para su hijo, un lugar que sea higiénico, privado, confortable, tranquilo y accesible.

4. Difundir la promoción y protección de la lactancia materna con folletería y manuales que expliquen los beneficios, métodos de extracción y conservación de la leche, así como las precauciones de bioseguridad en la manipulación de los utensilios.

5. No permitir publicidades que violen el código de sucedáneos que puedan socavar la lactancia materna.

6. Contactar con un grupo de apoyo cercano y /o número telefónico para consultas.

Para más información puede ubicar en la dirección de internet de la OPS www.paho.org/alimentacióninfantil material elaborado en 2011 donde se promueve los espacios para amamantar en los lugares de trabajo que apuntan una serie de folletos para empresarios, para las madres futuras y actuales y sus compañeros de trabajo.

C. EL DESTETE COMO UN PROCESO Y SUS IMPLICANCIAS PARA EL NIÑO Y LA MADRE.

Es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento distinto de la leche materna, y culmina con la definitiva suspensión del pecho. Desde el punto de vista madurativo, la capacidad de tolerancia digestiva para proteínas heterólogas, además de la ade-cuación psicomotriz para su aceptación, se lograría recién a partir de los seis meses de edad. Se debe considerar además que la dentición temporaria comienza (término medio) a dicha edad, culminando luego de los dos años de vida.

En cuanto a la prolongación de la lactancia materna, se sabe que el desarrollo del sistema nervioso humano requiere de ciertas sustancias específicas contenidas en la leche materna (tales como ácidos grasos de cadena larga). Dado que a los dos años se logra aproximadamente un 75% de desarrollo de la masa cerebral del adulto, llegar hasta esta edad con el aporte de dichas sustancias sería adecuado y necesario.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, y continuada hasta los dos años o más (Resolución

WHA 54.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, del 18 de mayo de 2001).
Por otra parte el destete significa también un mutuo aprendizaje y ensayo de otra forma de comunicación, que por lo tanto requiere un tiempo particular para cada díada, y que debe ser abordado en forma muy cuidadosa, respetando las pautas socioculturales de cada población.
A los requerimientos nutricionales se le suman, pues, requerimientos psico-afectivos que el niño pequeño no puede regular a voluntad. A través del tiempo, la experiencia de su inmediata satisfacción inicial nutrirá la capacidad infantil de aceptar este paulatino alejamiento, que por otra parte debe ser también elaborado por la madre.
Podemos entender entonces que el contacto madre-niño a través del pecho sea no sólo el producto de una necesidad nutricional desde lo biológico, sino también desde lo afectivo y emocional.
Respetar el tiempo particular, observar posibles dificultades en el crecimiento de esta relación especial entre ambos, y por sobre todo apoyar a la familia y particularmente a la madre en su decisión respecto del destete, informando adecuadamente y anticipando posibles problemas, constituirían acciones adecuadas del equipo de salud.
Introducción de otros alimentos:

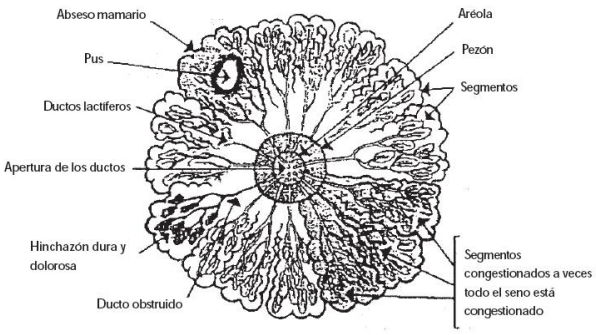
Si bien esta norma no abundará en detalles sobre el particular, es importante recalcar algunos aspectos:
• Los alimentos de destete deben ser de alto valor energético, y se seleccionarán de acuerdo a las costumbres y recursos de cada región.
• Es recomendable la preparación de los alimentos en el hogar y no el empleo de productos industriales para bebés. Estos últimos son generalmente costosos, contienen preservantes, su sabor y consistencia son homogéneos, lo que no favorece la iniciación del lactante en el reconocimiento de sabores y texturas.
• No deberían emplearse alimentos ni bebidas industrializadas, ya que también contienen conservadores que pueden perjudicar al lactante.
• Tampoco se recomiendan las frutas en almíbar, por ser excesivamente dulces. El acostumbramiento a alimentos con alto contenido de azúcar puede distorsionar la incipiente noción de sabor del niño.
• En el caso de niños con antecedentes familiares de enfermedad celíaca se aconseja retrasar la incorporación de productos a base de trigo, avena, cebada y centeno, hasta después del octavo mes de vida.
• En igual período conviene incorporar también otros alimentos de origen animal potencialmente alergénicos como la clara de huevo y los pescados (sólo se recomendaría su inclusión más temprana en el caso de aquellos niños sin acceso a otras fuentes proteicas).
• No se recomienda agregar sal a la comida en general y se deben seleccionar alimentos de bajo contenido de sodio, a fin de reducir el riesgo de hipertensión arterial en la edad adulta.
• Las fuentes más frecuentes de contaminación son las manos sucias, el agua, los utensilios, los propios alimentos o los recipientes usados en la preparación y conservación.
• Un bebé que es amamantado no requiere la utilización de biberón para la administración de ningún tipo de líquido.

CONSULTAS DE POST ALTA POR COMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA

La mayor parte de los problemas de lactancia se presentan durante los primeros días lue-go del nacimiento. De su rápida y efectiva resolución dependerá la posibilidad de continuar amamantando sin dificultad por el tiempo que la familia decida. En todos los casos considerar que el estado anímico de la madre, su entorno y la situación particular que se halle viviendo tendrán mucho peso en las causas y posibles soluciones de su problema. Por tal motivo a la indicación de correctas «técnicas» habrá que asociar una aún mayor cuota de Consejería.

A) CUIDADOS Y PROBLEMAS EN LA MADRE:

1. DOLOR DURANTE LA MAMADA:



• **Ingurgitación**

Los pechos se ingurgitan si:

1. Existe demora en el inicio de la lactancia materna después del parto.

2. Hay mal agarre del bebé al pecho, de manera que la leche no es extraída efectivamente.

3. La leche no es extraída con frecuencia, por ejemplo cuando la lactancia materna no es a demanda.

4. La duración de las mamadas es restringida.

La ingurgitación puede ser prevenida permitiendo que el bebé mame tan pronto como sea posible, después del nacimiento; asegurándose que el bebé tenga una buena posición y agarre; además de promover la lactancia materna a demanda. La ingurgitación mamaria se manifiesta como dolor y tensión mamaria muy intensos, 24-48 horas tras la aparición de la secreción láctea. La causa es una ingurgitación excesiva de venas y vasos linfáticos mamarios. Se trata mediante compresión, calor húmedo local, analgésico y antiinflamatorio, además del vaciado frecuente. No recomiende intermediarios antes de hacer corrección de la prendida.

• **Pezones dolorosos.**

Hay que considerar los pezones dolorosos que duelen al comienzo de la mamada, y los dolorosos durante toda la mamada. Los primeros se producen porque el bebé mama cuando los conductillos están vacíos. Para evitarlo es necesario estimular a la madre a masajear la mama desde la base para que éstos se llenen (o extraerse un chorro de leche), antes de colocar el bebé al pecho. Los segundos pueden ser prevenidos poniendo al niño a mamar en la posición correcta (cubriendo toda la areola), variar las posiciones y evitar el vacío cuando retira al niño del pecho (ver Posiciones para amamantar y relación postural madre e hijo).

No lavar mama antes ni después de amamantar al bebé.

• **Grietas del pezón**

Prevenirlas poniendo al niño a mamar en la posición correcta, variando las posiciones, evitando el vacío al retirarlo, tratando el pezón doloroso y con mamadas seguidas y cortas. Una vez producidas, indicar: comenzar a amamantar por el pecho menos dolorido; buscar la posición en que haya menos dolor (las mandíbulas paralelas al eje mayor de la grieta); no disminuir el tiempo de las mamadas; si el bebé se duerme «prendido» al pezón, retirarlo suavemente; luego de cada mamada colocar unas gotas de leche sobre los pezones, y permitir que se sequen al aire; exponer los pechos diariamente al aire y al sol.

Si se comprueba Muguet Oral (infección por Cándida Albicans) en la boca del bebé, los pezones de la madre, y/o la zona del pañal, se deberán tratar ambos: Solución de Nistatina vía oral cada 6 horas al bebé, por lo menos durante 14 a 21 días; pomada con Nistatina en la zona del pañal, 3 veces por día; y solución con Nistatina en los pezones de la madre después de cada mamada. Lavarse cuidadosamente las manos antes de amamantar y después de cambiarle los pañales.

Ante secreciones (Telorrea) sanguinolentas por el pezón remitir al especialista porque se debe descartar papilomatosis intraductal, aunque no es necesario suspender la lactancia. Esto presenta tres fases una nodular, otra erosiva que hay diferenciar de una Enf. de Paget, y una erosiva dendrítica con hemorragias e infección de tratamiento quirúrgico.

• **Taponamiento de conductos**

Se manifiestan por zonas del pecho endurecidas y dolorosas.

En una etapa posterior se agregan rubor y calor locales. Se observan con frecuencia cuando el bebé toma menos leche de la que produce la madre, y/o cuando no se varía la posición para amamantar.

Indicar: variar las posiciones en el acto de amamantar, colocando la barbilla del bebé en dirección a la dureza, para favorecer el vaciamiento de dicha zona; ofrecer el pecho con frecuencia; masajear suavemente la región afectada antes y durante la mamada; colocar paños de agua tibia en la zona antes de comenzar a amamantar; aconsejar el uso de corpiños holgados.

2. PROCESOS INFLAMATORIOS

• **Mastitis**

Inflamación del tejido intersticial mamario que produce ardor, dolor y sensibilización localizada.

No debería presentarse si se han instituido las medidas preventivas correspondientes (técnica de succión correcta, relación postural adecuada, descanso materno). Una vez detectada la patología, indicar: no suspender la lactancia, antes de comenzar la mamada colocar paños tibios para facilitar la salida de la leche, variar frecuentemente las posiciones para amamantar, reposo adecuado para la madre (licencia por enfermedad si trabaja en relación de dependencia) , extracción manual de la leche que pudiera quedar luego de cada mamada del bebé, paños fríos después de cada mamada, antibióticos vía oral a la madre (Cefalosporinas de 1ª generación, 1 gramo cada 6 horas), según evolución.

Las bacterias halladas desde el primer trimestre del embarazo hasta poco después del destete conforman la microbiota mamaria (estafilococos, estreptococos, bifidobacterias, bacterias lácticas y otros Gram positivas) que es importante no sólo para la homeostasis

mamaria sino para el intestino del lactante que la recibe. Es importante conocer la microbiota mamaria de la mujer lactante la cual es una población relativamente heterogénea con 100 a menos de 1000 unidades formadoras de colonias por ml. de leche, de bacterias Gram positivas. Cuando ocurre una disbiosis (irregularidades microbianas dentro del cuerpo) se predispone a una mastitis, pero afortunadamente es factible realizar un cultivo y análisis microbiológico de muestras de leche humana.

En el caso de algunas mastitis con clínica y sintomatología florida aguda que incluso provocan abscesos, debemos sospechar del Staphilococcus aureus; en otras, los síntomas son localizados en las mamas y acompañados de lesiones del pezón.

En algunas ocasiones, la mastitis puede incluso ser subclínica y caracterizarse por una falsa sensación de disminución en la producción de leche (cuando en realidad está afectada la secreción debido a la obstrucción de conductos). En estos casos, los agentes responsables suelen ser estafilococos coagulasa-negativos (fundamentalmente Staphylococcus epidermidis) y algunas especies de estreptococos, como Streptococcus mitis o Streptococcus sa-livarius. *(Arroyo y Col, Universidad Complutense - Acta Pediatr Esp. 2011; 69(6): 276-281)

La prevalencia de S. epidermitidis debe considerarse siempre relevante. Al pedir cultivo solicitamos el antibiograma correspondiente y el recuento de colonias. Si hallamos Gram negativas (E Coli u otros coliformes) y levaduras puede que la muestra se haya tomado en forma inadecuada a fin de evitar estos errores adjuntamos anexo gráfico de protocolo de la toma de muestra para cultivo de leche humana que se utiliza en algunos establecimientos.

Acta Pediatr Esp. 2011 69(6): 276-281

Para resumir es primordial el lavado de manos, de las mamas con agua limpia y jabón neutro pues se recomienda la extracción manual para evitar contaminación de la muestra. La madre se extraerá en forma manual luego de unas dos horas de intervalo de amamantamiento la leche que volcará en un envase estéril para cultivo, para ello lo ubicará debajo del pezón, dentro de la areola sin tocar el interior o tapa del frasco sin cucharas intermediarias.

El volumen necesario podría ser de 1 ml. en frasco estéril cerrado que debe estar rotulado constando además de los datos habituales la referencia si es del pecho derecho o izquierdo.

El mismo se entregará con la hoja de instrucción de recogida de la leche materna.
Para el traslado de la muestra debe tenerse en cuenta el tiempo transcurrido y la temperatura ambiente, considerando que si es menor de una hora puede trasladarse sin refrigerar, hasta 12 hs trasladar a 4°C y a mayor tiempo debe usar freezer. Nunca mezclar muestras de cultivo con las leches donadas, estas deben ser ubicadas si es posible en otra heladera / freezer u otro estante distante con los debidos recaudos en su manipulación.

