



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

NORMA TÉCNICA DE LA INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LA MADRE Y LA NIÑEZ

Segunda Edición



Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2013

BO Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de
WS125 Nutrición.
M665n Norma técnica de la iniciativa hospitales amigos de la madre y la niñez./Ministerio de Salud y
No. 217 Deportes. La Paz : San Martín Artes Gráficas, 2013.

2012

53p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 217)

Depósito Legal 4-1-31-13 P.O.

- I. PROMOCION DE LA SALUD
- II. ADHESION A LA DIRECTRIZ
- III. SALUD MATERNO-INFANTIL
- IV. LACTANCIA MATERNA
- V. NUTRICION DEL LACTANTE
- VI. TRASTORNOS DE LA LACTANCIA
- VII. CONDUCTA EN LA LACTANCIA
- VIII. METODO MADRE CANGURO
- IX. BOLIVIA
1. t
2. Serie.

"Norma Técnica de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez"

Puede obtener información en la siguiente dirección de internet www.sns.gob.bo

R.M.: 0089

Depósito Legal: 4-1-31-13 P.O.

Segunda Edición, enero 2013

Elaborado en base al documento **"Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño"**, N° 17 de la serie Documentos Técnico Normativos MSD-2007, elaborado por la Dra. Roxana Saunero Nava.

Edición:

Lic. Elizabeth Cañipa de Arana

Lic. Silvia Ariñez Ríos

Lic. Ledy Jhobana Paco Quisbert

Dra. Roxana Saunero Nava

Responsable Lactancia Materna MSD

Profesional de Lactancia Materna MSD

Profesional Técnico Lactancia Materna MSD

Directora Ejecutiva COTALMA

Diseño y diagramación:

Lic. Roger Chino Ramirez

Resp. de Comunicación Unidad de Nutrición MSD

Comité Ejecutivo Revisión de Publicaciones:

Dr. Rómulo Huanuco

Sr. Miguel Cárcamo

Dr. Ramiro Asturizaga

Lic. Iver Buezo Paredes

La Paz: Lactancia Materna – Unidad de Nutrición – Dirección General de Promoción de la Salud -
Comité de Identidad Institucional - Ministerio de Salud y Deportes - 2013.

© Ministerio de Salud y Deportes

Primera impresión 2007

Segunda impresión 2013

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
**VICEMINISTRO DE
SALUD Y PROMOCIÓN**

Sr. Miguel Angel Rimba
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Oscar Varas Catoira
**DIRECTOR GENERAL DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Lic. Evelyn Cerruto Gutiérrez
JEFE DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes está encarando acciones de salud, alimentación y nutrición, siguiendo los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable, como niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

La Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Unidad de Nutrición tiene como uno de sus objetivos promover la adecuada lactancia materna y suficiente alimentación complementaria, respaldada por la Ley No. 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos.

Una de las estrategias para alcanzar este cometido es la "Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez", que establece la aplicación de los 11 pasos para una lactancia exitosa, que deben implementarse en todos los servicios de maternidad, pediatría y neonatología del Sistema de Salud Público, Privado y de la Seguridad Social a nivel nacional.

La presente norma es un instrumento de orientación para los profesionales médicos, enfermeras, nutricionistas y responsables de la atención de los niños menores de dos años, sobre las acciones que representan los 11 pasos para una lactancia materna exitosa y de esta manera mejorar la situación de la salud, alimentación y nutrición de madres y niños bolivianos.

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

Resolución Ministerial N° 0089

14 FEB 2013

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que la vida, la Salud y la Seguridad, están establecidos como derechos fundamentales en el artículo 15 y 18 de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el Código de Salud que señala en su artículo 2° que la salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad;

Que el artículo 35 de la Constitución Política del Estado dispone que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la Salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de Salud. Asimismo, el artículo 37 del mismo cuerpo legal, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se prioriza la promoción de la salud y prevención de enfermedades;

Que el artículo 3° del Código de Salud, dispone que corresponde al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, la Ley N° 3460 del 15 de agosto de 2006 que tiene como finalidad: Promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad; desde los seis meses hasta los dos años, la lactancia materna (...) Coadyuvar a mejorar el estado nutricional y a reducir las tasas de morbilidad de los menores de cinco años de las madres

Que el inciso a) y d) del artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, establecen que el Ministro de Salud y Deportes, tiene competencia de formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país. Así como garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, mediante Nota Cite: MSyD/VMSyP-1393/2012 de 20 de agosto de 2012; el Viceministro de Salud y Promoción informa a la Jefe de la Unidad de Nutrición que de acuerdo al Acta de la Comisión Ejecutiva de Revisión de Publicaciones el documento presentado por la unidad organizacional a su cargo: "Reglamento de Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez", ha sido aprobado confirmándole su numeración N° 217, debiendo seguirse el trámite correspondiente para su impresión.

Que, mediante Nota Interna MSD/VSP/DGPS/UN/NI/71/2013 de 21 de enero de 2013; la Jefe de la Unidad de Nutrición vía Director General de Promoción de la Salud; informa al Señor Ministro de Salud y Deportes que fueron subsanadas las observaciones y sugerencias realizadas por el Comité Ejecutivo de Revisión y Publicaciones de la "Norma Técnica de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez"; en este sentido solicita viabilizar la emisión de la Resolución Ministerial para la impresión y difusión del documento mencionado.

Que mediante Hoja de Ruta: UN-5005-DPCH de 23 de enero de 2013; se instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos atender la solicitud.

POR TANTO: El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado y el D.S. 29894 de 7 de febrero de 2009.





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el documento "NORMA TÉCNICA DE LA INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LA MADRE Y LA NIÑEZ" como documento técnico oficial del Ministerio de Salud y Deportes en general y de manera específica a la Dirección General de Promoción de la Salud.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Autorizar la impresión y difusión en el Sistema Nacional de Salud del documento "NORMA TÉCNICA DE LA INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LA MADRE Y LA NIÑEZ", conforme al texto que forman parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO TERCERO.- Quedan encargados de su ejecución y cumplimiento de la presente Resolución Ministerial, el Viceministerio de Salud y Promoción a través de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Regístrese, hágase saber y archívese.


Jefa de Gabinete
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS GUBERNATIVOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Viceministra
VICEMINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD


Directora General de Promoción de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



Tabla de contenidos

I.	INTRODUCCIÓN	11
II.	MARCO LEGAL	11
III.	DEFINICIONES	12
	Lactancia Materna	12
	Apego Precoz	12
	Lactancia Inmediata o Precoz	12
	Lactancia Materna Exclusiva	12
	Lactancia Materna Prolongada	12
	Alimentación complementaria a	12
	Pinzamiento tardío del cordón	12
	REQUISITOS PREVIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA IHAMN	13
IV.	PROCEDIMIENTOS PARA CUMPLIR CADA UNO DE LOS 11 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA	14
V.	PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LACTANCIA MATERNA	31
VI.	PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UNBILICAL	35
	1. DEFINICIÓN	35
	2. EPIDEMIOLOGÍA	35
	3. VENTAJAS	35
	4. DESVENTAJAS	35
	5. BENEFICIOS	35
	6. PROCEDIMIENTOS	36
VII.	MÉTODO MADRE CANGURO	37
	1. DEFINICIÓN	37
	2. VENTAJAS	37
	3. BENEFICIOS	37
	4. CRITERIOS	37
	5. PROCEDIMIENTOS	38
	6. POSICIÓN CANGURO	38
	7. MÉTODO MADRE CANGURO	39
	8. ATUENDO DEL BEBÉ	39
	9. VIGILANCIA	39
	10. DURACIÓN	39
	11. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	40
	12. CRITERIOS DE EGRESO	40
	13. CONTROL AMBULATORIO	40
VIII.	TRANSMISIÓN MATERNA INFANTIL DE VIH.....	41
	1. DEFINICIÓN	41
	2. CLASIFICACIÓN	41
	3. EPIDEMIOLOGÍA	41
	4. MECANISMOS PROBABLES DE TRANSMISIÓN	42
	5. TRATAMIENTO Y SEGUIMIEN TO	42

6.	PRINCIPIO DE LA OMS PARA LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTE Y VIH	42
IX.	DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA ASOCIADA A LA LACTANCIA MATERNA INADECUADA	45
1.	DEFINICIÓN	45
2.	ETIOLOGÍA	45
3.	EPIDEMIOLOGÍA	45
4.	CUADRO CLÍNICO	45
5.	CLASIFICACIÓN	45
6.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	46
7.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	46
8.	TRATAMIENTO	46
9.	CRITERIOS DE INTERNACIÓN	46
10.	PREVENCIÓN	46
11.	RECOMENDACIONES AL ALTA	47
X.	CERVICODORSALGIA DURANTE LA LACTANCIA	48
1.	DEFINICIÓN	48
2.	EPIDEMIOLOGÍA	48
3.	ETIOLOGÍA	48
4.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	48
5.	DIAGNÓSTICO	49
6.	CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN	49
7.	TRATAMIENTO MÉDICO	49
8.	TRATAMIENTO KINESIOLÓGICO	49
9.	PREVENCIÓN	49
XI.	DISFUNCIÓN MOTORA ORAL DEL PATRÓN SUCCIÓN DEGLUSIÓN	50
1.	DEFINICIÓN	50
2.	ETIOLOGÍA	50
3.	CUADRO CLÍNICO	50
4.	DIAGNÓSTICO	50
5.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	50
6.	CRITERIOS PARA SOLICITAR INTERCONSULTA	51
7.	TRATAMIENTO	51
8.	CRITERIOS DE EGRESO	51
	BIBLIOGRAFÍA	52
	ANEXO 1 GLOSARIO DE TÉRMINOS	56
	ANEXO 2 EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE	58
	ANEXO 3 MEDICAMENTOS Y LACTANCIA	61
	ANEXO 4 EVALUACIÓN DE LA MAMADA	63
	ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE ARTIFICIAL A MENORES DE 6 MESES	64
	ANEXO 6 REGISTRO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	65
	ANEXO 7 CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN A LAS EMBARAZADAS	66
	ANEXO 8 SEÑALES DE PELIGRO DE LA EMBARAZADA	67
	ANEXO 9 FICHA DE APEGO PRECOZ	68
	ANEXO 10 SEÑALES DE PELIGRO DEL MENOR DE 7 DÍAS	69
	ANEXO 11 SIGNOS DE PELIGRO DE LACTANCIA	70
	ANEXO 12 RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DEL RETRASO DE LA LIGADURA DEL CORDON UMBILICAL PARA LOS RECIEN NACIDOS	71
	ANEXO 13 NUEVAS RECOMENDACIONES DEL VIH	72

I. INTRODUCCIÓN

La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y la Niñez (IHAMN) es la estrategia que implementa los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, Bolivia incorporó la prohibición de promoción de sucedáneos de la leche materna como paso número 11. Para implementar esta estrategia es imprescindible la capacitación del recurso humano en la aplicación de estos pasos, con el fin de mejorar las prácticas del personal de salud que atiende al binomio madre niño.