• **Absceso**

Proceso infeccioso habitualmente causado por staphylococus aureus, que compromete todo el tejido mamario. Para comprobar si existe material purulento junto con la leche, colocar unas gotas de ésta sobre un algodón: si hay pus, quedará en la superficie del algodón; la leche, por el contrario, lo absorberá fácilmente. Si por tal circunstancia debiera suspenderse momentáneamente la lactancia de ese pecho, se practicará igualmente la extracción manual de la leche para mantener buen flujo y no disminuir la producción. En algunos casos puede ser necesario el drenaje quirúrgico. Debe hacerse diagnostico diferencial del absceso mamario con el galactocele, fibroadenoma y carcinoma. Considere a esta madre en riesgo por apoyo insuficiente. Se indicará reposo en cama, antibióticos por catorce días (igualmente que en mastitis) y antitérmicos. Además paños fríos entre mamadas y calientes antes de mamar. Líquidos abundantes. Se hace incisión en el absceso y drenaje. Puede amamantar si el drenaje no interfiere con la colocación del bebé, de lo contrario es útil extraer la leche por expresión.

3. BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE:

Antes de entrar a analizar las causas de baja producción precisaremos que no se debe sospechar tal problema si el bebé aumenta un mínimo de 15 a 18 gramos por día, en los primeros meses. Tener en cuenta además que el RN de término pierde hasta un 10% de su peso en la primera semana de vida, lo cual es fisiológico. En un niño que aumenta menos de lo esperado, tener en cuenta otras causas que no tienen que ver con baja producción de leche:

• Diferencia de pesada entre balanzas.
• Infección urinaria.
• Cardiopatía congénita.
• Hipotiroidismo.
• Infección respiratoria.

SEÑALES DE ALIMENTACIÓN SUFICIENTE

• Se alimenta por lo menos 8 veces por día
(es normal que al principio lo haga hasta 12 ó 16 veces al día).
• Se puede oír como deglute la leche al succionar.
• Moja por lo menos seis pañales por día, tomando sólo pecho.
• Hace por lo menos 3 deposiciones diarias
(luego del 2º mes las deposiciones pueden ser menos frecuentes).
• Incremento de 15 o más gramos por día, en forma constante.
• Bebé con buen tono muscular, alerta, sin signos de adelgazamiento.

B) CUIDADOS Y PROBLEMAS EN EL BEBÉ:

1. SEÑALES DE ALIMENTACIÓN INSUFICIENTE:

• Aumenta menos de 15 gramos por día.
• No ha recuperado el peso de nacimiento a las tres semanas de vida.
• Curva de crecimiento retardada.
• Duerme durante largos períodos para conservar energía.
• Aletargado, llanto débil.
• Pocas micciones en el día, con orinas concentradas.
• Pocas (o ninguna) deposiciones por día.
• Signos de adelgazamiento y/o deshidratación (pliegues cutáneos, expresión triste, irritabilidad).
• Constantemente prendido al pecho.

Causas más frecuentes de baja producción:

• El bebé recibe otra leche, alimento o bebida: Con lo cual está menos tiempo en el pecho, produce menos estímulo de succión, y consiguientemente menos producción láctea.
• Confusión de pezón: Por el uso de chupete y/o biberón. La posición de la lengua conspira contra un buen trabajo de succión.
• Mala prendida: Si el bebé está colocado en forma incorrecta, la extracción será insuficiente (ver Relación postural Madre/Hijo durante el amamantamiento).
• Poca frecuencia de mamadas: Habrá que despertarlo más seguido (en general, al poco tiempo toman el nuevo ritmo).
• Poco tiempo en cada pecho: Genera un vaciamiento incompleto de la mama condiciona un reflejo negativo en la producción láctea.
• Agotamiento materno: Indicar descanso adecuado a la madre; si es posible, pequeñas siestas durante el día cuando el bebé duerma. Insistir en la importancia de conseguir ayuda para los trabajos de la casa. Tener en cuenta que el agotamiento de la madre también es factor predisponente para el destete.
• Alimentación inadecuada: Insistir en la necesidad de un aporte suplementario diario de 500 kcal a la madre, y la inconveniencia de seguir dietas restrictivas.

2. RECHAZO DEL PECHO

A. Bebé que se niega a acercarse al pecho:

Causas probables:

• Alguien (la madre, agente de salud) trata de empujar la cabeza del bebé hacia el pecho para que se prenda.
• Bebé molesto por excesivo manejo del personal, familiares, etc.
• Confusión de succión.
• Dolor o molestia al colocarlo en esta posición.

Manejo:

• Ayudar a la madre a sostener tranquilamente al bebé, cerca del pecho.
• Posición cómoda para amamantar, bebé sostenido con apoyo.
• No tratar de pegar al bebé más de unos pocos minutos.
• Si el bebé llora o rechaza el pecho, intentarlo de nuevo luego de 10-15 minutos, cuando

ya se haya calmado.
• No utilizar chupetes.
• No presionar al bebé de manera de poder causar dolor.
• Dar al bebé leche materna extraída, con cucharita o vasito o gotero, hasta que se prenda bien al pecho (evitar biberón).

B. Bebé que no puede pegarse al pecho:
Causas probables:
• Mala posición del bebé (debe torcer el cuello para amamantar).
• No abre la boca lo suficiente, se prende sólo del pezón.
• Confusión de pezón.
• Pezones aplanados por congestión mamaria.
• Pezones invertidos (umbilicados) que impiden la prendida.

Manejo:
• Verificar la correcta posición del bebé (Relación postural Madre - Hijo durante el amamantamiento)
• No dar chupetes y/o biberones. (Howard, Lawrence AAP 2003).
• Extraer manualmente algo de leche si los pechos están muy congestionados.
• Extraer el pezón invertido con ejercicios de rotación, antes de prenderlo al pecho. Tener en cuenta que el bebé se prende al pecho y no al pezón; en general el pezón invertido no debe ser causa de dificultad para amamantar.

C. Bebé que no puede permanecer pegado:
Causas probables:
• Mala posición del bebé.
• Dificultad para respirar (raramente, con pechos muy voluminosos).
• Bebé mal sostenido, el pecho se aleja de él.
• Flujo de leche demasiado potente que «ahoga» al bebé cuando intenta respirar entre succiones.

Manejo:
• Verificar posición del bebé.
• No pinzar el pecho con los dedos “en tijera” cerca de la areola.
• Extraer un poco de leche antes de la mamada si existe exceso de flujo.

D. Bebé que no mama:
Causas probables:
• El bebé tiene sueño.
• No tiene hambre.
• Está enfermo (recordar que el rechazo del alimento y/o el letargo pueden ser signos de enfermedad grave en un RN).
• Está débil por el escaso aumento de peso.

Manejo:
• Verificar medicación de la madre, buscando fármacos que produzcan sueño en el bebé.
• Si está muy abrigado, quite algunas ropas del bebé.
• Esperar hasta que esté alerta.
• No administrar sueros ni fórmulas al bebé.
• Descartar patologías en el niño.
• Verificar posición del bebé.
• Extraer unas gotas de leche hacia el pezón para despertar el interés del bebé.
• Mantener producción de leche con extracción manual, y administrar con vasito y/o cucharita hasta que se prenda bien.

E. El bebé rechaza un pecho:

Causas probables:
• Dificultad en uno de los pezones.
• Distinto flujo de leche entre pechos.
• Diferencia de posición al colocar al bebé en uno y otro pecho.
• Congestión de uno de los pechos.
• Dolor del bebé en una posición en particular.

Manejo:
• Verificar si el Bebé que no puede pegarse al pecho.
• Controlar presencia de congestión mamaria unilateral. La madre puede comenzar en cada mamada por el último pecho de la mamada anterior, con lo que ambos pechos producirán similar cantidad de leche y no se congestionarán.
• Controlar posición para amamantar; sugerir cambios de posición.
• Revisar al niño para descartar patología que produzca dolor (fractura de clavícula, infección de partes blandas, dermatitis, tortícolis, etc.).
• Permitir que el bebé tome de un sólo pecho y extraer la leche del otro, si la causa no puede corregirse o el rechazo persiste. Si se alimenta a libre demanda, obtendrá la leche necesaria para su crecimiento correcto.
• Cambiarlo de pecho sin modificar la posición del bebé (posición invertida).

CONSULTAS DE POST ALTA: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LACTANCIA

1. DURACIÓN de lactancia exclusiva y edad de introducción de alimentos complementarios. Practique lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, e introducir alimentación complementaria a los 6 meses (180 días) mientras continúa la lactancia.

2. CONTINUAR con la lactancia. Continúe con la lactancia materna frecuente y, a demanda hasta los dos años o más.

3. ALIMENTACIÓN perceptiva. Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social. Específicamente:

a) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por si solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.

b) alimentar despacio y pacientemente, y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.

c) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.

d) minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
e) recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

4. PREPARACIÓN y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

a) lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
b) guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación .
c) utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
d) utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
e) evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

5. CANTIDAD necesaria de alimentos complementario: Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.

La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas "promedio" de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 Kcal. al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 Kcal. al día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 Kcal. al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad.

6. CONSISTENCIA de los alimentos. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes). Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/ o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo, nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

7. FRECUENCIA de los alimentos y densidad energética. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3 a 4 comidas al día además de meriendas nutritivas ofrecidas 1 a 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética y la cantidad de alimentos en cada comida es baja o el niño ya no es amamantado, es posible que requiera de comidas más frecuentes.

8. CONTENIDO nutricional de alimentos complementarios. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carnes, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verdura ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado

de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con bajo valor nutritivo, como tés, cafés o gaseosas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

9. USO de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres.

Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades. En nuestra población por la alta prevalencia de anemia las madres y los lactantes requieren suplementos de hierro y vitaminas o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes en la leche materna.

10. LA ALIMENTACIÓN durante y después de la enfermedad. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

ALIMENTOS RECOMENDADOS A PARTIR DEL SEXTO MES

EDAD	CANTIDAD DE COMIDA	ALIMENTOS	OBSERVACIONES
6ºmes	Lactancia Materna + 1 comida	Carne o pollo sin piel (molida o ra llada), o hígado. Arroz, polenta, sémola, maicena. Cereales precocidos. Papa, zapallo, batata. Aceite de maíz, girasol. Manzana (rallada), banana (madura), pera y duraznos (maduros).	- No agregar SAL, ni endulzantes, ni condimentos, no usar cubitos para caldo. - Consistencia suave: PAPILLA - No realizar frituras. - Comenzar de a un alimento por vez. - Carnes bien cocidas. - El arroz debe estar bien cocido (pasado), pisado.
7ºmes	Lactancia Materna + 2 comidas	Queso fresco cremoso, queso untable, manteca. Yogur, ricota. Huevo entero. Carne picada (bien cocida). Zanahoria, pulpa de zapallitos, vegetales de hoja (cocidos). Fideos cabello de ángel, harina de trigo. Pan desecado o ligeramente tostado.	- Al menos una de las dos comidas debe contener pollo o carne vacuna o hígado. - Consistencia: Papillas, puré. - Galletitas blandas. - Sólidos bien desmenuzados.
8º mes	Lactancia Materna + 2 comidas + 1 colación	Quesos compactos. Bizcochos. Pan, galletitas dulces sin relleno-vainillas. Copos de maíz. Ravioles de ricota.	- No se recomienda dar pan ni galletitas en las comidas ni para picoteo. - Se recomienda dar alimentos cortados en trozos pequeños.
A partir del 9ºmes al 12º mes	Lactancia Materna + 2 comidas + 2 colaciones	Pescados sin espinas. Pastas rellenas. Legumbres (tamizadas). Cítricos. Bizcochuelo. Dulces compactos. Flan y postre.	- Los rellenos deben ser suaves, sin picantes y en trozos pequeños. - No utilizar la fritura como único medio de cocción.
A partir del año	Lactancia Materna + Almuerzo y Cena + 2 colaciones	Resto de las verduras (crudas o cocidas). Resto de las frutas (maduras).	El niño se incorpora a la mesa familiar.

INFORMACIÓN SOBRE CURVAS DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO

Cuando se realiza consejería sobre alimentación infantil, es importante comprender las curvas o tablas de crecimiento. Si las curvas de crecimiento no son interpretadas con precisión se puede dar información incorrecta a la madre, lo cual provocará preocupación y pérdida de confianza.

Es sabido que un niño que es desnutrido por un período largo de tiempo, tendrá un crecimiento lento de la longitud o la talla. A esto se conoce como desnutrición crónica o talla baja para la edad.

Un niño más pequeño tiene una ganancia mayor en los primeros seis meses por lo tanto tienen diferentes tendencias de crecimiento en la curva de peso para la edad. Esta situación es normal.

Lo que es más importante, es ver que la curva de crecimiento sigue una tendencia que muestra que está creciendo bien y que no existe riesgo o problema del crecimiento.

Las buenas prácticas de alimentación – LME antes de los seis meses de vida y después alimentos complementarios ayudan a prevenir que ocurra una alteración en el crecimiento óptimo, sobretodo la tendencia al sobrepeso.

El nuevo patrón internacional de crecimiento es útil para evaluar el crecimiento y desarrollo.

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos.

El crecimiento no es independiente del tipo de alimentación. Con esto podemos estimar la desnutrición y sobrepeso/obesidad.

Material de consulta: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

Entre los años 1991 a 1993 se estableció un Grupo de Trabajo de la OMS sobre el Crecimiento del Lactante porque era necesario:

• Una revisión exhaustiva muestra que las características del crecimiento de los lactantes sanos amamantados difiere del actual patrón internacional NCHS/OMS.

• Un nuevo patrón de crecimiento para mejorar la conducta clínica ante la salud del lactante.

• La población de referencia debería reflejar las recomendaciones de salud, dado el uso frecuente de los patrones de crecimiento como “normas”.