El presente documento técnico describe los procedimientos necesarios para la implementación de cada uno de los pasos de la IHAMN en servicios de la maternidad y los procedimientos en algunos casos especiales, así como las señales de peligro que se deben enseñar a la embarazada y a la madre para que acuda en busca de ayuda. Su aplicación es obligatoria en cumplimiento a la normativa jurídica vigente en todo el territorio nacional en general, e institucional en particular, incorporándose la visión de interculturalidad en la aplicación de los pasos.

II. MARCO LEGAL

- 1984** Resolución Ministerial para la homologación del Código de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna.
- 1990** Promulgación de la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales del 20 de Julio.
- 2005** Promulgación de la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y su Decreto Reglamentario N° 28562
Resolución Administrativa. N° 158/2005, 28 de diciembre 2005 Reglamento General de los Instrumentos de Control Médico INASES que establece que el control de la atención médica se realizará mediante conformación de los Comités en todos los establecimientos de Consulta Externa y Hospitales de los Entes Gestores incluidos los Seguros Delegados cuyo número y estructura estará dada de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud.
- 2006** Promulgación de la Ley No 3460 del 15 de agosto del 2006 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucédáneos en Bolivia.
- 2006** Relanzamiento de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN) en Bolivia
- 2007** Resolución Ministerial No 0485 aprobación de la estrategia del IHAMN y Norma para la implementación de la Iniciativa en los Establecimientos de salud de la Seguridad Social
- 2009** Decreto Supremo N°0115 del 6 de Mayo del 2009, Decreto Reglamentario de la Ley 3460

Resoluciones Internacionales vinculadas

- 1981** Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional de Comercialización de las leches industrializadas.
- 1989** OMS y UNICEF firmaron un acuerdo para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, diez pasos para garantizar una lactancia natural exitosa.
- 1990-2005** Declaración del Innocenti que propone la creación de un ambiente favorable para que las madres mantengan la lactancia exclusiva desde que nacen hasta los 6 meses de edad.

-Cumbre Mundial a favor de la infancia, en la que más de 71 jefes de Estado y Gobierno se comprometieron a fortalecer la práctica de la lactancia materna.

- Convención de los derechos del niño que plantea el acceso a los conocimientos de las ventajas de la lactancia materna a todos los sectores de la sociedad y en particular a los padres, niños y niñas.

1991 Firma del Convenio Interinstitucional con las Empresas Comercializadoras de leche, Sociedades Científicas y otros para cumplir la Resolución Ministerial.

- Creación de la Alianza Mundial a favor de la lactancia materna, acuerdo de la asociación de productores de alimentos infantiles para poner fin a la distribución de fórmulas infantiles gratuitas o de bajo costo a hospitales, clínicas y maternidades.

1992-1997 Lanzamiento e implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos en Bolivia.

1992 Conferencia Internacional sobre nutrición, donde se aprobó la declaración mundial sobre nutrición.

III. DEFINICIONES

Lactancia Materna

Es la alimentación del niño y niña menor de 2 años con la leche de la madre. La OMS y UNICEF señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

Es el contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido en los 5 minutos después que nace el bebé, ininterrumpido, por lo menos por una hora. Este contacto tiene beneficios sensoriales, metabólicos, psicológicos, para el bebé, y fisiológicos, metabólicos y psicológicos para la madre. El apego en caso de partos vaginales, es cuando todo el cuerpo del bebé, está en posición de decúbito prono, la cabeza dirigida hacia arriba, está en contacto ininterrumpido con la piel del abdomen de la madre durante una hora.

12

El apego en caso de cesárea, excepto con anestesia general, se coloca al bebé en posición de decúbito prono, casi transversal, el bebé está en contacto ininterrumpido con la piel del pecho de la madre durante una hora.

Lactancia Materna Inmediata o Precoz

Es la lactancia en la sala de parto o quirófano, luego de realizado el apego precoz, durante la hora inmediata al nacimiento, cuando las condiciones del bebé y la madre así lo permiten.

Lactancia Materna Exclusiva

Alimentar al recién nacido con solo leche materna, de día y noche, por lo menos 10 a 12 veces en el día, sin sopas, agua, mates, otros líquidos, otra leche o sólidos hasta los 6 meses cumplidos. Se aceptan gotas de vacunas, antitérmicos y vitaminas.

Lactancia Materna Prolongada

Lactancia hasta los dos años por lo menos, con inicio de alimentación sólida a los 6 meses.

Alimentación Complementaria

Es la alimentación que se da además de leche materna, a partir de los 6 meses de edad; estos alimentos se denominan alimentos complementarios.

Pinzamiento tardío del cordón

El retraso del pinzamiento del cordón, el corte del mismo y la expulsión de la placenta por la tracción controlada del cordón: después de pinzar y cortar el cordón umbilical, a los 3 minutos, se mantiene una tracción leve del cordón hasta que se presente una contracción uterina fuerte. Muy suavemente, se tira

del cordón al mismo tiempo que se estabiliza el útero ejerciendo una contracción con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.

REQUISITOS PREVIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA DE HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y LA NIÑEZ

1. Se creará un Comité Hospitalario de Lactancia Materna, que estará constituido por un equipo multidisciplinario que incluya a personal médico de Pediatría, Neonatología, Obstetricia, Jefatura de Enfermería, Nutrición, Servicio Social y Administrativo, Control Social, Departamento de Calidad, Enseñanza e Investigación.
2. El Comité será el responsable de la elaboración, implementación, supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez.
3. El Comité estará presidido por el Director representado por el Dpto. de Calidad, Enseñanza e Investigación del Hospital.
4. Estará conformado por los Jefes de los Servicios arriba mencionados o sus delegados, Jefatura del Departamento de Calidad, Enseñanza e Investigación del Hospital y otro personal. Si existiera Control Social en el establecimiento debiera conformar este comité.
5. El comité depende de la Dirección del Hospital. Se relaciona horizontalmente con otros comités. Verticalmente se relaciona con las distintas Jefaturas de Servicio. Se visualiza en el organigrama del Hospital.
6. El Comité de Lactancia Materna del Hospital, definirá las estrategias para implementación de los pasos para una Lactancia Exitosa conforme a los lineamientos establecidos en este documento.
 - a. Asignará y delegará funciones específicas para el cumplimiento de las actividades del programa.
 - b. Coordinará estas actividades con los Servicios, con Enseñanza, y con las autoridades de hospital.
 - c. Elegirá a su representante, como coordinador un secretario general y un secretario de actas para el manejo de la documentación y correspondencia y dos vocales
 - d. Debe tener un Libro de Actas aperturado de acuerdo a normas.
 - e. Deberá llevar un archivo de lo siguiente:
 - i. La currícula de capacitación para el personal de salud, (prenatal y maternidad y Neonatología)
 - ii. Objetivos de capacitación y contenidos mínimos de las sesiones (prenatal, maternidad y neonatología)
 - iii. Lista del personal capacitado, profesión, número de cursos, incluyendo fecha mes y año de cada miembro del hospital. El registro de la información se hará en un kardex personal, y en una hoja de datos general.
 - iv. Número de cursos de cada miembro del hospital, duración del curso y número de horas de práctica
 - v. Agenda de trabajo incluyendo supervisión, monitoreo, sesiones de análisis de resultados para la supervisión y plan de trabajo para mejoramiento continuo.
 - vi. Resultados de evaluaciones.
 - vii. El hospital colocará un buzón de sugerencias y o denuncias respecto a la atención recibida en las salas de Obstetricia o Neonatología.

- j. Vigilará el cumplimiento del Reglamento de la Ley N° 3460.
- k. Coordinará, auspicará, recuperará, resumirá, efectivizará, analizará y tomará decisiones en base a evaluaciones e investigaciones científicas que se realicen en el hospital o al interior de la institución, en coordinación con otros comités, como Comité de Calidad, que se refieran a lactancia materna, en especial, decisiones orientadas a mejorar la atención del binomio madre-niño.
- l. Elaborará informes referidos a sus actividades para la Dirección del Hospital de acuerdo a requerimiento.
- m. Será responsable de monitorizar el desempeño de los profesionales que tengan contacto con madres en etapa de lactancia, sus niños(as) y su capacitación en manejo clínico de lactancia durante el seguimiento.
- n. Elevará recomendaciones para la evaluación de desempeño de los profesionales en contacto con madres en etapa de lactancia, en la implementación de la Iniciativa, que es un componente de la Acreditación de Hospitales.

IV. PROCEDIMIENTOS PARA CUMPLIR CADA UNO DE LOS 11 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

Paso 1

"Tener una norma relativa a la lactancia por escrito que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal de salud!"

1. La Norma de la Iniciativa es el documento técnico que describe cómo operativizar la Iniciativa en el hospital. Está basada en la evidencia científica de la Iniciativa, en los manuales de funciones disponibles de las diferentes especialidades que conforman el equipo multidisciplinario que brinda atención a la madre y su recién nacido.
2. Se ha adaptado y adecuado al hospital, los procedimientos se han consensuado entre autoridades Jefes de Unidades Médicas y Enfermería, Servicio y otros involucrados en la implementación de los 11 pasos de la Iniciativa de Hospitales Amigos.
3. La norma está escrita en español, porque es el idioma más frecuentemente utilizado en el hospital tanto por los médicos, paramédicos y las pacientes y sus familiares.
4. Todo el personal que trabaja en el Servicio de Obstetricia y Neonatología, relacionada con la atención de partos, de todos los turnos, así como las madres, deberán conocer las normas.
5. La norma incluye los incisos del Reglamento Interno de la Institución que se aplicarán en caso de no cumplirla.
6. El Comité Técnico Administrativo del Hospital y la Dirección, Jefes de Servicio efectivizarán las sanciones para el personal que no cumpla con la norma.
7. Se recuerda al personal que además de la sanción de la Institución, siendo Ley deberá procederse a la aplicación del Reglamento de la Ley 3460.
8. Es imprescindible la disposición del personal directivo a reevaluar las normas y las prácticas a las que se refieren.
9. La norma se debe poner en conocimiento del personal de salud en forma sistemática, establecida y programada.
10. Debe informarse del contenido de la norma a todo personal nuevo. Esta información es responsabilidad del Jefe de Obstetricia y del Coordinador de Neonatología para el personal Médico, Jefas de Enfermeras de los Servicios de Obstetricia y Neonatología para Enfermería, Jefatura de Nutrición para las Nutricionistas, Jefatura de Trabajo Social para las Trabajadoras Sociales y responsable de Limpieza para los Trabajadores Manuales.

Paso 2

"Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la norma."

Todo el personal que directa o indirectamente se relacione con madres y o recién nacidos deberá ser capacitado en la Iniciativa de Hospitales Amigos, como requisito para trabajar en obstetricia y neonatología.

1. El Comité de Lactancia Materna del Hospital diseñará los cursos de capacitación en la Iniciativa coordinando con los Servicios de Obstetricia y Neonatología para la asistencia del personal y las prácticas, con curso teórico-prácticos de por lo menos 20 horas de duración con un 30% de práctica con binomios madre-bebé para ser acreditado como capacitado de acuerdo a las especificaciones del Instrumento de Evaluación Externa de la Iniciativa de Hospitales Amigos (OMS/UNICEF 2009).
2. Los responsables de la capacitación deberán elaborar los objetivos de capacitación y contenidos mínimos de dichas capacitaciones, información que debe estar accesible por escrito y disponible en el Comité.
3. Se elaborarán contenidos y objetivos para la capacitación en prenatal (para las embarazadas)
4. Se elaborarán contenidos de capacitación para el personal de salud que trabaje con binomios madre - niño.
5. Los contenidos de capacitación serán adaptados al personal y al servicio que se otorgue.
6. El Comité de Lactancia debe llevar un registro del personal capacitado, especialidad, fechas de su capacitación y carga horaria, y puntaje de evaluación. Ver Anexo 6, Pág. 64
7. El Comité de Lactancia deberá coadyuvar a la programación y realización de los cursos regulares de capacitación en la Iniciativa cada trimestre.

Paso 3

"Informar a todas las embarazadas, la pareja y la familia, de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica"

El intercambio de información en prenatal, entre futura madre y padre con el personal de salud, referida a ventajas de lactancia materna, técnicas de amamantamiento, nutrición de embarazada, opciones de alimentación en caso de madres VIH +, riesgos de la alimentación artificial debe realizarse en todo consultorio de prenatal y reforzado en todas las dependencias en contacto con la embarazada por ejemplo, en la Sección Vacunas, al recoger el hierro.

1. **En el primer control** pre natal en el hospital, se debe registrar en la historia clínica de la futura madre, en la sección de los antecedentes, la experiencia anterior en lactancia si la tuvo, expectativas, identificar riesgos de abandono de lactancia, aclarar los aspectos de duda, especialmente si son primerizas o con espacio intergenésico prolongado.
 - a. Se completa con el examen físico que debe incluir la inspección de ambos pechos. Esta tarea es **responsabilidad del profesional Médico de Prenatal**. En el examen físico completo de la embarazada, se examinarán también las mamas, se identificarán nódulos, y cicatrices, glándulas supernumerarias, pezones supernumerarios, que pudieran comprometer

evolución de lactancia. Tranquilizar a la madre si tiene dudas o temores.

b. NO estigmatizar los pezones ni los pechos con comentarios como “muy pequeño, muy grande, muy plano, etc. o manifestaciones no verbales porque bajan el autoestima de la madre.”

c. No se requiere la preparación de pezones.

2. **En el segundo control prenatal** se debe indagar:

a. Conocimiento sobre las ventajas de la lactancia exclusiva, para el bebé, la futura madre, el padre, la familia, la economía, la producción.

b. La importancia de amamantar precozmente, a demanda y exclusivamente hasta los 6 meses.

c. Peligros de la alimentación con fórmula o leche artificial, uso de biberón y chupones.

d. EN CASOS ESPECIALES (Ver pág. 57)

i. Prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo e información factual VIH.

ii. Reducción de infecciones por el VIH

iii. Información sobre consejería y prueba para el VIH

iv. Consejería en pareja para disminuir el riesgo de transmisión

3. **En el tercer control** se debe enseñar:

a. La técnica de lactancia, posición y agarre.

b. La técnica de extracción manual para que la madre internalice la información con anticipación debida.

4. **El cuarto control prenatal** brindará información sobre las ventajas del apego precoz y es el siguiente:

i. Permite mantener la temperatura (Christensson y col 1992).

ii. Facilita la adaptación metabólica, especialmente niveles de azúcar y equilibrio ácido base (Christensson y cols, 1995).

iii. Menor llanto (Christensson, y cols 1992, y Christensson y col 1995)

iv. Facilita el apego, (Widström y cols 1990) la impronta en el cerebro de la madre y del bebé, mejora la respuesta al estrés.

v. La secreción de oxitocina por la madre y el bebé.

vi. Incrementa la duración inmediata y a largo plazo de la lactancia (Righard y Alade, 1990, WHO 1998, De Chateau and Wiberg 1977).

vii. Favorece la conducta prealimentaria.

viii. Estimula los sentidos del recién nacido.

ix. Otras medidas como la habitación compartida, la lactancia a demanda, la prohibición de biberones.

5. Tanto médicos, enfermeras, residentes y los internos que trabajen en Pre natal. deben conocer los contenidos de lactancia que se deben impartir a las embarazadas y padres en cada consulta prenatal, así como deben saber que se monitorizará los contenidos impartidos a las embarazadas.

6. La embarazada firmará luego de recibir el contenido correspondiente a la visita. (Ver Anexo 7, Págs. 65).

7. Los responsables de estas sesiones deben entrenarse obligatoriamente en el manejo de técnicas participativas, habilidades de consejería y negociación (contenidos del curso de la Iniciativa).

Las charlas no son útiles. Debe darse la oportunidad a la embarazada para que manifieste su pensar, sentir.

PRIMER CONTROL PRENATAL	SEGUNDO CONTROL	TERCER CONTROL	CUARTO CONTROL
<p>Registrar en la historia clínica de la madre, en antecedentes, la experiencia anterior en lactancia, expectativas y riesgos de abandono de lactancia, aclarar los aspectos de duda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen físico de ambos pechos. <ol style="list-style-type: none"> a. Las mamas, se identificarán. b. Nódulos, y cicatrices. c. Glándulas. d. Pezones. Supernumerarios, que pudieran comprometer evolución de lactancia. Tranquilizar a la madre si tiene dudas o temores. NO estigmatizar los pezones con comentarios como "muy pequeño, muy grande, muy plano, etc." NO se requiere la preparación de pezones. 	<p>Explicar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento sobre las ventajas de la lactancia exclusiva, para el bebé, la madre, la familia, la economía, la producción. 2. La importancia de amamantar precozmente, a demanda y exclusivamente hasta los 6 meses. 3. Peligros de la alimentación con fórmula, uso de biberón y chupones. 	<p>Se debe enseñar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La técnica de lactancia, posición y agarre. 2. La técnica de extracción manual para que la madre internalice la información con anticipación debida. 	<p>Políticas del hospital que favorecen la lactancia: Apego Precoz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permite mantener la temperatura del bebé 2. Facilita la adaptación metabólica, especialmente niveles de azúcar y equilibrio ácido base. 3. Menor llanto menor consumo de oxígeno 4. Facilita el apego. 5. La impronta en el cerebro de la madre y del bebé. 6. Mejora la respuesta al estrés. 7. La secreción de oxitocina por la madre y el bebé. 8. Incrementa la duración inmediata y a largo plazo de la lactancia Favorece la conducta prealimentaria. 9. Estimula los sentidos del recién nacido. <p>Otras medidas como la habitación compartida, la lactancia a demanda, la proscripción de biberones.</p>

El siguiente contenido está referido a las técnicas para amamantar que deben ser del conocimiento de todo personal que trabaja con madres y recién nacidos.

A. TÉCNICAS DE LACTANCIA

Posición para amamantar:

1. Recomendable especialmente para primíparas o madres con periodo intergenésico prolongado:
 - i. El oído, el hombro y la cadera del bebé en una misma línea.
 - ii. El cuerpo del bebé pegado al cuerpo de la madre.
 - iii. La cabeza del bebé en el ángulo del codo de la madre.
 - iv. La palma de la mano de la madre sostiene las nalgas del bebé.
 - v. Cuando el bebe abre bien la boca debe ser aproximado al pecho, introduciendo hasta parte de la areola. (Ver agarre)



Decúbito lateral

Ayuda a la madre a descansar. Cómoda después de una cesárea. Tenga cuidado que la nariz del bebé este al nivel del pezón así no necesitará doblar su cuello para alcanzar el pecho.

18

Posición de cuna

El brazo inferior del bebé está rodeando el cuerpo de la madre. No está entre el pecho del bebé y la madre. Cuide que la cabeza del bebé no esté muy lejos del ángulo del codo y el pecho este empujado a un lado haciendo difícil que el bebé este pegado.



Posición cruzada

Muy útil para niños pequeños y enfermos. Se tiene buen control de la cabeza y el cuerpo del bebé y también sirve cuando se esté aprendiendo a mamar. Cuide que la cabeza del bebé no esté muy sujeta evitando el movimiento.

Posición debajo del brazo o en balón de fútbol

Útil para los gemelos o para ayudar a drenar áreas del pecho. Le da a la madre una buena vista del agarre. Cuide que la madre no esté doblando su cuello forzando el mentón contra su pecho.



B. AGARRE



Mal Agarre:

- El pezón y la areola se estiran hasta la parte posterior de la orofaringe.
- Los conductos de leche no están dentro la boca del bebé.
- La lengua del bebé está detrás y dentro de la boca y no puede exprimir la leche.
- El bebé tiene mal agarre, el bebé esta succionando solo el pezón, que puede ser doloroso para la madre. El bebé no puede succionar efectivamente ni sacar la leche.

Buen Agarre:

- El pezón y la areola se estiran hasta alcanzar la orofaringe del bebé.
- Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del bebé.
- La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho contra el paladar del bebé y ordeñar para extraer la leche. Esto se llama succión.
- Cuando un bebé agarra el pecho dentro su boca de esta manera, el bebé está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente.

Paso 4

"Colocar a las bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si es necesario, siempre que la madre y el bebé lo permitan".