Esta Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia gestiona políticas que permitan garantizar el derecho de todos los niños y niñas a un crecimiento y desarrollo pleno y saludable. El cuidado de la nutrición es una estrategia necesaria para el logro del objetivo planteado. Pero esto, sólo es posible si los equipos de salud cuentan con herramientas adecuadas.

El cambio de paradigma es una oportunidad para promover una atención integral de los niños y sus familias. Contar con las nuevas tablas de la OMS facilita la tarea, y enriquece el trabajo del equipo con una nueva mirada orientada a la promoción y prevención.

A su vez, la implementación de estas nuevas curvas, refleja el compromiso del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que se refiere a equidad y reducción de la mortalidad. Las mismas se encuentran disponibles en el área de Nutrición de nuestra Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS

Después del periodo postnatal puede haber pérdidas de peso hasta de 7% cuya recuperación ocurre hacia la 2ª semana. Hasta la 6ª semana el aumento es al menos de 20 g diarios.

MESES	PESOS/SEMANAS	TALLA	PERÍMETRO CEF
0 a 4 meses	113 a 227 gr		
4 a 6 meses	85 a 142 gr	2,5 cm /mes	1,25 cm/ mes
6 a 12 meses	42 a 85 gr	1,27 cm/mes	0,64 cm/mes

Estudios de Dewey y Cohen

Los lactantes pueden perder peso en los primeros días después del nacimiento pero deben recobrar el peso del nacimiento a las 2 o 3 semanas.

- Si ellos empiezan el amamantamiento exclusivo poco después del parto, perderán muy poco o nada de peso.
- Los bebés normalmente doblan su peso del nacimiento a los 6 meses y lo triplican cerca al año de vida.
- La práctica de los Diez Pasos para la lactancia exitosa ayudan a asegurar el suministro de abundante leche.

Allí también fue evidente que el mecanismo regulador de la producción de leche por la madre son los llamados brotes de crecimiento que forman parte del comportamiento típico de los niños amamantados.

Se establece así un mecanismo regulador muy estrecho entre la producción de leche y las necesidades del lactante. Para ello, en el momento que aumentan las necesidades se produce mayor frecuencia y duración de las tetadas hasta que aparece el efecto deseado. Esto es más notorio en los primeros 4 meses. A la inversa ocurre cuando las necesidades disminuyen.

Para nuestra población está en elaboración todo un documento con las curvas gráficas de este estándar de crecimiento por el subprograma de nutrición.

CRECIMIENTO LENTO EN NIÑOS AMAMANTADOS

Al igual que los niños alimentados artificialmente, algunos niños amamantados pueden tener un crecimiento por debajo de su potencial real, lo cual es importante reconocer y tratar. Un crecimiento por debajo de los límites ya citados puede obedecer con frecuencia a problemas de lactancia, sobre todo si se presenta al inicio, pero en ocasiones puede estar asociado a patología subyacente del niño o de la madre.

Una infección urinaria o una falla en la técnica del amamantamiento que provoque crecimiento lento ven favorecida su recuperación al intervenir a favor de la lactancia

materna. El pediatra debe interpretar correctamente las gráficas de peso pero considerando el potencial individual y las características propias de su crecimiento y desarrollo.

DESAFÍOS

Un pediatra más preventivo y menos curativo, que sepa escuchar y pueda orientar.
• Compromiso con aquellas acciones como la promoción y apoyo a la lactancia materna tienen probada eficacia en el mantenimiento de la salud en los niños.
• Interés efectivo en el conocimiento de aspectos prácticos sobre manejo clínico de lactancia materna.
• Aprovechamiento de la oportunidad que brinda el estado actual del conocimiento científico sobre lactancia y amamantamiento para hacer una medicina basada en la evidencia.
Plata Rueda E. Hacia una medicina más humana. 1ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.

ANEXO I: ELEMENTOS DE CONSEJERÍA

Se basa en las acciones necesarias para Escuchar y Aprender por ejemplo cuando evaluamos el amamantamiento, y de dar confianza y apoyo a la madre que amamanta cuando elaboramos la historia clínica de lactancia.

ESCUCHA Y APRENDIZAJE	CONFIANZA Y APOYO
• Comunicación no verbal útil • Responda mostrando interés • Devuelva el comentario • Muestre empatía • Evite palabras enjuiciadoras	• Acepte lo que la madre dice • Elogie lo que está bien • Dé ayuda práctica • Dé información pertinente • Use lenguaje sencillo • Haga una o dos sugerencias

Al momento de la entrevista con una mujer embarazada o que acude con su hijo o hija, podemos ejercitar diferentes tipos de comunicación:

• La Promoción: tendiente a motivar y estimular, a crear una necesidad (necesita una clara comprensión del problema y de los hábitos de autocuidado).

• La Información: tendiente a incrementar los conocimientos para la toma de decisiones (requiere de la suficiente autoconfianza y determinación como para la toma de esa decisión).

• La Consejería: Tendiente a ayudar a cuidar la propia salud apoyando la toma de decisiones en momentos especialmente críticos.

Hablar y expresar; ambos verbos utilizan la palabra como vehículo pero cuando nos expresamos hacemos algo más: organizamos nuestro pensamiento para así formular un «mensaje» (qué queremos decir).

«PRINCIPIO DEL EMBUDO DE DISMINUCIÓN»
********** LO QUE QUIERO DECIR**********
**********LO QUE DIGO**********
**********LO QUE OYEN**********
****LO QUE ES COMPRENDIDO****
LO QUE ES RETENIDO
****
*****

Es por este motivo que NO SIEMPRE el mensaje recepcionado es igual o semejante al mensaje emitido. Para comprobarlo bastaría con entrevistar a un número de personas a la salida de la consulta médica; allí quedaría expresada esta diversidad de interpretaciones y en consecuencia, de resultados de esas consultas.

El concepto «consejería» es nuevo para muchas personas, y la palabra puede ser de difícil traducción. Algunos idiomas utilizan la misma palabra con el significado de «orientación». Sin embargo, «aconsejar» significa mucho más que «orientar». A menudo, cuando se orienta

a una persona, se le dice lo que debería hacer. Cuando se aconseja a una madre, se la escucha y se trata de comprender cómo se siente. Se la ayuda a decidir lo mejor para ella y se la ayuda a adquirir confianza para hacer lo que haya decidido.

Cualidades óptimas para Consejería:
- Calor humano.
- Sensibilidad social.
- Vocación por la enseñanza.
- Humildad (no sentirse superior).
- Actitud optimista y vital.
- Respeto por la experiencia previa de la mujer y sus resistencias al cambio.
- Honradez y sinceridad.
- Capacidad de autoevaluación.
- Discreción.

¿Qué *HAY* que hacer?	¿Qué *NO HAY* que hacer?
• Escuchar, atender y ser abierto/a. • Respetar los conocimientos previos de la madre. • Alentar a las madres a hablar y ayudarse mutuamente. • Dar información correcta. • Actuar con fineza, tacto y paciencia. • Llevar el tema con sencillez y animación. • Hacer que las madres se sientan cómodas. • Alentarlas a que regresen.	• Dar una conferencia. • Criticar a la gente. • Tomar decisiones por la madre. • Desestimar sus creencias.

«Procure primero comprender que ser comprendido...» Stephen Covey

Aquí debemos comprender que más allá del espacio propio existe el espacio del otro. Sólo al reconocer ese espacio del otro se puede ser capaz de explorar los límites entre ambos.
- **Espacio Propio:** Permite discernir logros, asumir obligaciones, aceptar verdades, sentimientos, emociones.
- **Espacio del otro:** Cuando lo reconocemos, le decimos que existe y es importante para nosotros, lo ayudamos a tomar conciencia de su propio valor, a desarrollar autoestima.

A. EJERCITAR LA ESCUCHA ACTIVA PERMITIRÁ ESTABLECER UN NUEVO ESPACIO DE COMUNICACIÓN.

La Escucha Activa consiste en:
Reformular: Repetir lo que el otro acaba de expresar.
Reflejar: Hacer de espejo de las emociones.
¿Qué hace falta para una buena escucha? Ser LIBRE:
- del temor a la crítica.

• de las propias tensiones y preocupaciones.
• de la fidelidad a las teorías.
• de la propia necesidad de sobresalir.
• de las rivalidades con el otro.
• de los propios miedos.
• de las propias creencias.

B. ¿CÓMO ESCUCHAR Y APRENDER?

• Usar comunicación no verbal útil.
• Hacer preguntas abiertas.
• Usar respuestas y gestos que demuestren interés.
• Devolver el comentario.
• Dar muestras de empatía.
• Evitar el uso de palabras enjuiciadoras.

C. LA COMUNICACIÓN EFICAZ CONSIDERA:

• A quién se le está hablando.
• Cuáles son sus necesidades y habilidades.
• Cómo brindarle mensajes que tengan sentido dentro del contexto en que vive.

El/la comunicador/a eficaz:

• Escucha cuidadosamente.
• Trata a las personas con respeto.
• Es amable y sincero/a.
• Se dirige a las personas de igual a igual.

LAS SEIS HABILIDADES DE ESCUCHA Y APRENDIZAJE:

Habilidad N° 1: Uso de la comunicación no verbal

Demostrar la actitud a través de la postura, expresión, etc.

• Postura.
• Contacto visual.
• Barreras.
• Tiempo disponible.
• Contacto físico.

Comunicación no verbal útil:

• Mantener la cabeza al mismo nivel que la madre.
• Prestar atención.
• Quitar barreras.
• Tomar el tiempo necesario.
• Hacer contacto físico apropiado.

Habilidad N° 2: Formular preguntas abiertas

Es necesario formular preguntas que estimulen a la madre a hablar y brindar la información requerida.

ABIERTA	CERRADA
• ¿Cómo? • ¿Qué? • ¿Cuándo? • ¿Dónde? • ¿Por qué?	• ¿Usted está? • ¿Ella hizo? • ¿Ha tenido?...

Preguntas útiles para comenzar:
•¿Cómo le está yendo con…?
•Cuénteme de su bebé…
A veces puede necesitarse una pregunta cerrada:
¿Le está dando algún biberón?
O especificar una respuesta:
¿Qué edad tiene su bebé?
Para seguir:
•¿Qué le hace pensar eso?
•¿Qué la hizo decidirlo?
•¿Usted qué opina…?

Habilidad N° 3: Respuestas y gestos que demuestren interés
Para que la madre quiera continuar hablando, hay que demostrar interés y atención en lo que ella nos dice.

Respuestas y gestos útiles:
• Gestos: mirar a la madre, asentir con la cabeza, sonreír.
Respuestas simples: «verdad», «claro», «¡Ajá», «Mmm».
Variantes locales.

Habilidad N° 4: Devolver el comentario a la madre
La tendencia habitual es la de buscar detalles no siempre útiles.
Conviene más devolver la pregunta (pero que no suene a burla) para estimular a la madre a dar más detalles sobre el asunto.
Se pueden intercalar comentarios «abiertos» como «Qué barbaridad», «Dios mío» para no repetir continuamente lo que la madre dice.
Devolución de comentarios a la madre:

INCORRECTO	CORRECTO
¿Su bebé duerme bien? ¿Está mamando normalmente? ¿Cree que tiene suficiente leche?	¿Cómo está durmiendo su bebé? ¿Cómo está mamando? ¿Cómo está aumentando de peso? ¿Puedo ver la curvas de peso?

Habilidad N° 5: Dar muestras de empatía, de comprender cómo se siente la madre.
Mostrar empatía es diferente a entender cómo se siente. Al entenderla podemos sentir pena por ella, pero al mostrar empatía nos ponemos en su lugar.
Muestras de empatía:
Con sentimientos negativos:
• Madre: Mi bebé quiere mamar a cada rato y esto me cansa.
• Agente de Salud: ¿Así que se está sintiendo muy cansada a toda hora?
Con sentimientos positivos:
• Madre: Está mamando bien y parece quedar satisfecho.
• Agente de Salud: Debe sentirse muy contenta de que las cosas marchen bien.

Habilidad N° 6: Evitar el uso de palabras enjuiciadoras
Palabras como bien, mal, correcto, incorrecto, bueno, malo, suficiente, insuficiente, a-decuado, empleadas al formular preguntas (pero no sólo) pueden hacer pensar a la madre que está haciendo las cosas en forma incorrecta, que algo está mal, o aún a «defenderse» de una posible reprimenda con respuestas distorsionadas.

INCORRECTO	CORRECTO
Madre: Mi bebé lloró toda la noche Agente de Salud: ¿Cuántas veces lloró?"	Madre: Mi bebé lloró toda la noche. Agente de Salud: Así que el bebé lloró todala noche y no la dejó dormir.

2. HABILIDADES CÓMO REFORZAR LA CONFIANZA Y DAR APOYO:

1. Aceptar lo que la madre piensa y siente.
2. Reconocer y alabar lo que la madre y el bebé estén haciendo bien.
3. Dar ayuda práctica.
4. Dar una información pertinente y corta en el momento.
5. Usar lenguaje sencillo.
6. Hacer una o dos sugerencias, no dar órdenes.

Habilidad 1: Aceptar lo que la madre piensa o siente. aceptar lo que ella piensa, responder de una manera neutral, sin estar en desacuerdo o acuerdo. Maneras útiles que indican aceptación: "parafraseo' y las 'respuestas y gestos que demuestren interés. Si esta angustiada: no decir no es nada, Si usted acepta que está angustiada, ella sentirá que es un sentimiento correcto, por lo tanto no disminuirá su confianza. La empatía es una manera útil de demostrar aceptación a cómo se siente la madre.

Habilidad 2: Reconocer y elogiar lo que la madre está haciendo bien. Debemos observar lo que las madres y sus bebés hacen bien y, luego, elogiar o demostrar aprobación de las buenas prácticas. Beneficios: Refuerza la confianza de la madre. Estimula que la madre

continúe realizando estas buenas prácticas. Facilita que la madre acepte sugerencias posteriores.

Habilidad 3: Dar ayuda práctica. En ocasiones la ayuda práctica es mejor que solamente decir algo. Cuando la madre se siente cansada, no ha podido bañarse o está incómoda, cuando tiene hambre o sed, cuando ya ha recibido mucha información, cuando tiene un problema práctico evidente es útil ayudarle a que se asee y esté cómoda, darle agua o algo para comer o sostener al bebé, mientras la madre se pone cómoda, se lava o va al baño. La ayuda práctica también incluye la alimentación del niño; como ser, la ayuda en la posición diciéndole: "Déjeme intentar ayudarla, para que se sienta más cómoda".

Habilidad 4: Dar información pertinente y corta. La información que es útil para la madre en ese momento puede ser la que le ayude a la madre a comprender qué es lo que está pasando, la que refuerza la confianza de la madre, aceptando lo que ella dice y elogiando lo que está haciendo bien. También dar la información correcta de manera positiva, que no suene a crítica.

Habilidad 5: Usar lenguaje sencillo. Emplee términos sencillos y familiares para explicar, a las madres, las cosas.

Habilidad 6: Realizar una o dos sugerencias, no órdenes. Sugieran lo que ella podría hacer, ella decide si lo intenta o no. Esto permite que la madre sienta que tiene el control y ayuda a que se sienta confiada.

ANEXO II: MEDICAMENTOS MATERNOS Y LACTANCIA

Si una madre debe recibir un medicamento es conveniente seleccionar aquél con menores efectos secundarios. Existen listas de estos medicamentos que se actualizan continuamente. En todo caso, es importante considerar los siguientes aspectos: Dosis y duración del tratamiento. Edad del niño: recordemos que es distinta la capacidad de metabolizar drogas de un prematuro, un recién nacido de buen peso o un lactante mayor. Cantidad de leche materna que consume el niño.

EDAD	PRODUCCIÓN CC/DÍA
0 a 1 meses	719
1 a 2 meses	795
2 a 3 meses	848
3 a 6 meses	822
6 a 12 meses	600
12 a 24 meses	550

Fuente: Reporte FAO/OMS/ONU, 1985

Biodisponibilidad de los fármacos.

La dosis de medicación tomada por la madre que pasa de la leche materna al lactante depende su biodisponibilidad oral, es decir el porcentaje de fármaco absorbido por el intestino del lactante. En muchos otros casos la pobre absorción hace que la dosis materna necesaria para llegar a una dosis terapéutica en el bebé sea imposible de administrar.

Minimizar las interferencias del medicamento.

Si una mujer debe tomar a largo plazo medicamentos que tienen riesgos mínimos para el lactante podemos tomar ciertas precauciones para minimizar aún más estos efectos. Las fórmulas de acción prolongada que son detoxificadas por el hígado del lactante pueden ser un inconveniente debido a su inmadurez, el riesgo de acumulación en el lactante. Sus efectos pueden ser variados por ejemplo: Toxicidad no relacionada con la dosis, ejemplo: reacciones alérgicas. O la posible interferencia con la lactancia que ocurre con los anticonceptivos orales que contienen estrógenos.

Se debe buscar la droga que menos interfiera con la lactancia del grupo al que el medicamento pertenezca (antibióticos, analgésicos, etc.):

Recomendar que consuma la madre el fármaco inmediatamente después de amamantar evitando los períodos de concentración máxima de la droga: esto puede ser útil en lactantes mayores que maman con menos frecuencia.

Observar al lactante si aparecen signos o síntomas no habituales o modificaciones en los patrones de alimentación o sueño.

Seleccionar las drogas que pasan poco a la leche.

Seleccionar una vía de administración alternativa (uso tópico en vez de oral).
Suspender la lactancia en forma temporal: si la madre se realizará por ejemplo, una intervención quirúrgica, puede recolectar previamente su leche y dársela al bebé en el período de su convalecencia. Durante todo el tiempo la madre debe extraerse la leche para mantener su producción y evitar la congestión mamaria.
RECORDAR: La lactancia artificial tiene riesgos frecuentes y bien conocidos; por tanto se debe evaluar minuciosamente la necesidad de fármacos para la madre. Pero tengamos también en cuenta que es muy raro que el riesgo del fármaco que toma la madre sea superior al riesgo de la alimentación artificial.

Medicamentos ABSOLUTAMENTE contraindicados:
•Antimetabolitos (tratamientos anti tumorales).
•Radioisótopos (suspensión temporal de la lactancia y desechar la leche extraída durante ese período).
•Antitiroideos 1) Propiltiouracilo. Se excreta en bajas concentraciones en la leche materna. Evaluar periódicamente la función tiroidea del lactante. AAP: compatible con la lactancia. 2) Metimazol - Antitiroideo. Se excreta en leche materna; pero como su pico de concentración es a las 4 hs es preferible usar propiltiouracilo.

Ante la situación concreta de necesitar medicar a una madre que amamanta, el Dr. Carlos González (ACPAM, Europa) plantea el siguiente razonamiento:
¿Es necesario que tome ese fármaco?.
Y si ha de tomar este fármaco, ¿es mejor que siga dando el pecho, o que destete?
¿Es un fármaco contraindicado?:
• ¿Pasa a la sangre de la madre?
• ¿Pasa a la leche?
• ¿Pasa a la sangre del niño?
• ¿Produce algún efecto nocivo?

¿Qué concentración logra en leche?
Y para conocer cuál es la dosis que alcanza al lactante de la medicación que ha tomado su madre es útil usar la siguiente fórmula de: «Días para tragarse una pastilla», es decir cuántos días debería estar la madre bajo tratamiento para que su bebé reciba una dosis equivalente a 1 pastilla, teniendo en cuenta que, si se tratara de una ingesta accidental, la dosis contenida en 1 pastilla sería generalmente poco importante a la luz de los efectos en el bebé.

$$DTP = \frac{\text{Cantidad del fármaco en una pastilla}}{\text{Concentración en la leche x 0,75}}$$

Veamos algunos ejemplos:

DROGA	CONCENTRACIÓN EN LA LECHE MATERNA	CANTIDAD DE FÁRMACO EN UNA PASTILLA	CANTIDAD DE DÍAS DE TRATAMIENTO MATERNO PARA QUE EL BEBÉ RECIBA UNA DOSIS EQUIVALENTE A UNA PASTILLA
Carbamazepina	3,6 mg/l	200 mg	74
Ciclosporina	227 µg/l	50 mg	293
Cloroquina	0,58 mg/l	300 mg	689
Cloxacilina	0,4 mg/l	500 mg	1666
Digoxina	0,96 µg/l	0,25 mg	347
Haloperidol	4,25 µg/l	5mg	1568
Lorazepam	12 µg/l	1 mg	111
Paroxetina	101 µg/l	20 mg	264
Prednisona	28,3 µg/l	10 mg	471
Ranitidina	2,6 mg/l	150 mg	76

Medicamentos maternos y lactancia - Anexo II (2) Dr. Carlos González. Fármacos y Lactancia. Conferencia IGAM 2002, Lima, Perú. Algunos medicamentos de uso corriente y su compatibilidad con la lactancia materna:
El hecho que un medicamento se excrete por la leche materna no implica necesariamente toxicidad para el lactante, ya que tendría que alcanzar determinadas concentraciones para originar efectos adversos en el lactante, y en la mayoría de los casos los niveles plasmáticos alcanzados son de escasa relevancia clínica.

Algunas fuentes de información actualizada para consultar:
• American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001;108: 776-789
• Hale, Thomas W. Medications and mothers' milk 10ª ed. Pharmasoft Publishing Amarillo (Texas) 2002. www.ibreastfeeding.com; http://www.e-lactancia.org/inicio.htm
• Pasaje de Fármacos a la Leche Materna - Vademécum Pediátrico del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" Ed. 2002.

ANEXO III: ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS Y LACTANCIA MATERNA

De: "La Lactancia Materna: Una Guía para la Profesión Médica" – Ruth E. Lawrence – Ed. Mosby, 4ª edición, 1996.

ENFERMEDAD DEL NIÑO	DÉFICIT	LACTANCIA MATERNA	OPCIÓN
Galactosemia	1/200.000 RN Stanbury y Col. 1983 -Déficit galactinasa de galactosa 1 – fosfato uridil transferasa	NO	Utilizar fórmulas libre de lactosa...
Fenilcetonuria	1/1.000.000 RN Stanbury y col. 1983 Ausencia de fenilalanina hidroxilasa	SI	(pequeñas cantidades de fenilalanina son necesarias) Puede ser necesaria alimentación mixta con fórmula libre de FA.
Enf. De Orina de Jarabe de Arce	1/200.000 Taylor y Guthrie, 1978 Defecto del metabolismo se valina – leucina - isoleucina	SI	Parcial combinada con Fórmulas especiales.
Déficit alfa 1 antitripsina	Déficit alfa 1 antitripsina	SI	Niños alimentados con biberón 7 veces más posibilidades de desarrollar enfermedad hepática.
Acrodermatitis Enterohepática	Enf. Autosómica recesiva. Se asocia a bajos niveles de Zn en plasma. El Zinc de la leche de vaca se asocia a moléculas de alto peso molecular (PM) y el de la leche materna a moléculas de menor PM absorbiéndose mejor.	SI	Niños alimentados con biberón 7 veces más posibilidades de desarrollar enfermedad hepática.

ANEXO IV: ENFERMEDADES MATERNAS Y LACTANCIA

Diabetes	Déficit insulina	SI	Tratamiento compatible. Madre necesita menor dosis de insulina mientras amamanta.
Infecciones	bacterianas y virales comunes	SI	Si la bacteria puede ser transmitida, tratar a ambos.
Gripe H1 N1	Enf. Viral	SI	Aislamiento y medidas de precaución (doble barbijo, paño de apoyo, lavados de manos, etc.) tratada 48 hs o a los 7 dias ya no contagia.
Clamidia y Gonorrea	infección de transmisión sexual - causada por la bacteria Clamidia trachomatis - La blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica, es una provocada por la bacteria Neisseria gonorrae	SI	No pasa la Leche Materna
Tuberculosis	Enfermedad infecto contagiosa provocada por el Mycobacterium Tuberculosis	SI	Si la baciloscopia es positiva tratar con tres drogas (OMS 1988) y profilaxis al bebé (Medical setter 1988) Usar barbijo. Dar BCG al RN (OMS 1988)
Citomegalovirus	Infección viral causada por un tipo de Herpes virus.	SI	El CMV es peligroso como causa de enfermedades congénitas pero no luego del nacimiento.
Herpes Simple	Enfermedad Infectocontagiosa	SI	Si la lesión está en el pecho, cerca de la areola, suspender transitoriamente el amamantamiento directo y extraer manualmente.
Varicela	Enfermedad Infectocontagiosa	NO	(si la madre desarrolla la enfermedad 5 o menos días del parto). Dar inmunoglobulina específica al bebé y reanudar la LM a los 8 días.
Papera	Enfermedad Infectocontagiosa	SI	La IgA de la leche disminuye la enfermedad en el RN
Hepatitis	Enfermedad Infectocontagiosa	SI	**Tipo B:** Dar Inmunoglobulina especifica y vacuna de Hepatitis B al RN y reanudar LM a los 8 días Committee cn Infectious Disease:Report of the Committee on Infectious Disease, American of Pediatrics Redbook, ed 21, Evanston lll, 1988, American Academy of Pediatrics. **Tipo C:** No se transmite por LM.
VIH	Ver ANEXO		

INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN Y LACTANCIA.

-Manejo post-parto. 23.1. Lactancia: Tanto los Beta Bloqueantes como los bloqueantes de los canales de calcio han demostrado ser drogas seguras durante la lactancia (BEARDMORE 2002). Se recomienda utilizar Labetalol, dado que no alcanza concentraciones e-levadas en la leche materna. Si existiera contraindicación para el uso de Labetalol, una alternativa sería la Nifedipina. La Alfa Metil Dopa ha demostrado su seguridad para el recién nacido en lactancia, si bien puede asociarse a efecto depresor del SNC y somnolencia que podría agravar los síntomas psicológicos propios del puerperio. (NICE 2010) Entre los IECA, el Enalapril (comprimidos de 5-10-20 mg) administrado cada 12 hs, ha demostrado ser una droga segura para puérperas hipertensas que amamantan (NICE 2010) y útil en el manejo de pacientes que evolucionan a hipertensión crónica. Los diuréticos reducen la producción de leche materna en dosis mayores a 50 mg por día. Se reservan para situaciones graves con compromiso de la función renal, Insuficiencia Cardíaca y Edema agudo de pulmón.
http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia_Hipertension.pdf

ALIMENTACIÓN EN PREMATUROS

-Normativa Recién nacido Alto Riesgo. Alimentacion con leche materna humana
http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/06-RN%20de%20riesgo.pdf
-Normativa Lactancia Direccion Nacional Maternidad e Infancia Manejo de Lactario y Alimentacion de Prematuros.
http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/4-TOMOIII.pdf
-Reglas de manejo Metodo Madre Canguro:
http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf
-Cuando Iniciar LM en prematuros extremos. Revista de enfermeria. http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/enfermeria-neonatal-1.pdf
-El rol educador de enfermería en el fomento de la lactancia Materna en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Ma Cristina Malerba.
http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/enfermeria-neonatal-2.pdf

ANEXO V: VIH Y ALIMENTACIÓN INFANTIL

SIDA, HIV POSITIVO

No se aconseja la lactancia en madres HIV + o con SIDA por el alto riesgo de traspasar el virus al niño. Igualmente se debe prestar especial atención a aquellas madres que tienen una pareja sexual HIV+, viven en situación de riesgo de contagio (promiscuidad), o han recibido transfusión de sangre no controlada para HIV en el parto /puerperio.