En el hospital se promocionarán procedimientos apropiados y amigables para la atención del parto que sean consistentes con la lactancia y obedezcan los principios de la atención humanizada e intercultural del parto (evitar tricotomías, enemas, permitir la asistencia de la pareja al parto, trato cordial y respetuoso).

Todo el personal que atienda el parto y todo personal que reciba al bebé, residentes, internos y médicos de planta, enfermeras y auxiliares de enfermería de todos los turnos, deben conocer este procedimiento y llevarlo a la práctica en todos los partos y cesáreas siempre que las condiciones de la madre y el bebé lo permitan, amamenten o no.

A. Parto Eutócico:

1. El Neonatólogo, residente de Neonatología, o el interno que efectúe el apego bajo supervisión del profesional de la Institución, tiene la responsabilidad de recordar a la madre porque el apego es importante. Mencionar lo siguiente en términos sencillos y comprensibles para la madre:

- a. Permite mantener la temperatura (Christensson y col 1992).
- b. Facilita la adaptación metabólica, especialmente niveles de azúcar y equilibrio ácido base (Christensson y col, 1995).
- c. Menor llanto (Christensson, y col 1992, y Christensson y col 1995).
- d. Facilita el apego, (Widström y cols 1990) la impronta en el cerebro de la madre y del bebé, mejora la respuesta al estrés.
- e. La secreción de oxitocina por la madre y el bebé.
- f. Incrementa la duración inmediata y a largo plazo de la lactancia (Righard y Alade, 1990, WHO 1998, De Chateau and Wiberg 1977).
- g. Favorece la conducta prealimentaria.
- h. Estimula los sentidos del recién nacido.



2. Se le explica cómo se realizara el apego y qué se espera del bebé. (Que se arrastre desde el abdomen hasta alcanzar la teta por sí solo, y que le ayudarán si fuera necesario a reconocer cuando está listo para amamantar (babeo, chupeteo).
3. Valorar y restringir el uso de sedantes, anestésicos durante el trabajo de parto para evitar las demoras en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

4. La madre debe tener un camión abierto en la parte delantera.

5. **Procedimiento:**

a. Una vez que la madre haya dado a luz, **luego de la sección tardía y oportuna del cordón umbilical**, estando ambos madre y bebé estables (color, respiración, llanto en el bebé) se realiza el examen físico general del bebé sobre el abdomen de la madre.

b. NOTA: No debe llevarse el bebé a otro ambiente, el apego es inmediato al secado en el abdomen de la madre.

c. El equipo debe conocer la técnica de secado del bebé, gentil, masajeando, distribuyendo el vérmix caseoso uniformemente, si lo hubiera, para evitar la deshidratación.

d. Evitar secar las manos del bebé, porque las necesita para impregnar la piel de la madre con el olor del líquido amniótico.

6. Una vez secado el bebé, se cambia el pañal por uno seco, con el cual se cubre el dorso del bebé y siempre que la madre y el bebé estén en buenas condiciones generales el Neonatólogo, residente de neonatología, o el interno bajo la supervisión de los anteriores, realizará el apego precoz.

7. Se coloca al bebé sobre el abdomen de la madre, en decúbito prono cercano al área pre cardíaca de la madre, para que el bebé se tranquilice con los latidos del corazón de la madre. (Ver foto).



8. En esta posición el bebé podrá rotar su cabeza para facilitar el contacto ojo a ojo con su madre. Una vez tranquilizado, el bebé estimula sus sentidos.

a. Se deja al bebé, con el contacto piel a piel con su madre, esperando que el bebé se arrastre hasta encontrar el pecho de la madre, se espera que el bebé agarre el pecho, cuando existe este contacto

se estimula la producción de ocitocina en la madre y el bebé. Este contacto será de una hora.

b. Durante el apego, cuando se estabilizan los signos vitales del bebé y la madre, se ayuda a la madre, si es necesario, a identificar cuando su bebé está listo para iniciar la lactancia (lactancia inmediata). El bebé saliva, alcanza la teta, busca y agarra la areola.

c. La enfermera de obstetricia cubrirá al binomio madre-bebé con una frazada.

d. El bebé permanecerá con su madre durante el procedimiento de episiorrafia. Se le brindará una atmósfera tranquila, íntima en lo posible, evitando los comentarios ajenos al procedimiento.

e. Una vez concluido el procedimiento de episiorrafia, si se estuviera realizando, el interno, la enfermera y/o la manual extenderá la mesa de parto para que las extremidades inferiores de la madre descansen. **No dejar a la madre en posición ginecológica.**

f. Se favorece la posición semifowler o fowler de la madre elevando el respaldo de la mesa.
g. si no se realiza la episiorrafia se realiza el apego de igual manera.

9. En caso de presentarse partos simultáneos (3%) y las salas de parto están ocupadas con binomios madre - recién nacido en apego precoz, se retirará a la madre que tiene más tiempo con su bebé, la primera de la secuencia, evitando interferir entre el bebé y su madre.

El apego se efectivizará con la participación del equipo multidisciplinario que este rotando en pre parto, parto, y quirófano.

10. La antropometría y la profilaxis ocular y la aplicación de vitamina K se realizarán el momento de vestir al bebé, mientras se asee a la madre, luego de la hora de apego.

B. Cesárea:

1. Una vez extraído el producto, se procede al secado del bebé con la precaución de colocar la cabeza del bebé en posición lateral para evitar la aspiración de secreciones bucofaríngeas. Solo aspirar con perilla en caso muy necesario.
2. El Neonatólogo coordinará con el Obstetra y el Anestesiólogo. El Neonatólogo hablará con la madre recordándole los beneficios del apego.
3. El Anestesiólogo a su vez, también hablará con la madre refiriéndose a la comunicación del Neonatólogo y como él le ayudará para que la madre pueda sostener a su bebé el mayor tiempo posible. Esta comunicación dependerá de las características del bebé y la mamá. Podría colocar el oxímetro en dedos del pie.
4. El arco del campo se colocará por debajo de los pechos o retirado si es más cómodo para el médico y la madre antes de la limpieza del área. Para ello se habrá explicado a la madre, y verificar que esté de acuerdo con el procedimiento y en condiciones de aceptarlo.
5. La madre debe tener la bata con la apertura hacia adelante, hasta por debajo de sus pechos.
6. Una vez realizado el secado del bebé, se cambia el campo o pañal por uno seco y con la ayuda del Anestesiólogo, quien habiendo evaluando las condiciones de la madre, liberará los brazos de la madre para recibir a su bebé; el Neonatólogo, habiendo evaluado al bebé en los primeros 5 minutos para descartar patología, coloca al bebé en contacto piel a piel con su madre, o instruye a la enfermera de Reanimación que coloque al bebé manteniendo la posición prona con la cabecita cercana al área cardiaca de la madre y los pies hacia abajo lo que se pueda. El bebé, durante el apego, se impulsará y arrastrará por el pecho por lo cual es conveniente colocar el torso del bebé un poco antes de la línea media de la madre y vigilar.
7. Podría elevarse el espaldar de la mesa para facilitar la visibilidad de la madre al bebé.
8. La madre podrá sujetar a su bebé, acariciarlo y besarlo. Debe estar atenta a las muestras de que está listo para mamar (babeo, extracción de la lengua). El bebé debe permanecer con su madre durante una hora, independientemente de la duración del acto quirúrgico. Para cumplir con este propósito, enfermería debe redistribuir el trabajo de Reanimación y Recuperación (por ej.: el vestido del bebé, aplicación de Vit. K, etc.).
9. El Anestesiólogo colaborará durante el procedimiento, en expectativa armada, si la madre muestra datos de desestabilización para discontinuar el apego. El Neonatólogo o el residente o el interno, o la enfermera, vigilará la evolución del contacto. Deberán salir juntos del área de quirófano.



10. Si no se pudo realizar el apego, la madre está aún bajo efecto de anestesia, se espera a que se recupere y si está en condiciones, la enfermera de Recuperación solicitará al bebé. Le acomodará de acuerdo a la técnica.

Paso 5

"Mostrar a las madres y padres cómo se debe dar de mamar al bebé, y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus bebés"

Una vez que la madre llegue a su unidad, en salas de puerperio, en las primeras 6 horas post parto, el personal de salud debe ayudar a la madre, revisar ambos pechos para ver congestión, heridas en el pezón, ayudar a la madre a colocar el bebé al pecho, evaluar posición, agarre, corregirlos si es necesario, e informar a la madre que debe amamantar a libre demanda para evitar la congestión de los pechos.

En caso de separación se debe enseñar a la madre a extraerse la leche manualmente.

1. Una vez en su unidad, la enfermera de Obstetricia debe ayudar a la madre a acomodar a su bebé, verbalizando la descripción de la posición, verificando que la madre le hubiera comprendido. (hacerle colocar el bebé al pecho). Para comprobar que la madre comprendió el mensaje debe repetir lo que se le ha dicho. Le dejará amamantando. Deberá describir en la evolución de enfermería lo realizado y solicitará a la madre la firma al pie.
2. En las madres de puerperio quirúrgico, el procedimiento es el mismo. La licenciada de Recuperación le ayudará a colocar a su bebé al pecho. Debe verbalizar las instrucciones, en lenguaje sencillo, y demostrar cómo hacerlo, de esta manera la madre podrá repetir lo que se le ha enseñado. Si la enfermera solo acomoda al bebé sin describir lo que hace, no le ayuda.
3. Para ayudar a la mamá recién llegada de recuperación es importante que la enfermera que le admite, le ayude a colocar su bebé al pecho y le deje amamantando. No olvidar describir lo realizado en la hoja de enfermería y hacer firmar a la madre.
 - a. Colocarle una cuña en la espalda de la madre empleando una almohada para que ella adopte el decúbito lateral.
 - b. Ayudar a la madre a acomodar al bebé, como se ha descrito párrafo arriba.
 - c. Se debe monitorizar a la madre, especialmente si es primeriza, o si el espacio intergenésico es largo, vigilando la posición y agarre, y la frecuencia.
 - d. Vigilar que la madre amamante con frecuencia, con la técnica adecuada.
 - e. Enseñar a la madre a despertar al bebé.
 - f. Enseñar a la madre que el bebé puede deshidratarse si no mama seguido, sin hostigar ni amenazarle porque le angustiará y disminuirá la producción de leche.
 - g. Enseñar a la madre que si no sale leche de sus pechos debe llamar al médico y a la enfermera.