Aspectos Legales en Argentina:

En Argentina existe una Ley Nacional de SIDA N° 23798 que refiere a la manera que se deben interpretar las disposiciones, la obligatoriedad de prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección. Por Decreto reglamentario 1244/90 de la Ley Nacional 23798 la prohibición de revelar información y sus excepciones. El sistema de registro "Se utilizará, exclusivamente un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0)". (Artículo 2. Inciso e) y su confidencialidad en carácter de reservado y asesoramiento adecuado.

Ley 10636 de la Provincia de Buenos Aires. "Establécese en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires la denuncia con carácter obligatorio de los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)".

-*Artículo 1:* "Quedan sujetos a la disposición del Artículo 1 de esta Ley, los servicios hospitalarios públicos y privados de la Provincia de Buenos Aires y los profesionales médicos que presten atención a enfermos del referido síndrome".

-*Artículo 2:* La Ley 10721 de la Provincia de Buenos Aires refiere a aquellos que están en un Servicio Penitenciario. La Ley 11506 de la Provincia de Buenos Aires trata de las disposiciones para la prevención y tratamiento en los internos.

Ley 11506 de la Provincia de Buenos Aires."Los profesionales que tomen conocimiento que su paciente posee antecedentes clínicos o epidemiológicos compatibles con la adquisición del sindrome (SIDA), deberán imponer al mismo, así como se tratare de un menor de edad o de un incapaz a sus padres, o en su caso, al representante legal, sobre las necesidad de efectuarle las pruebas pertinentes para el diagnóstico, así como también las formas de contagio a terceros y las medidas de prevención para evitarlo".

-*Artículo 9:* Por Decreto Reglamentario 1758/96 de la Provincia de Buenos Aires dice: "El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y (previa confirmación de los resultados) lo asesorara debidamente. De ello se dejara constancia en formularios que a al efecto establezca el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y respetando las especificaciones establecidas en el Artículo 2 de la Ley Nacional 23798 y los Artículos 2 y 6 del Decreto Reglamentario..."(art.9)

"Se entenderá como persona afectada por el Síndrome a toda aquella que satisfaga los criterios para <Definición de Caso de SIDA> dada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1987, en vigencia en nuestro país, o la que en el futuro la reemplace, con exclusión de los portadores asintomáticos. Se deberá realizar la notificación de casos de enfermos de SIDA y eventualmente del fallecimiento solo a través de los profesionales mencionados en la Ley 15465 y observándose lo prescripto en el Artículo 9 de la presente Reglamentación. (art.10)

Todas las comunicaciones serán dirigidas a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia y por ésta al Ministerio de Salud y tendrán carácter reservado".
La mayoría de los niños que se contagian el VIH lo hacen a través de sus madres: durante el embarazo, durante el trabajo de parto y el nacimiento, o a través de la lactancia materna. Esto se denomina transmisión maternoinfantil del VIH o Transmisión Vertical.
En relación con la lactancia materna, la pregunta es:
¿La transmisión se realiza a través de la leche o a través del amamantamiento? En realidad parece ser que ambas son causas de transmisión; tanto la leche como la condición clínica de pecho materno y boca del bebé.
Los factores que afectan la Transmisión Vertical son:
• Infección reciente con VIH.
• Procedimientos obstétricos.
• Elevada carga viral plasmática con CD4 bajo.
• Elevada carga viral en leche materna.
• Duración de la lactancia materna.
• Lactancia materna exclusiva o mixta.
• Grietas y otras lesiones del pezón.
• Mastitis clínica o subclínica.
• Lesiones en la boca del bebé.
Alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH1
Adaptado de OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA: VIH y alimentación infantil: Guía para gerentes y supervisores de la atención de salud (revisada). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003, pp 3-7.

Antecedentes:
La lactancia de las madres VIH-positivo es una vía importante de transmisión del VIH, pero no amamantar acarrea un riesgo significativo para la salud de los lactantes y de los niños pequeños. La lactancia es vital para la salud de los niños, reduce el impacto de muchas enfermedades infecciosas y previene algunas enfermedades crónicas. Es por ello que en algunos países se decide: a. proteger las supervivencia infantil y desarrollo del niño y no solo prevenir la transmisión del HIV, b. adecuar la alimentación complementaria, c. promover con información sobre las conductas sexuales responsables y seguras, y d. la detección precoz y tratamiento de las (ETS) Enfermedades de Transmision sexual. Abarcando los servicios de atención pre-natal, planificación familiar y atención prenatal (APN) para las mujeres en edad reproductiva incluyendo, en particular, a las mujeres y sus parejas en las cuales uno o ambas personas están infectados con el VIH.

Otras intervenciones para reducir la transmisión de VIH:
• Proveer y promocionar la prueba de VIH y la consejería para toda la población.
• Para las mujeres VIH-positivo, proveer de consejería continua y apoyo para ayudarles a tomar la decisión de alimentación para su bebé y llevarla a cabo.
• Para las mujeres VIH- negativa y las mujeres con estado de VIH desconocido, brindar apoyo para la lactancia exclusive durante los primeros seis meses, con lactancia continuada por dos años o más, con la introducción adecuada y apropiada de alimentación

complementaria desde los seis meses.
• Prevenir el efecto de “dispersión” del alimento de sustitución.
• Observar, implementar y monitorizar el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna. El Código es relevante a, y cubre completamente la necesidad de la madre que es VIH positivo.
• Considerar el apoyo para la alimentación del lactante y niño pequeño como parte de la atención continua y los servicios de apoyo para todas las mujeres, especialmente las mujeres VIH-positivo, tomando en cuenta la importancia crítica de la madre como cuidadora de su bebé.
• Brindar atención y apoyo a la mujer embarazada, madres y sus bebés.
• Promover un entorno facilitador para la mujer que vive con el VIH, mediante el Fortalecimiento del apoyo comunitario y reducción del estigma y discriminación.
• Proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos en relación al VIH implica que:
• Todas las mujeres y hombres, independientemente de su estado de VIH, tienen el derecho de determinar el curso de su vida sexual y reproductiva, y a tener acceso a la información y servicios que les permita protegerse y proteger la salud de su familia.
• Los niños tienen el derecho de supervivencia, al desarrollo y a la salud.
• Una mujer tiene el derecho a tomar su decisión respecto a la alimentación infantil en base a una información completa, y a recibir apoyo para el curso de acción que ella elija.
• Las mujeres y las niñas tienen el derecho a la información acerca del VIH/SIDA y el acceso a los medios de protección contra la infección de VIH.
• Las mujeres tienen el derecho a acceder a la prueba voluntaria y confidencial del VIH, así como a la consejería para conocer su estado de VIH.
• Las mujeres tienen el derecho a decidir no ser examinadas, o a negarse conocer el resultado de la prueba de VIH.
• Estos principios se derivan de los derechos humanos internacionales, incluyendo la Convención de sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de las Mujeres (1979) y la convención de los Derechos del Niño.

Riesgo de transmisión de VIH de madre al Niño:
• La 20% de prevalencia de infección con VIH entre mujeres.
• El 20% de tasa de transmisión durante el embarazo y el parto.
• El15% la tasa de transmisión durante la lactancia.
Basado en los datos De HIV & infant feeding counselling tools: Reference Guide. Geneva, World Health Organization, 2005.

Es decir:
Si la prevalencia de la infección de VIH entre las mujeres es de 20% y la tasa de transmisión de VIH de madre a niño durante el embarazo y el parto es de aproximadamente el 20-25%. En este ejemplo se utiliza una tasa del 20. De esta manera cerca de 4 de los bebés de las 20 madres infectadas por el VIH tendrán la posibilidad de infectarse durante el embarazo o el parto.
Viendo que La tasa de transmisión a través de la lactancia es de 5-20% de los bebés que están siendo amamantados por sus madres que están infectadas por el VIH. Para este ejemplo

utilizamos una tasa de 15%, como promedio. 15% de 20 es 3. De esta manera cerca de 3 de los bebés de madres VIH positivas tienen la posibilidad de infectarse por la lactancia.

En resumen:
En un grupo de 100 madres en un área con un prevalencia de infección entre las madres del 20%, solo cerca de 3 bebes podrían infectarse con el VIH por la lactancia. El 97% de los bebés no se contagiarían con el VIH de esta forma.
Riesgo estimado y momento en el que ocurre la transmisión de madre a niño del VIH en ausencia de intervenciones .

Adaptado de:
De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, y col. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. JAMA 2000; 283: 1175-82.

Momento en el que ocurre la transmisión	Tasa de transmisión
Durante el embarazo	5-10 %
Durante el trabajo de parto y parto	10 - 20 %
Durante la lactancia	5 - 20 %
Total sin lactancia	15 - 30 %
Total con lactancia hasta los 6 meses	25 - 35 %
Total con lactancia de 18 a 24 meses	30 - 45 %

Evidencia de transmisión a través de la leche materna:
• El virus se ha encontrado en la leche materna, y las mujeres con virus detectable tienen más posibilidades de transmitir infección en comparación a las mujeres que no tienen el virus detectable.
• Se ha reportado infección por VIH en bebés amamantados de madres que no estaban infectadas con el VIH durante embarazo o en el parto pero se infectaron mientras amamantaban, ya sea mediante la transfusión de sangre infectada o a través de la trasmisión sexual.
• Los recién nacidos de madres no infectadas con el VIH fueron infectados a través de la leche de una nodriza infectada con el VIH, o a través de la leche de donadoras no analizadas.
• Los recién nacidos sin infección de madres infectadas con el VIH que se diagnosticaron como sin infección a los seis meses de edad, se infectaron después, con la lactancia como el único factor de riesgo concurrente.
Articulos sobre HIV y Lactancia.
• Factores de riesgo de la transmisión de VIH por la lactancia - HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, World Health Organization, 2004 (summarized by Ellen Piwoz).

• Factor de riesgo: Carga viral sanguínea maternal- Referencia: Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Kreiss JK. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. JID, 2003, 187:736-740.
• Patrón de lactancia y el riesgo de transmisión de VIH - Referencia: Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia HM. South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS, 2001, Feb 16: 15(3):379-87.
• Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabue - Referencia: Piwoz EG, Lliff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, Humphrey JH. An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) American Society for Nutritional Sciences, 2005, 950-955.

-¿Por qué el test de VIH en el embarazo?
Si es VIH negativo
• Puede recibir consejería en conductas de prevención y reducción de riesgo.
• Puede recibir consejería en lactancia exclusiva.
Si es VIH positivo
• Puede aprender las formas de reducir el riesgo de la transmisión de madre a niño en el embarazo, durante el parto y durante la alimentación infantil.
• Puede manejar mejor la enfermedad y luchar por una vida "positiva".
• Puede planificar la alimentación infantil más segura y el seguimiento del bebé.
• Puede decidir por el aborto (si es una opción legal) y evitar fertilidad futura.
• Puede decidir comunicar su estado a la pareja / familar para buscar apoyo.
-Definición de alimentación de sustitución
El proceso, en el contexto de VIH/SIDA, de alimentar a un bebé, que no está recibiendo en absoluto leche materna, con una dieta que provea de todos los nutrientes que el niño necesita.
Durante los seis primeros meses debe ser una leche sucedánea adecuada – leche de banco de leche, una fórmula comercial, o fórmula preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.
Después de seis meses, debe ser un sucedáneo de la leche materna adecuado con alimentación complementaria preparada adecuadamente de la dieta familiar y enriquecida con nutrientes, administrada tres veces al día. Si no hubiera disponibilidad de sucedáneos de la leche materna adecuados, posteriormente se debe utilizar alimentos caseros enriquecidos y darse cinco veces al día.
-Si el estado de VIH de la madre es desconocido:
• Aliente a la mujer para que se haga el examen y reciba la consejería.
• Promocione las prácticas óptimas de alimentación (LM exclusiva por 6 meses, introducción de alimentos complementarios apropiados alrededor de los 6 meses y continuar la LM hasta los 24 meses o más).
• Orientar a la madre y su pareja sobre cómo evitar la exposición al VIH.

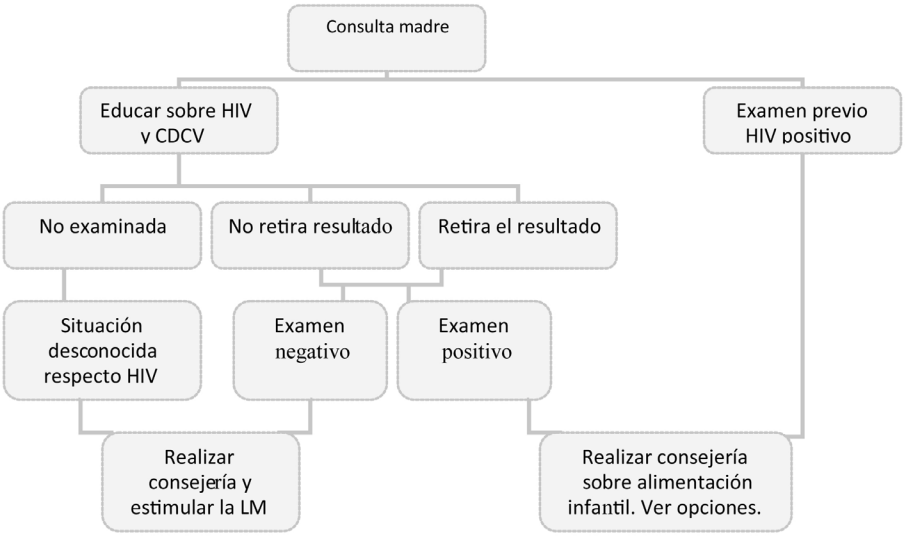
-Si el estado de VIH de la madre es negativo:
• Promocione las prácticas de alimentación óptimas.
• Oriente a la mujer y su pareja sobre cómo evitar la exposición al VIH.
-Si la madre es VIH positivo:
• Proveer el acceso a los medicamentos antiretrovirales para prevenir TMN y referir a la madre para la atención y tratamiento de su propia salud.
• Proveer de consejería sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación, incluyendo la aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y segu-ridad (AFASS) de las diferentes opciones.
• Ayudar a la mujer a escoger la opción más apropiada y Proveer de seguimiento consejería para apoyar a la madre en la opción de alimentación.
-Riesgos para la salud de los bebés no amamantados:
La falta de lactancia, comparada con lactancia mixta, expone al niño a un mayor riesgo de desnutrición e infecciones que ponen en riesgo la vida del lactante que no son por VIH, especialmente en el primer año de vida, y la lactancia exclusiva aparenta ofrecer mayor protección contra la enfermedad en comparación a la ausencia de lactancia.

Enfoque actual de la prevención de la transmisión por VIH en mujeres embarazadas madres y sus niños.
Reducir la transmisión de VIH a las mujeres embarazadas, madres y sus niños incluyendo la transmisión por lactancia, deberá ser parte de un enfoque integral a la prevención del VIH, atención y apoyo, atención y apoyo prenatal, perinatal, postnatal. Las políticas deben servir a los mejores intereses de la madre y el bebé como un binomio, en vista del vínculo crítico entre la sobrevida de la madre y la del niño.
El enfoque estratégico de las Naciones Unidas para la prevención de la transmisión del VIH en mujeres embarazadas, madres y sus bebés, tiene cuatro partes:
1) prevención de la infección por VIH especialmente en las mujeres jóvenes y embarazadas.
2) prevención de embarazos no deseados entre mujeres infectadas por el VIH;
3) prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas por el VIH-a sus hijos.
4) provisión de la atención, tratamiento y apoyo a mujeres infectadas con el VIH, sus bebés y familias. Las partes 3 y 4 consideran la prevención de la transmisión a través de la lactancia.
Los programas de prevención de la infección por VIH en mujeres embarazadas, mujeres y sus niños, incluyendo la infección por la lactancia, dirigida primariamente a la parte 3 tiene una variedad de componentes, pero incluye en general:
• La incorporación de la prueba de VIH y la consejería de rutina en la atención prenatal.
• Asegurarse que la atención prenatal incluye el manejo de las enfermedades sexualmente transmisibles, sexo seguro, incluyendo la promoción de fidelidad, reduciendo el número de parejas sexuales y la provisión de condones.
• Profilaxis con drogas antirretrovirales a las mujeres infectadas con el VIH y en algunos regímenes a sus bebes.
• Prácticas obstétricas seguras.
• Consejería en alimentación infantil y apoyo, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva por mujeres que no están contaminadas con el VIH y las mujeres que no conocen

su condición de VIH.
• Seguimiento y apoyo a la mujer infectada por el VIH, sus hijos y su familia.

Resumen Guía para la toma de decisiones Lactancia y HIV.
Todas las madres VIH + deberían recibir consejería.
• Información general sobre riesgos derivados de cada opción.
• Sea cual fuere su opción, debe ser apoyada para sostenerla.
• Debería realizarse una evaluación local a fin de identificar los recursos disponibles con relación a alimentos seguros, económicos, aceptables, sustentables.
• Las madres VIH + que amamanten a sus bebés deben ser asistidas a fin de mantener sus pechos sanos, promoviendo adecuada información sobre técnicas de lactancia y ayudando a solucionar rápidamente cualquier problema que aparezca.
• Las madres VIH + deberían recibir información, seguimiento clínico y apoyo, incluyendo servicios de planificación familiar y apoyo nutricional.

Debería entrenarse a un número adecuado de personal de salud en Consejería en Alimentación Infantil para madres portadoras del VIH. El concepto «consejería» es nuevo para muchas personas, y la palabra puede ser de difícil traducción. Algunos idiomas utilizan la misma palabra con el significado de "orientación". Sin embargo, «aconsejar» significa mucho más que «orientar». A menudo, cuando se orienta a una persona, se le dice lo que debería hacer. Cuando se aconseja a una madre, se la escucha, y se trata de comprender cómo se siente. Se la ayuda a decidir lo mejor para ella, y se la ayuda a adquirir confianza para hacer lo que haya decidido.



CDCV: Consejería para Determinación de Condición frente al Virus.
Curso de Consejería en Alimentación Infantil para Madres VIH+, edición en español, OMS/OPS 2002 Consejería para toma de decisiones sobre alimentación infantil.
La «Alimentación de sustitución adecuada» consiste en la alimentación de un/a niño/niña:

• Que no recibe leche materna.
• con una dieta que le proporciona todos los nutrientes que necesita.
• hasta que se halle completamente alimentado con los alimentos familiares.
Debe ser:
• Aceptable: dentro de sus pautas culturales y de su creencia y voluntad; con el apoyo de su entorno.
• Factible: existe seguridad que la madre podrá preparar el alimento las veces que sea necesario y en la forma indicada.
• Asequible: ¿cómo lo conseguirá? ¿Podrá comprarlo? ¿Distorsionará su economía familiar? ¿O habrá una entrega programada dentro del sistema de salud?
• Sostenible: en caso que la familia lo compre, debería poder hacerlo por el tiempo total necesario; si se le entrega, no debería depender de suministros gratuitos o a bajo costo.
• Segura: calidad del alimento; agua; almacenamiento; combustible; utensilios.

Con relación al tratamiento de la leche extraída y pasteurizada de los Bancos de leche se utiliza el método Pasteurización Holder (5): (recomendado) de 62,5° C durante 30 minutos, enfriado rápido, con controles de Acidez Dornic, crematocrito y bacteriológico de cada una de las muestras. (ver anexo IX Normativo Bancos de leche Humana Materna Pasteurizada – Convenio Brasil - Argentina).

MATERIAL DE CONSULTA EN:
http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/htm/perin_guias.htm
http://www.msal.gov.ar/sida/

SITUACIONES PUNTUALES:
• La transmisión madre – hijo puede ocurrir durante el embarazo, el parto y/o por la lactancia materna. Sin ninguna intervención, aproximadamente un 20 % de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un 50 – 80% lo hacen durante el parto (infección intraparto); la lactancia materna puede incrementar el 15-20% el riesgo de transmisión.
• El bajo recuento de CD4, la presencia de virus en la secreción vaginal y en leche materna, se relaciona generalmente con el nivel de carga viral.
Cualquier factor que incremente la exposición del niño con la sangre y secreciones maternas aumenta el riesgo de transmisión del virus.
Lactancia materna: deberá recomendarse **evitar la lactancia materna** y proponer la inhibición de la misma, asegurando al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas (fórmula láctea).

• **Prevención de la transmisión vertical en la mujer embarazada VIH Positiva:**
Debe desaconsejarse la lactancia materna para todo hijo de madre VIH positiva Mujer VIH + que realiza tratamiento antirretroviral de alta eficacia, pero con carga viral > 1000 copias en semana 36: Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas. (Ver Anexo IX Bancos de Leche).
• **Mujer con test positivo para VIH que llega después de la semana 36 sin tratamiento**

antirretroviral ni datos de laboratorio disponibles:
Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas. (Ver Anexo IX Bancos de Leche).

• **Mujer con tratamiento antirretroviral de alta eficacia con carga viral < 1000 copias o no detectable en semana 36:**
Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas. (Ver Anexo IX Bancos de Leche).
Mujer VIH+ que eligió cesárea pero llega con trabajo de parto temprano o poco tiempo después de la ruptura prematura de membranas: Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas. (Ver Anexo IX Bancos de Leche).
Aclaración: Refiere a Fórmulas Lácteas mal llamadas maternizadas, otra opción de alimentación. (ver Anexo IX Bancos de Leche Humana Pasteurizada).
http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/08-HIV.pdf

• En aquellas embarazadas que consultan tardíamente al control prenatal o en trabajo de parto y no presentan serología para HIV, se les ofrecerá realizar diagnóstico con test rápido por laboratorio de guardia, permitiendo una intervención terapéutica inmediata. Este test requiere confirmación ulterior por las pruebas habituales (Elisa, Western Blot).
Guia de seguimiento de Alto Riesgo PMI
www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio_13/pdf_Medicina/
guiaprocedimientoPMI_000.pdf

RECOMENDACIONES PARA EL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE VIH POSITIVA:
Si el niño ha sido amamantado, el algoritmo debe ser reevaluado 2 meses después de la suspensión de la lactancia, para evitar los falsos negativos y realizar seguimiento clínico y serológico por tiempo mínimo de 6 meses.
http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/08-HIV.pdf

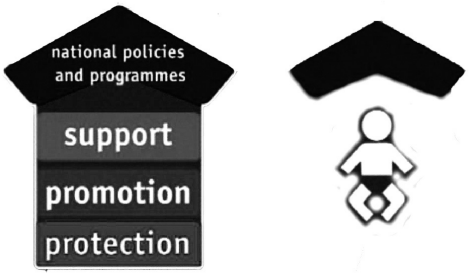
PARA REFLEXIONAR

¿Cuánto puede pesar en la madre la indicación médica de no amamantar, si ella está convencida de hacerlo?

Cada madre, cada historia, cada situación particular representan una oportunidad nueva y única de brindar apoyo, consejería, oído y hombro a las necesidades de esa mujer, ese niño o niña, esa familia.

Las normas son guías y como tales nos sirven para ordenar nuestros recursos y conocimientos. Pero entre la norma y el caso puntual estamos nosotros; con nuestro criterio, nuestra experiencia, nuestra vida, y por sobre todo con nuestro compromiso para con la gente que confía en nosotros.
La prevención sigue siendo la mejor estrategia para luchar contra el VIH.

ANEXO VI: CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA DE OMS



El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS tiene por objeto racionalizar el uso de sucedáneos de la leche materna, volcando el principal esfuerzo en la promoción de la lactancia natural, con el convencimiento de estar asegurando un futuro mejor para nuestros niños.

Cada año, 11.000 millones de dólares estadounidenses son gastados en leches de fórmula (artificiales) para bebés en todo el mundo. Esta industria de la alimentación de los primeros tiempos de la vida marchará sin tropiezos mientras existan niños que no sean amamantados.
La promoción de los denominados «sucedáneos de la leche materna», por lo tanto, choca frontalmente con la promoción de la Lactancia Materna.
En el año 1981 la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó el citado Código, que es por lo tanto de aplicación en todos los Estados miembros. Algunos años después declaró que los preparados para lactantes (léase sucedáneos de la leche materna) para ser usados antes de los 6 meses de edad (modificación al texto original a partir de la Resolución WHA54.2) no son productos ordinarios de consumo y deben ser considerados como medicamentos nutricionales (Documento A45/ 28 del 6/4/92, 45ª Asamblea Mundial de la Salud).

El Código Internacional y sus resoluciones deben ser implementados en una variedad de maneras:
• Los Estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud deben implementar el Código Internacional tomando medidas nacionales y utilizando el Código como un requerimiento mínimo en toda su integridad. También deben implementar las subsecuentes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.
• Los productores y distribuidores deben cumplir el Código Internacional, total e independientemente de cualquier otra medida.
• ONG's, grupos profesionales, instituciones e individuos deben reportar las violaciones al Código Internacional.
• Otros cuerpos internacionales como la FAO, OMS, Comisión de CODEX Alimentarius, están llamados a apoyar y promover la implementaron del Código Internacional.
• Las provisiones del Código Internacional y sus resoluciones han sido incorporadas en acuerdos internacionales, la Declaración de Innocenti y en muchas directrices de la Unión Europea.
• La implementación del Código Internacional y sus resoluciones está reconocida como una medida de los gobiernos para cumplir con las obligaciones de la Convención de los Derechos del Niño.
En la Argentina, la Resolución 54/97 del Ministro de Salud de la Nación declara «Aceptase el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981; y sus modificaciones posteriores

introducidas en la 47º Asamblea Mundial de la Salud, Undécima Reunión Plenaria, 9 de mayo de 1994».
Por otra parte el Artículo 20 de la Ley 18.284 (Código Alimentario Argentino) expresa que: «El Poder Ejecutivo Nacional mantendrá actualizadas las normas técnicas del Código Alimentario Argentino resolviendo las modificaciones que resulte necesario introducirle para mantener su permanente adecuación a los adelantos que se produzcan en la materia. A tal fin podrá disponer en jurisdicción de la autoridad de la autoridad sanitaria nacional, la constitución de grupos de trabajo de la más alta experiencia y calificación científica y técnica y determinar lo inherente a su organización y funcionamiento y las atribuciones y remuneraciones de sus integrantes. A los efectos establecidos en la primera parte de este artículo se tomará en cuenta la opinión de las autoridades sanitarias provinciales, de la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, de otros Organismos oficiales competentes y/o de entidades científicas, agropecuarios, industriales y comerciales más representativas según la materia de que se trate". En virtud de tal Artículo, la Resolución 54/97 del Sr. Ministro de Salud Dr. Mazza se incorporó automáticamente a la ley, en lo que respecta a las normas del capítulo XVII del Código Alimentario Argentino.

Objetivo del Código:
El fin último del Código es evitar que una madre no inicie o suspenda la lactancia materna influenciada por cualquier tipo de técnica promocional que le haga suponer que un producto artificial puede ser igual o aún mejor que su propia leche.