4. Durante estas primeras 6 horas después del parto, la enfermera de sala vigilará la frecuencia de amamantamiento, si los pechos se congestionan o si aparecen heridas en el pezón, para su inmediata corrección. El estado de hidratación y la glicemia del bebé dependen de la succión frecuente.
5. En caso de exceso de trabajo, la licenciada delegará a la Auxiliar de Enfermería para que cumpla con esta tarea. Los internos y Residentes de Obstetricia también deben apoyar a la madre, vigilando si amamanta correctamente.
6. Todo el resto del personal de salud, Obstetras, Licenciadas de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Residentes, internos de Medicina y Enfermería, durante la visita, y después, durante su hospitalización y el personal Manual que tenga contacto con la madre debe ayudarle a amamantar al bebé; de ello depende el estado de hidratación y la glicemia del bebé. La única forma de cumplir con esta vigilancia es el trabajo en equipo coordinado del personal del Servicio de Obstetricia. Evitar hostigar a la madre con instrucciones verbales, la ayuda debe ser efectiva.
7. La madre no requiere lavarse el pezón, ni pasarle con alcohol u otra sustancia o liquido excepto su propia leche antes y después de amamantar.
8. La madre aprenderá a despertar a su bebé con ayuda del personal de la sala, para que amamante a demanda, tanto del bebé (llanto) como de la madre (para evitar congestión mamaria, plétora en la madre, deshidratación e hipernatremia, hipoglucemia en el bebé). Las madres deben saber cómo despertar a su bebé en caso que el bebé duerma más de dos a tres horas.

El interno, el residente de Obstetricia, el Obstetra, la Licenciada en Enfermería, la auxiliar de enfermería del puerperio fisiológico y quirúrgico, el Neonatólogo que pasa visita en puerperio, deben enseñar a la madre a despertar al bebé de la siguiente manera: se le desabriga, se toca las plantas de los pies, las palmas, presión gentil y suave, tal vez incorporar al bebé, y una vez despierto recién se le coloca al pecho.

9. Algunas madres requieren más apoyo que otras, por ejemplo las que son primerizas y las madres con período intergenésico prolongado, especialmente cuando se quejan que "no tienen leche". Este tiempo es crítico para detectar a madres con bajada tardía de leche (más de 72 hrs.).
10. En el pase de visita del Obstetra, se debe identificar casos de puérperas sin secreción láctea, evaluará a la paciente en busca de antecedentes patológicos como depresión y medicación recibida. El médico tratante, en caso de pacientes con tratamiento por otras enfermedades, coordinará y realizará las interconsultas del caso.
11. Se debe registrar en la Historia Clínica de la madre si está recibiendo algún medicamento. (antidepresivos por ejemplo).
12. Las mamás con bajada tardía de leche tiene mayor riesgo de abandonar la lactancia precozmente, requieren que el personal de salud les infunda confianza, seguridad en sí mismas, tolerancia y ayuda para amamantar.

Recordar que, en condiciones normales, durante los primeros días la secreción de leche (calostro, poche o corta) es escasa hasta los tres días, el bebé no requiere otro liquido ni otra leche. Cuanto más mame el bebé más pronto bajará la leche.

13. Es importante dar analgésicos en caso de dolor así como relajar a la madre con masajes en la espalda en caso de contractura muscular para no interferir con la lactancia. Se solicitará valoración por Fisioterapia. Vigilar la técnica de amamantamiento.
 - a. Es necesario que se controle la posición y el agarre del bebé para amamantar. La cabeza del bebé en el ángulo del codo, la madre sujeta las nalgas del bebé con la palma de la mano. El bebé yace en el trayecto del brazo de la madre, con la oreja, el hombro y la cadera en una misma línea, panza con panza.
 - b. La madre sujeta el pecho con la mano en forma de C, estimula la mejilla del bebé para que este abra la boca, la madre lleva al bebé al pecho. Se introduce el pecho hasta la areola en la boca del bebé, lo cual garantiza un buen agarre.
 - c. No dar de rutina leche de otra madre, porque podría dar un mensaje negativo y contraproducente, "Usted no puede, ella sí puede". Esto produce una pérdida de confianza en sí misma, la cual bloquea la producción de oxitocina. El bloqueo de oxitocina demora el establecimiento del reflejo de bajada de la leche en la madre, incrementa el estrés por aumento en la producción de cortisol en la madre y el bebé. Si el bebé succiona de otra madre, se saciará, y disminuirá el vigor a la succión, y consecuentemente será ineficaz para producir leche en su madre.
14. Antes de su alta, se debe enseñar a la madre con participación de la familia, la extracción manual de leche, que es obligatorio en salas de Obstetricia, para cualquier caso de separación.

Paso 6

"No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados."

1. Ningún bebé cuya madre hubiera decidido amamantar, recibirá otra leche (que no sea la de su madre), ni otro líquido, menos aún sin su consentimiento, debido a la evidencia científica sobre los riesgos de la alimentación artificial.
2. Las indicaciones para administrar otra leche son pocas y se fundamentan en las evidencias científicas. Los problemas sociales como ausencia de la madre, abandono, deben resolverse con ayuda del equipo multidisciplinario. Es importante que la madre conozca los riesgos de alimentar a su recién nacido con leche artificial. Luego de recibir la información completa, firmará el consentimiento para darle otra leche.
3. La evidencia científica ha proscrito la prueba de tolerancia oral con dextrosa, agua estéril, mates. Esta prueba esta erradicada y debe mantenerse erradicada en todos los establecimientos de salud.
4. Si el bebé muestra datos de deshidratación en puerperio NO ES INDICACIÓN DE OTRA LECHE; se debe rehidratar de acuerdo a protocolo (Solución de Rehidratación de Baja Osmolaridad).

5. Los recién nacidos prematuros o aquellos con incapacidad para succionar (pero sin contraindicación de alimentación oral) deberán ser alimentados con leche extraída de su madre, por sonda, vaso, jeringa. La orden médica debe ser clara, "leche materna y/o calostro" sin abreviaciones (Ej.: LM, leche mat.) para evitar interpretaciones erróneas y utilizar leche maternizada.
6. Para que las madres con bebés en cuidados especiales puedan amamantar de día y de noche, se debe habilitar el espacio para la madre, sofá cama, o silla cuando menos, un lavamanos, baño y en lo posible una estufa.
7. El médico es el único autorizado para la prescripción de fórmula. Debe registrarse en la H. Clínica, registrando además la razón por la cual se indica la leche artificial. Se hará firmar el consentimiento informado para la administración de leche artificial.

A. CUIDADOS ESPECIALES

La madre de bebé en cuidados intensivos, intermedios y o mínimos, recibirá instrucción sobre como extraerse manualmente la leche y se le pedirá que lo haga cada 2 a 3 horas por lo menos, para evitar la congestión mamaria, y posteriormente la falta de leche.

1. De ninguna manera se restringirá el ingreso de la madre a las salas de Neonatología, ni se fijarán horarios para la alimentación de los bebés que no tengan patología y sólo estuvieran para engorde. Por ello, el personal médico y enfermeras de todos los turnos, deben colaborar con las madres para que ingresen a la sala, dejen su leche, estimulen o amamenten a sus bebés, si las condiciones del bebé lo permiten.
2. Se debe permitir a las madres pernoctar o descansar en la sala de madres creada para este fin.
3. Se implementará el Método Canguro.
4. La orden médica referida a la alimentación del recién nacido pre término, en cuidados especiales, cuidados intermedios debe expresar con letra clara y sin abreviaciones "calostro, leche materna, leche maternizada o fórmula". Está terminantemente prohibida la administración de fórmula u otra leche especial a cualquier recién nacido, sano o enfermo sin orden médica.
5. Se debe enseñar a la madre a extraerse la leche y conservarla hasta entregarla en el hospital.
6. La leche extraída manualmente se guardará en envases pequeños para evitar su desperdicio puesto que debe desecharse el residuo. El envase debe ser de material plástico o vidrio, de boca ancha y en lo posible con tapa de presión, sin rosca. Se colocará el nombre del bebé, la fecha de extracción de leche y la hora. Debe utilizarse la leche de los primeros frascos.
7. Si la madre fue externada, y el bebé debe permanecer hospitalizado, debe informársele sobre los riesgos de la alimentación artificial señalados por la información científica, para ello utilizará la información del formulario del consentimiento informado.
8. La madre debe saber que necesita extraerse la leche con frecuencia, por lo menos cada dos horas y dejársela a su bebé. Enfermería debe brindarle todo el apoyo técnico para que aprenda a extraerse la leche.

9. Si, en pleno uso de sus derechos, la madre decide no amamantar, debe recibir la información del médico responsable sobre los riesgos de la alimentación con leche artificial y tanto el médico como la madre deben firmar un consentimiento informado, en el cual la institución deslinda responsabilidades de las consecuencias del uso de la misma. Se registrará en la historia clínica, se adjuntará el consentimiento informado a la historia clínica.
10. Se fomentará la alimentación de leche, con vaso o taza, cucharilla, gotero, de los bebés que no pudieran amamantar.
11. En caso de patología materna que imposibilitara temporalmente la lactancia (por ejemplo; eclampsia), la enfermera de obstetricia extraerá la leche, si es posible, por lo menos cada tres horas, para evitar la congestión mamaria y promover la producción de leche.
12. Se prohíbe la donación de leche artificial, biberones o chupones al Servicio de Neonatología así como al Servicio de Pediatría.

Paso 7

"Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los bebés durante las 24 horas del día"

El recién nacido sano deberá permanecer en la unidad materna las 24 horas del día, la madre puede responder al bebé, ayuda al vínculo emocional, el bebé llora menos, menor tentación de dar biberones, la madre adquiere más confianza para amamantar, la lactancia continúa por más tiempo.

1. Los recién nacidos permanecerán en la misma unidad (cama) de la madre, siempre y cuando sean partos normales sin complicaciones y la madre esté alerta. De esta manera la madre adquiere habilidad y confianza para atender al bebé. No son necesarias las cunas.
2. Si por alguna razón el bebé y la madre no salieron juntos de sala de partos, deberá llevarse a su madre en el lapso de hasta una hora después del parto para considerarse como habitación compartida.
3. En caso de ser necesaria la separación temporal madre-niño por procedimientos obstétricos o neonatales durante el puerperio, el niño debe ser amamantado previamente, y la separación no debe durar más de una hora en lo posible.
4. La visita médica y de enfermería así como la participación de internos y residentes en el apoyo a la madre disminuirán complicaciones.