Productos comprendidos:
• Fórmulas infantiles.
• Otros productos lácteos, cereales (en papillas), mezclas de verduras, tés o jugos para bebés (cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente la leche materna).
• Leches llamadas «de seguimiento».
• Biberones, tetinas y chupetes.

Responsabilidades de los fabricantes y distribuidores:
• Conocer y respetar el Código.
• No entregar muestras de productos al público ni a los agentes de salud.
• No realizar promoción de los productos en los servicios de salud.
• No realizar publicidad de los productos destinada al público.
• No dar incentivos económicos ni materiales a los agentes de salud.
• La información destinada a los trabajadores de salud debe ser Científica y Objetiva, y no debe llevar implícita la idea de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna.
• Las Etiquetas de los productos deben señalar claramente la superioridad de la leche materna así como el riesgo para la salud del uso de sucedáneos, y la necesidad de consultar a un agente de salud antes de su utilización. (La OMS ha declarado que las fórmulas para bebés deben ser consideradas MEDICAMENTOS, y por lo tanto se utilizarán Bajo Receta y Vigilancia Médica; esta aseveración implica que no constituyen opciones respecto de la leche materna).

Responsabilidades de los Agentes de Salud:
• Conocer, aplicar y hacer respetar el Código.
•No aceptar incentivos económicos o materiales de los fabricantes y distribuidores.
• Promover la lactancia natural.
• No aceptar muestras ni entregarlas al público.

Responsabilidades de los Gobiernos y Autoridades de Salud:
• Controlar que se respete el Código.
• Promover la creación de leyes que faciliten dicho control.
• Impedir la promoción de los productos en las instituciones de salud.
• Producir el material informativo y educativo con relación a la alimentación materno infantil, y controlar la difusión de todo material no oficial al respecto.
• Adquirir por los canales normales de comercialización las pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna que puedan ser necesarios en una institución de salud (resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud). (En línea WMF).

Material de consulta:
www.ibfan-alc.org, www.ibfan.org.ar/recursos.html

ANEXO VII: INICIATIVA CENTRO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y DEL NIÑO

• **1.** Disponer de una política escrita sobre la Lactancia Materna, que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad.
• **2.** Capacitar sobre la política de Lactancia Materna a todo el equipo de salud y a miembros de la comunidad.
• **3.** Informar a embarazadas, madres de lactantes y sus grupos familiares sobre los beneficios de la Lactancia Materna y las habilidades para su práctica.
• **4.** Incluir sistemáticamente información sobre la Lactancia Materna y el examen de mamas en la consulta obstétrica.
• **5.** Utilizar toda oportunidad de contacto con embarazadas, madres y bebés para apoyar la Lactancia Materna.
• **6.** Brindar especial apoyo a embarazadas y madres con riesgo de abandono precoz y/o dificultades en la Lactancia Materna.
• **7.** Fomentar la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses, incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la Lactancia Materna hasta los dos años o más.
• **8.** Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a las que trabajan y/o deban separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen.
• **9.** Respetar el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" en todos sus aspectos.
• **10.** Estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y vincular a las madres con estos grupos.

En la Provincia de Buenos Aires se implementa la Iniciativa de centro de Salud Amigo de la Madre y el niño (Resolucion DINAMI Nacional N° 660/ 2002) acreditando las siguientes Unidades Sanitarias de la Región XI.
• Centro Municipal Urbano N° 101 Ensenada Villa Tranquila Domicilio: Liniers entre Bossinga y pasaje, Ensenada. RS XI 2009
• Centro de Salud Municipal Domicilio J. V. González e Ingenieros, Ensenada RS XI 2009

ANEXO VIII: INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y DEL NIÑO

• **1.** Tener una política escrita de Lactancia Materna que sea periódicamente comunicada a todo el personal.
• **2**. Capacitar a todo el personal para implementar esta política.
• **3.** Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y el manejo de la Lactancia Materna.
• **5.** Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la Lactancia Materna, aún si deben ser separados de sus bebés.
• **6.** No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida que no sea Leche Materna.
• **7.** Practicar la internación conjunta, facilitando que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
• **8.** Fomentar el amamantamiento a requerimiento del bebé y de la madre.
• **9.** No recomendar a los recién nacidos normales chupetes u otros objetos artificiales para succión.
• **10.** Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y derivar a ellos a las embarazadas y madres en el momento del alta.

El cumplimiento de estas Iniciativas

1. Provee o refiere para la atención prenatal, incluyendo suplementación de vitaminas, hierro, folato, profilaxis par la malaria, test para el VIH, monitoreo de los signos de peligro y referencia cuando sea apropiado.
2. Ofrece a todas las parturientas acceso a:
• Tener un acompañante durante el trabajo de parto y parto que sea de la elección de la mujer, incluyendo padres, parejas, niños, miembros de la familia y amigos.
• A un apoyo emocional y físico continuo de una mujer entrenada, por ejemplo, una dula o profesional en el apoyo del parto.
• A la mejor atención, preferentemente asistencia capacitada y acceso a una transferencia a tiempo si se necesita.
• A la libertad de caminar, movilizarse alrededor, y adoptar posiciones de su elección durante el trabajo de parto y parto (a no ser que hubiera una restricción especial para corregir alguna complicación) y desalienta la posición de litotomía.
3. Mantiene registros que permitan evaluaciones externas y autoevaluaciones y con propósitos de realizar informes.
4. Provee de cuidado culturalmente competente esto es, cuidado en que sea sensible y que responda a las creencias específicas, valores y costumbres étnicas y religión de la madre.
5. Tiene las políticas / normas y procedimientos claramente definidos:
• Técnica de parto limpio.
• Ligadura de cordón oportuna.
• Retiro y disposición de la placenta.
• Colaboración, consulta y referencia con otros servicios de maternidad, incluyendo el mantenimiento de la comunicación con todos los enfermeros cuando la referencia/

transferencia es necesaria.
• Conectar a la madre y el bebé con recursos comunitarios apropiados, incluyendo el prenatal y seguimiento post parto así como apoyo a la lactancia.
6. No emplea de rutina prácticas y procedimientos que no tienen apoyo de evidencia científica, incluyendo pero no limitado a:
• Afeitado, enemas, soluciones intravenosas, ayuno, ruptura artificial de membranas, monitoreo fetal electrónico.
• Otras intervenciones están limitadas de la siguiente manera:
• Porcentaje de inducción de 10% o menos.
• Porcentaje de Episiotomía del 20% o menos con un objetivo de menos del 5%
• Porcentaje de cesáreas del 10% o menos en los hospitales o menos en los hospitales comunitarios, y un 5% o menos en hospitales de tercer nivel (alto riesgo).
• Tiene un porcentaje de partos vaginales luego de cesárea de un 60% o más con un meta de 75% o más.
7. Personal educado en métodos de analgesia no farmacológicos y no promueve el uso de analgésicos ni anestésicos que no se requieran para corregir una complicación.
8. Alienta a las madres y sus familias, incluyendo aquellas con niños enfermos o recién nacidos prematuros con problemas congénitos, tocar, sostener, amamantar y cuidar a sus bebés hasta donde sea compatible con sus condiciones.
9. Tiene entrenamiento en control de hemorragias, tanto manual como médico.
10. Lucha por alcanzar los Diez Pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS UNICEF para promover lactancia exitosa y asegurar la supervivencia infantil.

Conforma el paso 9 de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia de UNICEF Argentina y Ministerio de Salud, donde toda maternidad debe trabajar en el fortalecimiento de la lactancia materna, con el fin de acreditar en Hospital Amigo de la Madre y el Niño o mantenerla cumpliendo los diez pasos de esa inciativa. Por lo cual, se realizará evaluación del estado actual mediante la lectura de documentos, materiales, prácticas de promoción y mantenimiento, así como las barreras y facilitadores establecidas con un plan de acción de una política institucional consensuada por el equipo de salud organizado en comité de Htal Amigo.

Son en total 9 HAMN en la provincia de Bs As (Fuente Dirección Nacional Maternidad Infancia y Sociedad Argentina de Pediatría).
Hospital Privado del sur de Bahía Blanca, Las Heras 164 de RS I (1997/ 2001).
Hospital Municipal Dr. Rubén Miravalle de Lincoln de RS III (1996/2000).
H.Materno Infantil de San Isidro, Dr. Carlos Gianantonio de RS V; (1995/1998/2004).
Maternidad Santa Rosa de Vicente López, (1995 / 1999/ 2006) de RS V.
Clínica Espora S.A, Espora 645 Adrogué ,(1994/ 1997) de RS VI.
Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas, (1999) de RS VII.
Hospital Municipal Dr. Cassano de Miramar, (2006) de RS VIII.
Hospital Municipal de Chivilcoy (2000) de RS X.
Hospital Municipal de Magdalena, (1998/ 2004) de RS XI.

ANEXO IX. BANCOS DE LECHE MATERNA PASTEURIZADA Y CENTROS DE RECOLECCIÓN

Un Banco de Leche Humana (BLH) es un centro especializado, obligatoriamente vinculado a un hospital materno y/o infantil. Es responsable de la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y se ocupa específicamente de las actividades de recolección, pro-cesamiento y control de calidad de la leche humana (calostro, leche de transición y leche madura) para su posterior distribución, bajo prescripción del médico, en particular para pacientes con necesidades especiales. Es una institución sin fines de lucro, siendo prohibida la comercialización de los productos distribuidos.

La promoción y protección de la lactancia materna se realiza con capacitaciones continuas de todo el equipo de salud y de la comunidad y con campañas en los medios de comunicación.

La tarea específica del banco de leche comienza con la selección de las donantes realizando una historia clínica.
Las donantes deben ser capacitadas y orientadas dentro de los patrones técnicos e higiénico-sanitarios para evitar diferentes formas de contaminación.
Las donantes deben ser sanas con secreción láctea superior a las exigencias de su hijo y disposición para donar el excedente espontáneamente.
Los criterios de selección serán los siguientes:
• NO deben consumir más de cinco cigarrillos diarios.
• NO deben consumir más de dos unidades de alcohol diarias (dos vasos de cerveza o su equivalente en otras bebidas).
• No deben exceder más de tres bebidas con cafeína (150-200 ml.) por día.
• Los niveles diarios recomendados de suplementos vitamínicos son aceptables para madres donantes, pero deben evitarse dosis excesivas de vitaminas A, C, E, y B6.
• La madre que está dispuesta a donar leche, debe estar sana, el embarazo y el parto han de haber sido relativamente no complicados, y si dona la leche para otros niños, su propio hijo ha de estar sano.
• Cuando la donante sufre alguna enfermedad, debe desecharse la leche extraída en las 24 horas anteriores, y no donar más hasta que esté curada y ha dejado de tomar medicamentos si estos estuviesen contraindicados.
• Si bien la lista de medicamentos contraindicados en madres que amamantan es actualmente mínima y restringida a tratamientos de enfermedades puntuales y poco frecuentes es recomendable que la madre no ingiera medicamentos, anticonceptivos orales anovulatorios o cualquier fármaco sin receta. Consultar con el responsable del Banco, para estar seguros de la inocuidad de un medicamento. Los médicos pueden consultar con la página del Hospital de Marina Alta en Alicante, España: www.e-lactancia.org para tener una versión actualizada de los medicamentos que indica.
• Debido al riesgo de transmisión de enfermedad vía leche materna, las madres donantes deben estar de acuerdo en realizarse un análisis de sangre por el riesgo de transmisión del VIH 1 y 2, HTLV I y II, hepatitis B, C, sífilis y chagas. Idealmente sus resultados no deberían

tener más de 6 meses a la fecha de la donación.

Procedimientos:

1. Extracción de leche: Existen dos maneras de recolectar la leche materna: la primera es dentro del mismo Banco y la segunda es externa al Banco (domiciliaria, puestos de recolección, alojamiento conjunto o sala de neonatología). Independientemente del local donde será realizada la recolección, se debe evitar el tránsito excesivo de personas, la presencia de animales, vectores y agentes contaminantes.

Higiene: Recomendamos, antes de cada extracción lavar cuidadosamente las manos con agua y jabón (cuente hasta 20: enjabonando los dedos y hasta los codos, entre los dedos y debajo de las uñas. Secar con papel descartable. Los pechos se limpian con paño humedecido con agua hervida. Para evitar que los pezones se sequen, no use para su limpieza ni alcohol ni jabón, este último únicamente en el baño diario.

La extracción puede ser en forma manual o con bomba. El mejor método es el que la madre maneja mejor.

Antes de la extracción, rotular un frasco estéril con etiquetas autoadhesivas o con un marcador indeleble: nombre y apellido, fecha y hora de la extracción.

Extracción manual:

1ro: Estimular, durante un minuto, los pezones tocándolos y masajeando para liberar la hormona que suelta la leche.

2do: Arrastre la leche con masaje desde la base del pecho a la areola tres o cuatro veces.

3ro: Destape el recipiente estéril ya rotulado sin tocar su interior, colocar la tapa con el interior para arriba.

4to: La extracción con los dos dedos (índice y pulgar en pinza enfrentados) en la base de la areola, juntándolos a través del pecho para que se encuentren en forma rítmica, con la otra mano se sostiene el recipiente estéril que junta la leche que gotea.

Descarte las primeras gotitas, en una toalla de papel (No dentro del frasco).

Extracción con bomba: Mantener en muy buenas condiciones de higiene, siguiendo los pasos que aconseja el fabricante (hervido de los recipientes y los accesorios).

Conservación para donar la leche (Pre-almacenamiento): Una vez extraída colocar unos minutos el recipiente en un baño maría de hielo para que descienda la temperatura y luego guardarla rápidamente en el congelador o freezer. Cuidar no llenar el recipiente más de 3/4 partes y donarla dentro de los 14 días de extraída. No usar bolsitas de plástico aptas para leche materna. Utilizar recipientes de vidrio con tapa de plástico, puede ser de alimentos como café o mayonesa (en este caso lavarlos y hervirlos, luego dejarlos enfriar sobre un paño limpio, taparlos con las tapas limpias y hervidas y conservarlos dentro de la heladera hasta su uso) o recipientes de plástico estériles en lo posible de polipropileno y esterilizados con vapor de agua o radiación gamma.