Paso 8

"Fomentar la lactancia a libre demanda"

A demanda del niño y de la madre. Del niño, para evitar periodos prolongados de ayuno (más de 3 horas), y de la madre para evitar la congestión y plétora mamaria. Facilita la bajada de leche más rápidamente, el bebé sube de peso más rápidamente, se presentan menos dificultades como la plétora. La lactancia se establece más fácilmente.

1. El tiempo de cada toma es variable, depende del binomio madre - bebé, debe transcurrir un tiempo con apoyo de personal de salud hasta establecerse la bajada de leche. Para ello el bebé debe amamantar por lo menos 10 a 12 veces al día.
2. Es muy importante enseñar a la madre a despertar a su bebé y colocarle al pecho varias veces en las primeras 6 horas después del parto.
3. Se recuerda que la lactancia frecuente, con buena técnica, evitará la deshidratación del recién nacido.

Paso 9

"No utilizar biberones ni chupones"

Los biberones y chupones alteran el patrón de succión de los bebés, disminuye la producción de leche de la madre por una succión pobre, no vigorosa, con técnica inadecuada que no consigue estimular la producción de prolactina.

1. Debemos explicar a la madre y sus familiares por qué los chupones y biberones están prohibidos. Alteran el patrón de succión del bebé, y disminuye la producción de leche, aumentan el riesgo de infecciones intestinales, impide el vínculo afectivo., El sólo quitarles el biberón sin explicarles la causa es contraproducente y atenta contra los derechos de la madre.
2. En caso de administrar leche extraída, debe administrarse con jeringa, gotero, vaso y/ o taza.
3. Los bebés que no amamantaran también deben recibir la leche, indicada por médico, con gotero, vaso, gotero y/o taza.

28

Paso 10

"Formar grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital"

Los problemas más frecuentes en lactancia se presentan en las horas inmediatas al alta. Con este paso se pretende facilitar a la madre y sus familiares el acceso a una orientación eficaz, acertada de los problemas que más le preocupan. El Hospital coordinará con los centros de salud.

A. Apoyo Institucional:

1. Todos los centros de salud deben conformar grupos de apoyo a la lactancia institucional y/o comunitaria.
2. El grupo de apoyo institucional está conformado por un equipo multidisciplinario capacitado en la solución de los problemas más frecuentes en lactancia. Este personal debe estar asequible las 24 horas del día y a solicitud de la madre en la maternidad, y en los centros en los turnos de mañana y tarde.
3. El propio personal podrá atender a las madres en puerperio inmediato con problemas de

lactancia, según rol en un Consultorio de Lactancia materna abierto para tal propósito. En dicho consultorio se llevarán registros de las consultas identificando al centro de referencia.

4. Dicho consultorio de Lactancia Materna coordinará con otros establecimientos de salud de red la atención y seguimiento de pacientes con problemas de lactancia.

B. Apoyo Comunitario:

1. Promover que las madres con experiencias gratificantes en lactancia, enseñen a otras madres a amamantar, especialmente a primerizas, (donar o amamantar a sus bebés en vez de ayudarles a amamantar no es una ayuda efectiva).
2. El grupo de apoyo comunitario está conformado por madres que tuvieron lactancia exitosa y que quisieran ayudar a otras madres para que amamanten en forma exitosa. Para el desarrollo de estos grupos de apoyo, el hospital fortalecerá la capacitación en formación de grupos de apoyo. El intercambio de información en prenatal debe utilizar la técnica de grupos de apoyo.
3. Para resolver la accesibilidad de las madres al apoyo efectivo se identificará a madres con una buena experiencia en lactancia, les entrevistará para saber si tienen la disposición de apoyar a otras madres, y registrará sus nombres y direcciones en caso de que estén de acuerdo.
4. Estos nombres deben estar visibles en Obstetricia, en los policlínicos y las madres deben saber que pueden acudir a ellas en caso de tener problemas.
5. Estas madres que conformarán los grupos de apoyo comunitario, serán capacitadas en el Hospital, y sus direcciones se registrarán en el hospital y los centros para la referencia de otras madres.
6. Las madres voluntarias, llevarán un registro de las madres atendidas por ellas y la causa de consulta. Este registro será analizado por personal, responsable de lactancia materna de los policlínicos, para reforzar áreas en la capacitación y seguimiento.
7. Los trabajadores en salud y grupos de apoyo comunitarios deben tener conocimiento información respecto a las políticas de alimentación y los riesgos asociados con alternativas de alimentación para las madres VIH positivas.

Paso 11

"Erradicar las distribución gratuita e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna"

La Dirección del Hospital Materno Infantil prohíbe expresamente la distribución gratuita o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, por lo tanto ni la Administración, ni Almacenes, como tampoco Damas Voluntarias, y otras dependencias del hospital podrán aceptarlas donaciones de artículos considerados como sucedáneos de la leche materna (biberones, chupones, leche maternizada).

1. Está prohibido el ingreso a salas de Urgencia, Consulta Externa o Salas de Internación del Hospital a los visitantes, representantes de comercializadoras de leche.
2. Está prohibida la distribución de propaganda, lapiceras, membretes, folletos, etc., con logo de empresas de leche.
3. Está prohibida la solicitud de auspicio y apoyo a las empresas comercializadoras de leche, para efectivizar actividades relacionadas con congresos, cursos, investigación u otros.
4. No se permite el logo de ninguna empresa comercializadora de leche en certificados de asistencia a eventos científicos, maletines, material de escritorio, mandiles o pijamas de internos o residentes y/o médicos.
5. Se difundirán los artículos de la Ley 3460 aplicables al hospital, el reglamento de la Ley 3460, el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna entre profesionales, residentes e internos.
6. De acuerdo a la Ley 3460 y su Reglamento, Los Directores de Establecimientos de Salud, Jefes de Servicios, Jefatura Nacional de Enseñanza serán quienes efectivicen las sanciones para el personal de Salud que no cumpla con las disposiciones legales.

Otros pasos, referidos a la mujer :

1. El test para VIH (incluyendo consejería en la prevención de Transmisión Madre Hijo debe estar disponible y ser ofrecida de rutina a las embarazadas. Para ello se deben identificar los centros de las redes donde se efectúa el examen.
2. Se debe ofrecer consejería en alimentación infantil a partir de los 6 meses basada en la disponibilidad local de alimentos de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales a las madres de acuerdo a su estado de VIH.

V. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LACTANCIA MATERNA

A. PEZONES PLANOS Y PEZONES INVERTIDOS

Los pezones tienen la propiedad de estirarse o protractibilidad que es la más importante, pues gracias a ella el pezón se modifica en el pos parto inmediato. Es importante conocer que la elasticidad mejora en el embarazo y en la primera semana después del nacimiento. esto favorece al pezón aunque se vea plano durante el embarazo. Que sea elástico es más importante que el tamaño del pecho.

Explique el cuadro:



Este método podría ayudar a algunas madres con pezón plano siempre que el pezón tenga dimensiones semejantes al orificio del cuerpo de la jeringa. No debe aspirar con fuerza, no debe doler. Recordar que es muy importante no focalizar la atención de la madre en su pezón.

El émbolo se inserta por el extremo cortado de manera que el extremo que entra en contacto con el pezón (la flecha) no le causará herida ni dolor alguno.

MANEJO DE PEZONES PLANOS Y PEZONES INVERTIDOS

- < Darle confianza a la madre. los pechos mejorarán si se corrige el problema de posición o agarre.
- < Explicarle que el bebé mama el pecho. no la punta.
- < Decirle que deje que el bebé agarre el pecho o teta. por si misma, con la boca bien abierta, y que la madre lleve el bebé hacia la teta, no la teta al bebé.
- < Ayudar a la madre a colocar el bebé al pecho o teta apenas llegue a su unidad, tanto en recuperación como en puerperio.
- < Evitar hacer comentarios o utilizar lenguaje no verbal de crítica de mamas o pezones.
- < Demostrar las diferentes posiciones. por ejemplo bajo el brazo.
- < Ayudar a la madre a estimular el pezón antes que el niño mame.



B. CONDUCTOS OBSTRUIDOS

Un problema muy frecuente es el de los conductos obstruidos. Los nódulos se forman porque no se retira la leche, el conducto se tapa con leche espesa.

Causas:

- ⟨ Mamadas cortas o infrecuentes.
- ⟨ Compresión por ropa ajustada: Ej. sostén, una sola posición al mamar, dedos en tijera).
- ⟨ Succión ineficaz.

Examen Físico:

- ⟨ Masa nodular pequeña, única o en cadena.
- ⟨ Sensible al tacto.
- ⟨ Enrojecimiento localizado.

Manejo:

- ⟨ Busque la causa y corríjala.
- ⟨ Masaje los nódulos en forma circular mientras el bebé esté mamando.
- ⟨ Mamadas frecuentes.
- ⟨ Compresas tibias sobre el pecho.
- ⟨ Hojas de repollo sobre los nódulos.
- ⟨ Control a las 48 horas.



C. GRIETAS EN EL PEZÓN

32

El mal agarre puede causar la fisura o grieta en el pezón. Es la causa más frecuente. Si agarra solamente el pezón y no la areola, se estira la punta del pecho y al mamar el bebé frota la piel del pezón lo cual es muy doloroso. Al comienzo no hay herida, tal vez el pezón se vea hiperémico, y si persiste el mal agarre se fisura.

Causas

- ⟨ Mala posición.
- ⟨ Mal agarre.
- ⟨ Otras causas.

Manejo:

- ⟨ Aumentar la confianza de la madre.
- ⟨ Mejorar el agarre y seguir amamantando.
- ⟨ Disminuir la plétora y congestión con mamadas más frecuentes y/o expresión manual de leche.
- ⟨ Aplicar leche en el pezón al final de la mamada y evitar el sol directo.
- ⟨ Tratar las moniliasis en el bebé y tópicamente el pezón de la madre.



Recomendaciones: Si el dolor persiste pese a la corrección posición y agarre y la mamá dice que le quema, siente punzadas, y el pezón está rojo, brillante, piense en candidiasis e inicie tratamiento con Nistatina tópica para la madre y oral para el bebé.

Si se corrige la posición y el agarre, el amamantamiento deja de producir dolor, podrá continuar con la lactancia. Si no se corrige la posición el cuadro progresará a congestión, mastitis.

D. CONGESTIÓN MAMARIA

Generalmente el pecho se llena en los primeros días cuando la leche empieza a bajar; los pechos se sienten calientes, pesados y duros pero la leche está saliendo, uno puede ver gotear la leche, no hay fiebre.

Causas:

- Falta de remoción de leche.
- Mamadas cortas e infrecuentes.
- Presencia de grietas.

Si hay congestión, el pecho tiene leche, pero también está hinchado [tiene edema] lo que interfiere con el flujo de leche, el pecho está rojo brillante, doloroso y no sale leche, a veces hay fiebre.

Manejo:

- Aumentar la confianza de la madre.
- Mejorar el agarre y seguir amamantando con mayor frecuencia
- Disminuir la plétora y congestión con mamadas más frecuentes y/o expresión manual de leche.
- Aplicar leche en el pezón al final de la mamada.



Recomendación: Si no se corrige con la posición y agarre y la mamá dice que no tiene leche, el pecho esta tenso, doloroso, extraer suavemente la leche de ambos pechos. Puede progresar a mastitis.

E. MASTITIS

Si no se corrige la congestión, persiste la herida en el pezón, la madre no amamanta por el dolor el pecho aumenta de volumen, está tenso, caliente, rojo, muy doloroso y la madre presenta escalofríos, malestar general y fiebre. El cuadro descrito corresponde a Mastitis. La mastitis es un factor de riesgo en la transmisión madre hijo de VIH.

Causas:

- No se saca la leche (mamá ocupada, tensa, el bebé duerme de noche, cambio de rutina).
- Las grietas no se han curado.
- No se destaparon los conductos.
- La congestión no se ha aliviado.
- Se infecta.
- La piel caliente, roja, dolor, con síntomas tóxico infecciosos en la madre.

Manejo:

- Iniciar tratamiento antimicrobiano, analgésico.
- Reposo.
- No suspender la lactancia.
- Extraerse la leche con frecuencia.



Recomendación: Madre con fiebre, decaída, pecho duro, rojo y brillante iniciar antimicrobianos, analgésicos y antiinflamatorios, reposo absoluto y extraer la leche.

Dar la leche al bebé con vaso, jeringa o gavage.

F. ABSCESO

Si la mastitis no se corrige a tiempo el cuadro empeora. Si la madre no amamanta en condiciones satisfactorias, la leche no sale y la mamá sentirá mucho dolor, tendrá fiebre, escalofríos se sentirá enferma, el pecho se pondrá rojo, caliente y se evidenciará un área fluctuante con claras características de absceso mamario. El manejo es quirúrgico.

Causas:

- No se saca la leche cuando se separa del bebé.
- El bebé no mama seguido con energía.
- Se tapan los conductos.
- Se infecta.
- Drenaje espontaneo de pus.

Manejo:

- Drenar el absceso.
- Iniciar tratamiento antimicrobiano.
- Amamantar del otro pecho.
- Extraer la leche del pecho afectado, evitar que se cargue.
- Si la incisión está alejada de la areola puede amamantar.



Recomendaciones: Madre con fiebre, decaída, pecho con herida y drenaje de pus.

VI. PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL

1. DEFINICIÓN

El pinzamiento tardío, denominado actualmente "oportuno" es el procedimiento por el cual se liga el cordón umbilical cuando la circulación de éste ha cesado, está plano y sin pulso. Esto se da aproximadamente hasta los 3 minutos de nacer.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la anemia en lactantes de 6 a 8 meses de edad es de 77.9% según la ENDSA 2008. La deficiencia de hierro es la causa del 50% de las anemias.

3. VENTAJAS

1. Transfusión placentaria de 40 ml/kg, que representa el 50% de sangre total del recién nacido.
2. En los prematuros el volumen sanguíneo transfundido es menor 25%.

4. DESVENTAJAS

Son infrecuentes y se cita:

1. Ictericia.
2. Policitemia si el pinzamiento se realiza después de los 3 minutos.

5. BENEFICIOS

A. INMEDIATOS

1. Recién nacido pre término:
 - a. Disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular, sepsis de inicio tardío.
 - b. Disminuye la necesidad de transfusión sanguínea, por anemia o baja presión sanguínea, surfactante, ventilación mecánica.
 - c. Incrementa Hb, Hcto, presión sanguínea, oxigenación cerebral.
2. Recién nacido de término:
 - a. Volumen sanguíneo adecuado, y buenas reservas de hierro.
3. Para la madre se acorta el tercer período.

B. A LARGO PLAZO

1. Mayor nivel de Hb y reservas de Fe en el lactante hasta los 6 meses.
2. Desarrollo cognitivo, motor, social y emocional adecuado.

6. PROCEDIMIENTOS

El pinzamiento del cordón umbilical forma parte del tercer periodo de la atención del parto, en la actualidad se recomienda el manejo activo de este periodo, el mismo incluye tres pasos:

- a. Administración de un medicamento útero tónico (ej. 10 UI de oxitocina intramuscular) poco después del parto para evitar la atonía uterina.
- b. Se retrasa el pinzamiento del cordón hasta que el cordón deje de latir, está plano y sin pulso. Luego se procede al corte del mismo y se coadyuva a la expulsión de la placenta. Muy suavemente, se tira del cordón al mismo tiempo que se estabiliza el útero ejerciendo una contra tracción con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.
- c. El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las primeras dos horas.

VII. MÉTODO MADRE CANGURO

1. DEFINICIÓN

Es un sistema de cuidado de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño y su madre, creado por el Dr. Edgar Rey Sanabria en el Instituto Materno Infantil en Bogotá-Colombia en 1978.

2. VENTAJAS

IMPACTO EN EL DESARROLLO COGNITIVO

La posición canguro favorece la recepción de estímulos:

- Auditivos a través voz materna.
- Olfativos por la proximidad al cuerpo de la madre.
- Vestibular- cinestésicos por la situación del bebé sobre el tórax anterior y los movimientos respiratorios.
- Táctiles por contacto piel a piel permanente.
- Visuales: a través de la visualización de la cara y cuerpo materno.
- Los sonidos próximos son amortiguados en la ropa y la piel materna.
- Posición en flexión de las extremidades y limitación de los movimientos.
- Modificación de la exposición estresante al ambiente de las unidades de internación.
- Reducción de la separación madre-hijo.

3. BENEFICIOS

A. PARA EL BEBÉ

- Ciclo vigilia- sueño más organizado.
- Reduce el índice de infecciones nosocomiales.
- Mayor ganancia diaria de peso.
- Mejora la termorregulación.
- Acelera la adaptación metabólica.
- Mejora vínculos afectivos entre padres e hijos.
- Reduce el tiempo de hospitalización.

B. PARA LA MADRE

- Mirar y tocar a su hijo frecuentemente.
- Identificar signos en el bebé.
- Mayor comodidad con su niño.
- Experimentan menos depresión post parto.
- Minimiza, calma el efecto estresante del parto.
- Mejora la producción de leche.
- Incrementa la duración de la lactancia materna, con mayor producción de leche.
- Mejora la interacción madre-hijo.

4. CRITERIOS

- Signos vitales estables.
- Los bebés en ventiladores, con vasopresores serán valorados individualmente.
- Los bebés con episodios de apnea/bradicardia requieren de valoración por Neonatólogo para ingresar al programa.
- No hay limitación de peso.

- e. Se debe educar a los padres sobre el procedimiento, aceptación de la madre/padre/ portador canguro a la experiencia, debe tener capacidad física y mental para el manejo del bebe y no presentar enfermedades infecciosas.
- f. No farmacodependencia, alcoholismo, alteración neurológica severa.
- g. La temperatura axilar del bebé previa al procedimiento debe estar entre 36.1° C y 37.2° C.
- h. No se requiere una fuente de calor, debido a que el contacto piel a piel es suficiente para mantener la temperatura del bebé.
- i. El contacto piel a piel debe durar mínimamente una hora.
- j. El bebé canguro puede realizarse antes, durante o después de la alimentación. La madre puede amamantar a requerimiento con indicación médica.

5. PROCEDIMIENTO

A. PREPARACIÓN

- a. Explicar el procedimiento a los padres.
- b. Proveer de una silla confortable y luz apropiada.

B. EVALUACIÓN

- a. Registro de signos vitales antes del inicio del contacto piel a piel.

C. PASOS

- a. Madre o padre cómodamente sentado, con apoyo para la espalda, codos y pies.
- b. La madre o el padre debe desabotonarse la camisa o blusa, la madre se quita el sostén. La enfermera le ayuda a levantar al bebé en posición vertical, prona, entre ambos pechos (o tórax de los padres), o transversalmente con hombros, brazos y piernas metidos.
- c. El bebé llevará un pañal.
- d. Signos vitales antes y después del contacto. Tomar la temperatura transcurrida una hora del contacto.

D. MONITOREO

- a. De acuerdo a indicación los bebés debieran tener un monitor cardiorrespiratorio y un oxímetro de pulso.

E. SIGNOS DE INTOLERANCIA

- a. Dificultad para mantener la temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno u otro dato de estrés, (ver tabla). Se debe suspender el contacto y colocar al bebé en la incubadora.

LEVE	MODERADO	SEVERO
Aversión a la mirada	Ruborización	Palidez
Bostezo	Moteado en piel	Cianosis
Hipo	Suspiros	Taquipnea
Muecas faciales	Vómitos	Apnea
Cierra los ojos	Extiende y separa los dedos	Bradipnea
Extrusión de la lengua	Extensión de extremidades	Taquicardia
Movimientos intestinales	Temblores	Bradicardia
Tos	Espasmos	Arritmias
Estornudos	Flacidez	Disminución de la saturación de O ₂

6. MÉTODO MADRE CANGURO

Es el elemento fundamental del método madre canguro. El contacto piel a piel, debe ser precoz, continuo, prolongado y duradero.

- Posición vertical entre los senos de la madre.
- Cabeza extendida recostada sobre un lado.
- Las manos sobre el pecho.
- Miembros inferiores flexionados, en posición de rana.



7. ATUENDO DE LA MADRE/PORTADOR CANGURO

Cualquier prenda cómoda y adecuada para la temperatura ambiente
a. Debe ser segura y permitir mantener firme al bebé.

8. ATUENDO DEL BEBÉ

- Gorro, pañal, calcetines.
- La madre se cubrirá a sí misma y al bebé con su ropa habitual.

9. VIGILANCIA

Con atención especial en las primeras sesiones

- Posición canguro.
- Temperatura.
- Ritmo respiratorio.
- Cianosis.
- Vómitos.
- Convulsiones.
- Otros datos de estrés de acuerdo a tabla anterior.