2. Transporte: tiene que realizarse en cajas isotérmicas (heladeritas para camping de fibra de vidrio o telgopor con hielo reciclable (gelax) en proporción de tres partes de hielo por cada parte de leche. Se debe controlar la temperatura y llevar planillas específicas. Al banco de leche la leche debe llegar a menos de -5 grados. Para lograr este fin se planificarán los viajes para recolectar la leche de los domicilios contando con un vehículo con freezer o una hielera debidamente acondicionada.

3. Descongelamiento: al realizarlo se deben elegir los frascos de leche humana con fechas más antiguas. Los mismos se llevan al sector de pasteurización donde se descongelan. El deshielo se puede realizar a baño María o con microondas especiales conociendo la potencia del aparato.

4. Reenvase: los envases serán limpiados con alcohol 70º en su exterior y transferida la leche a frascos de vidrio de borosilicato para ser pasteurizada. Esto se debe realizar en ambiente libre de contaminantes (campana de flujo laminar o mechero bunzen).

5. Evaluación físico-química de la leche: se observará primero las características del envase, su integridad y se valorará el color, olor y suciedades de la leche. Estas características, bajo parámetros pre-establecidos, representan la primera evaluación para la aceptación o no del producto.
Se realiza la selección y clasificación de la leche recibida para cuantificar las calorías con el crematocrito y evaluando la acidez titulable de la leche con la Acidez Dornic.

6. La pasteurización: conducida a 62,5º C por 30 minutos, no busca la esterilización de la leche humana ordeñada, pero si una letalidad que garantice la inactividad del 100% de los microorganismos patógenos pasibles de estar presentes ya sea por contaminación primaria o secundaria (suficiente para destruir los virus, parásitos y las bacterias más resistentes) y destruir el 99,99% de la microbiota saprofita o normal.

Transcurridos los 30 minutos relativos a la letalidad térmica, se debe iniciar el enfriamiento de los frascos hasta que la leche humana alcance una temperatura igual o inferior a 5° C. Lo ideal que se consiga en menos de 15 minutos.

7. Análisis Microbiológico: luego de la pasteurización se evalúan bacteriológicamente todas las muestras y luego de 48 horas de cultivo si son negativas se encuentran en condiciones de ser distribuidas.

8. Conservación: la leche pasteurizada se puede conservar en freezer a -18º hasta 6 meses, en heladera (4-8º) debe ser consumida dentro de las 24 horas y a temperatura ambiente el consumo deberá ser inmediato.

9. Fraccionamiento y distribución: El monitoreo continuo de cada etapa permite asegurar una calidad certificada del producto.
Serán seleccionados como receptores: aquellos niños y niñas que presenten una o más de las siguientes características:
• Recién nacido prematuro y/o de bajo peso, especialmente los menores de 1500 gr.
• Riesgo de infección o de enterocolitis necrotizante.
• Lactantes portadores de deficiencias inmunológicas.
• Lactantes portadores de patologías del tracto gastrointestinal.
• Lactantes gemelos cuya madre no cuente con la producción necesaria para ellos y hasta que la recupere.

• Recién nacido portador de alergia a proteínas heterólogas.
• Malformación gastrointestinal o algún otro cuadro que obligue a una intervención quirúrgica intestinal, especialmente síndrome del intestino corto.
• Madre incapaz temporalmente de amamantar de manera completa a su hijo por enfermedad, por ingestión de medicamentos contraindicados o ausencia u hospitalizada lejos de su hijo.
• Intolerancia a las fórmulas lácteas artificiales.
• Lactantes con trastornos metabólicos (salvo la galactosemia en que está contraindicada) que responden bien y se benefician además por la protección contra infecciones que brinda la lactancia.
Casos excepcionales, no contemplados por los ítems anteriores, mediante una justificación médica.

El único Banco de Leche de la Provincia de Buenos Aires (hasta el momento) se encuentra en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de La Plata Calle 69 entre 115 y 116 La Plata (1900) Teléfono 0221-4251717 interno 386.
Mail: bancodelechelaplata@gmail.com
Blog: bancodelechelaplata.blogspot.com
Página web: www.drapatri-lactancia.com.ar

Los Centros de Recolección: los Centros de Recolección no efectúan pasteurización, si recolectan y conservan la leche para su envío al Banco de leche.

ANEXO X: CENTRO DE LACTANCIA MATERNA O LACTARIOS HOSPITALARIOS

CENTRO DE LACTANCIA MATERNA

Un CLM es un espacio en el que, con una política activa y personal especialmente entrenado, se promueve, protege y apoya la lactancia materna.
Se define como un lugar vinculado a una Maternidad y su servicio de Neonatología, donde se extrae, conserva y distribuye leche materna para la administración de una madre sana a su propio hijo y eventual donación a Banco de Leche Humana.

OBJETIVOS GENERALES

Fomentar la Lactancia materna y aumentar la utilización de leche humana en la alimentación de prematuros y recién nacidos y aumentar la prevalencia de lactancia exclusiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular la Lactancia materna, disminuir la utilización de fórmulas, disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

En estos CLM se deben conocer las actividades de recolección, almacenamiento, procesamiento y control de calidad de los diferentes tipos de leche materna (calostro, transición y madura) y las condiciones de bioseguridad óptimas para que se alimente el recién nacido con leche humana cruda ordeñada de su propia madre.

BIOSEGURIDAD EN LECHE MATERNA HUMANA.

La calidad de la leche materna humana ordeñada (LMC) no debe ser considerada como fenómeno casual es resultado del esfuerzo inteligentemente orientado, desde el ordeñe hasta el momento del consumo. Enfocada bajo la perspectiva microbiológica, la calidad depende fundamentalmente de los cuidados higiénico sanitarios tomados en la manipulación de la leche, sobre todo en lo que dice respecto al ordeñe. Un ordeñe conducido con rigor higiénico-sanitario es capaz de producir una leche humana ordeñada con recuento total en el orden de 102 UFC/ml. Para eso, las siguientes medidas se hacen necesarias: los utensilios que entraran en contacto directo con la leche deben ser previamente esterilizados; la utilización de gorro y máscara es obligatorio; descartar los primeros chorros de leche obtenidos en el momento del ordeñe. Innumerables estudios evidencian que esos cuidados básicos posibilitan la obtención de producto con microbiota cuyo recuento total oscila en torno de 1,0 x 102 UFC/mL y exenta de patogénicos. Los utensilios limpios sanitariamente de forma indebida, a ejemplo de bombas sacaleche de diferentes especies y frascos no esterilizados, pueden contribuir con hasta 3,5 x 107 UFC/mL en el recuento total.
Más allá del aspecto cuantitativo, la inobservancia de ese cuidado puede acarrear la aparición de microbiota secundaria, que incluye microorganismos representantes de los grupos: coliformes, estafilococos, psicotróficos, termodúricos, termodúrico-psicotróficos, levaduras, lipolíticos y proteolíticos. Todos estos microorganismos descalifican la leche humana para el consumo.
La eliminación de los primeros mililitros (2 a 5mL) en el momento del ordeñe, o de los

chorros iniciales, contribuye para la reducción de hasta 90% de la población inicial de bacterias. Esto porque las regiones más periféricas de los conductos mamilares son colonizados por microorganismos, de modo general con características saprofitas, que, por estar ecológicamente adaptados, crecen con rapidez. Este hecho se origina de la permanencia de residuos de leche en la región, entre el intervalo de los ordeñes. Por acción física de arrastre, los primeros mililitros eyectados traen consigo la casi totalidad de esas bacterias. Así, al descartar los primeros chorros, se descarta también esta microbiota secundaria – deseable cuando se trata de amamantamiento directo al pecho – pero que representa factor de riesgo para la ocurrencia de no conformidades cuando se trata de leche humana ordeñada.

Con relación a la higiene de los pechos, más allá de los cuidados higiénicos personales de rutina, se debe orientar la nodriza a utilizar su propia leche sobre la región mamila-areolar después de cada ordeñe. Como se trata de leche de final del ordeñe, rico en la fracción emulsión, este producto contiene niveles elevados de sustancias que contribuyen para la manutención de la elasticidad del tejido, como los cerebrósidos, además de presentar ésteres y ácidos grasos de cadena corta, que actúan como bactericidas. Dentro de estos bactericidas se encuentran el factor antiestafilococos, que protege el complejo areólo mamilar de la acción oportunista de los estafilococos que componen la microbiota normal de la piel. Nada, más allá que la propia leche, debe ser utilizado.

Situaciones que huyen del padrón de normalidad, como en el caso de las irregularidades de la mama puerperal, deben ser consideradas individualmente y conducidas con medidas específicas.

Los CLM deberán estar en un lugar adecuado y fácilmente accesible dentro del hospital. Atendido por personal profesional médico, acompañado de enfermera, obstétrica y/o nutricionista especializada en lactancia materna y una o varias personas capacitadas en lactancia materna como apoyo comunitario para realizar promoción de la lactancia materna en la comunidad. (Paso 10 - Hospital Amigo de la Madre y el Niño). Los cuales realizarán sus actividades según el área de funcionamiento en el que trabajen.

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO:

Recepción:

• Evaluación por inspección ocular de la LMC extraída o Registro en frasco y en planilla de la cantidad de LMC con fecha y nombre de la donante, y destino (autólogo (del propio paciente) o alogénico (de un donante) únicamente previo paso por BLH)

Extracción:

• Privacidad y comodidad para cambios de ropa, higiene de la donante e instrucciones según el caso.

Procesamiento:

• Fraccionamiento de primera y segunda porción de extracción de LMC en frascos individualizados previo congelamiento, y Manipulación para entibiado de leche refrigerada para su consumo inmediato.

Almacenamiento de leche cruda:

• Se congela y/o refrigera la LMC extraída.

Faena Sucia:

• Limpieza, secado y envío de material usado en Lactario al sector de esterilización sanitario

Esterilización:

• Del material usado en recepción de LMC, set de bombas de extracción, jeringas de fraccionamiento, etc.

Sobre el Equipamiento e instalaciones: Dentro del equipamiento se debiera contar con

• Un Freezer (vertical 310 litros, tensión de trabajo 220V vertical tipo Electrolux FE-26), Una Heladera 330L o heladera con freezer 260 litros.

• Caja isotérmica (atoxica, térmica, capacidad:12 litros.) con sus termómetros digitales (portátiles de máxima y mínima rango de -50C a +60° C precisión de + o – 1) grado.),

• una o dos Bombas para ordeñe de leche materna automática (eléctrica portátil, bajo vacío, capacidad de 5 a 7,5 pol/HG, tubo de succión en silicona, capacidad de 125mL, vidrio templado esterilizable en autoclave) con sus kits autoclavables, además de los materiales administrativos pertinentes (Computadora, impresora, perchero, etc) y con su mobiliario incluyendo balanza y cuna en el sector.

DEFINICIONES:

• *Leche humana cruda Ordeñada:* designación dada a la leche humana obtenida a través del procedimiento de ordeñe no pasteurizada.

• *Nodriza:* término utilizado para designar a la mujer que esté amamantando.

• *Ordeñe:* se refiere a la extracción de la secreción láctica de la nodriza.

• *Almacenamiento:* almacenamiento, bajo condiciones térmicas adecuadas, de la leche humana ordeñada.

• *Rotulado:* Los rótulos deben ser fijados de tal manera de evitar su substitución. Se llama así al proceso para indicar el contenido del recipiente o frasco a través de la aplicación de una etiqueta que, sin embargo, no es parte integrante del mismo. Rotulado con Nombre de la donante, Fecha (día/mes/año) de la primera recolección.

MATERIAL DE CONSULTA BLH PATOLOGIA MATERNA:

Dra Ana Speranza. Maternidad e Infancia. Salud Comunitaria http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-10-03-08.pdf

Rotulado de la Leche humana Ordeñada Cruda FEB 2004 BLH-IFF/NT- 17.04

http://www.fiocruz.br/redeblh/media/coletaesp.pdf

Red Nacional de Bancos de Leche humana FIOCRUZ/IFF-BLH Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo Río de Janeiro CEP 20550-020 Tel/fax: (5521) 2553-9662

www.redeblh.fiocruz.br

ALMEIDA, J. A. G., 1986. Qualidade do Leite humano coletado e Processado em Bancos de Leite. 1992. http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf

Información del valor calórico de la leche materna

• URUGUAY Eduardo Mayans y MIGUEL Martell, Control de calidad de la leche materna http://www.rmu.org.uy/revista/1994v3/art3.pdf

• PARAGUAY BLH http://www.ifcc.org/media/215911/Banco%20del%20leche%20umana.pdf

• ESPAÑA BLH http://www.ihan.es/cd/documentos/Banco_leche.pdf

• Argentina Convenio http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/bancos-leche-arg.pdf
• CUBA Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido Díaz, Ramirez Corria http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol77_2_05/ped05205.htm

ANTECEDENTES DE CLM

CENTRO DE LACTANCIA MATERNA - Maternidad Sardá.
www.sarda.org.ar/content/download/791/5679/file/34-42.pdf
NOVEDAD 2013
Resolución 743/2013 Ministerio de Salud - Sistema argentino de Directrices para la organización y funcionamiento de los centros de lactancia materna en establecimientos asistenciales, para bajar:
http://infoleg.mecon.gov.ar/infoleginternet/anexos/215000-219999/217071/norma.htm