10. DURACIÓN

- Sin límite de tiempo si está estable, mínima durante 60 minutos.
- En domicilio 24 horas, hasta las 40 semanas de edad corregida ó 2500 gramos de peso.
- Es una opción para transportar bebés pequeños.

11. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Se deba capacitar al personal sobre cómo:

- Transferir al bebé desde la incubadora o nido térmico hacia el pecho de la madre evitando hiperextensión o flexión de la cabeza.
- Animar y prestar apoyo a la madre o al portador de la posición canguro.
- Involucrar a la madre en todos los aspectos relativos a la atención al bebé.
- Empezar las acciones oportunas y apropiadas en cuanto se detecta un problema
- Adoptar las decisiones relativas al alta.
- Lactancia materna, alimentación por sonda nasogástrica, vaso, jeringa, succión al seno.



Bebe en Canguro amamantando



Como dar leche materna extraída en vasito

40

REGISTRAR

- a. Signos de tolerancia o reacciones adversas.
- b. Tiempo de aplicación del método.
- c. Succión.
- d. Adaptación de la madre y el bebé.

12. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Buen estado general.
- b. Lactancia materna exclusiva.
- c. Incremento adecuado de peso (+ 20 gramos/día).
- d. Adecuada coordinación respiración, succión, deglución.
- e. Estabilidad térmica.
- f. Madre entrenada en la posición canguro, lactancia materna, estimulación del niño e identificación de signos de alarma.
- g. Apoyo familiar.
- h. Compromiso de asistir cumplidamente a la consulta.

13. CONTROL AMBULATORIO

Consulta diaria: para vigilar adaptación ambulatoria y ganancia adecuada de peso, posteriormente se espacian los controles, una vez por semana, luego mensual.

VIII. TRANSMISIÓN MATERNA INFANTIL DE VIH

1. DEFINICIÓN

Es la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre al bebé, que puede darse durante el embarazo, el parto y postnatalmente por la lactancia.

2. CLASIFICACIÓN

La transmisión madre-niño (TMN) durante la lactancia puede ser:

- a. Postparto temprana **De 0 a 6 meses.**
- b. Post parto tardía **De 6 a 24 meses.**

3. EPIDEMIOLOGÍA

1. El 10% al 20% de las mujeres VIH positivo pasan el virus por la lactancia en 24 meses.
2. La probabilidad de transmisión por leche materna del HIV-1 es 0.00064 por litro ingerido y de 0.00028 por día de lactancia materna.
3. La alimentación subóptima es la causa subyacente en el 60% de las muertes en menores de 5 años en el mundo.

FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN POSNATAL

A. MADRE

- a. Estado de salud y estado inmune materno.
- b. Carga viral plasmática:
La carga viral es un predictor importante de la transmisión por leche materna del VIH. Si la carga viral es baja el riesgo es 4 veces menor que si fuera alta. (0,011 vs. 0,044) viral alta (Richardson 2003).
- c. Virus en Leche Humana.
- d. Inflamación de la mama (mastitis, absceso, grietas en el pezón).
- e. Nueva Infección VIH:
Una nueva infección durante la lactancia produciría nuevos "pulsos virales" con un incremento en el riesgo hasta 29% (Dunn y cols 1992).

B. LACTANTE

- a. Edad (primer mes).
- b. Duración de la lactancia.
- c. Lactancia Materna no exclusiva.
- d. Probabilidad que test HIV sea positivo es mayor para quienes reciben alimentación mixta en todos los meses de edad. Es la más baja para los bebés amamantados exclusivamente y menos para los que nunca amamantaron.
- e. Lesiones en la boca, intestino.
 - i. Prematurez, peso bajo al nacer.
 - ii. Factores genéticos – huésped/virus.

4. MECANISMOS PROBABLES DE TRANSMISIÓN

1. El mecanismo exacto se desconoce
2. Virus VIH en sangre pasa a la leche materna:
 - a. Asociado a la célula, se observan células libres de virus.
 - b. Los virus se liberan intermitentemente. Son indetectables en un 25% a 35%.
 - c. Los niveles varían en las muestras obtenidas al mismo tiempo entre los pechos.(Willumsen y cols. 2001).
3. Los virus pueden venir directamente de células infectadas en la glándula mamaria.
 - a. Producidas localmente en los macrófagos mamarios, linfocitos, células epiteliales (Becquart y cols. 2002).
4. El lactante consume VIH
VIH infecta al lactante a través de las superficies de la mucosa permeable, tejido linfoide, y/o lesiones en boca e intestinos.
5. No obstante los bebés amamantados consumen > 500.000virones, >25.000 células infectadas por día, la mayoría no se infecta (Lewis y cols, 2001).
6. Los factores inmunes de la leche materna y saliva juegan un rol importante (Miller y cols 2002, Sabbaj y cols 2002, Farquhar y cols 2002 Van der Perre y cols 1999, 1993,1988).

5. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

A. ELEMENTOS DE LACTANCIA MÁS SEGURA

- a. Lactancia exclusiva.
- b. Posición y agarre para amamantar apropiados para minimizar el riesgo de patología de mama.
- c. Buscar atención médica rápida para los problemas del pecho.
- d. Practicar sexo seguro.
- e. Terapia antirretroviral de acuerdo a normas.

6. PRINCIPIOS DE LA OMS PARA ALIMENTACIÓN DE LACTANTE Y VIH

PRINCIPIO 1:

Equilibrar la prevención del VIH con la protección de otras causas de mortalidad infantil como enfermedad diarreica, principal causa de mortalidad infantil y claramente asociada con lactancia artificial.

PRINCIPIO 2:

Integrar las intervenciones de VIH en los servicios de salud materna e infantil, acceso a pruebas de recuento de linfocitos CD4 y terapia antirretroviral o profilaxis apropiada para la salud de la mujer para prevenir la transmisión materno infantil del VIH.

PRINCIPIO 3:

Establecimiento de recomendaciones nacionales para la alimentación infantil en el contexto del VIH en base a: Lactancia materna y tratamiento antirretroviral O Evitar lactancia, decisión basada en las recomendaciones internacionales y la consideración de: contexto socio-económico y cultural de la población atendida, disponibilidad y calidad de los servicios de salud; epidemiología local, incluyendo la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas; principales causas de la desnutrición materno-infantil y principales causas de mortalidad infantil.

PRINCIPIO 4:

Cuando los medicamentos antirretrovirales no están inmediatamente disponibles, la lactancia materna puede aún proporcionar a los bebés nacidos de madres infectadas con VIH con una mayor probabilidad de supervivencia libre del VIH.

PRINCIPIO 5:

Informar a las madres que se saben infectadas por el VIH acerca de las alternativas de alimentación infantil.

PRINCIPIO 6:

La prestación de servicios para apoyar específicamente a las madres a alimentar adecuadamente a sus hijos.

PRINCIPIO 7:

Evitar el daño a las prácticas de alimentación infantil en la población general.

PRINCIPIO 8:

Aconsejar a las madres no infectadas con VIH o cuyo estado del VIH es desconocida.

PRINCIPIO 9:

Invertir en mejoras en las prácticas de alimentación infantil en el contexto del VIH.

RECOMENDACIONES OMS 2010

1. Asegurar a la madre reciba permanentemente el cuidado que ella necesita. La madre debe recibir drogas ARV mientras mantiene lactancia materna hasta los 12 meses.
2. ¿Qué prácticas de amamantamiento y por cuánto tiempo?
 - a. Las madres que conocen estar infectadas con VIH (y cuyos hijos no están infectados por VIH o que desconocen su estado serológico), deben amamantar a sus bebés exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, introducir alimentos complementarios adecuados a partir de entonces, y continuar la lactancia durante los primeros 12 meses de vida.
3. Cuando las madres decidan suspender la lactancia deberán hacerlo lentamente durante un mes.

4. Con que alimentar cuando las madres suspenden lactancia:
 - a. Menores de 6 meses
 - i. Fórmula comercial.
 - ii. Leche extraída tratada con calor.
 - b. Mayores de 6 meses
 - i. Fórmula comercial.
 - ii. Leche animal hervida.
 - iii. Alimentación complementaria.
5. Condiciones necesarias para alimentar con formula
 - a. Agua potable y medidas de sanidad.
 - b. La madre debe asegurar suficiente cantidad de formula.
 - c. Se debe tener la posibilidad de preparar la leche higiénicamente.
 - d. La familia debe apoyar la práctica.
 - e. La madre debe tener posibilidad de acceso a servicios de salud.
6. Leche extraída, tratada con calor.
7. Cuando el neonato está infectado con VIH:
 - a. A las madres se les recomienda **amamantar exclusivamente a sus bebés durante los 6 primeros meses de vida** y continuar la lactancia materna como en las recomendaciones para la población general hasta los dos años o más.
 - b. El bebé debe recibir terapia antiretroviral.

IX. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉNICA ASOCIADA A LA LACTANCIA MATERNA INADECUADA

1. DEFINICIÓN

Es un proceso relacionado con una inadecuada ingesta de leche, en la mayoría de los casos secundaria a la mala técnica de lactancia, con natremia > 150 mOsm/L. Se reporta una pérdida de peso entre 3 y 29 %.

2. ETIOLOGÍA

Ingesta inadecuada de leche.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta generalmente entre los 3 y 21 días en recién nacidos a término previamente sanos. La literatura reporta una incidencia de 1.9 % con incremento en los últimos años.

FACTORES DE RIESGO

- Madre primípara o sin experiencia en lactancia.
- Parto por cesárea.
- Alta precoz.
- Incumplimiento del paso 5.
- Periodo intergenésico prolongado.
- Falta de percepción materna de la gravedad de la enfermedad del niño.

4. CUADRO CLÍNICO

Síntomas generales: Fiebre, irritabilidad, ictericia, oliguria.

5. CLASIFICACIÓN

DESHIDRATACIÓN LEVE	DESHIDRATACIÓN
Ictericia	Fiebre
Fontanela anterior deprimida	Irritabilidad, hipoactividad, somnolencia
Mucosas secas	Letargia
Oliguria	Succión débil
Irritabilidad	Ictericia
Succión débil	Fontanela anterior deprimida
Fiebre	Mucosas secas
Hipoactividad	Pliegue positivo
Somnolencia	Hipertonía, contracturas musculares en
Persistencia de meconio	Dedos de manos y pies
	Abdomen excavado
	Piel empastada
	Oliguria
	Persistencia de meconio

6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Glicemia.
- Electrolitos séricos.
- Bilirrubinemia.
- Creatinina.
- NUS.
- Hemograma – plaquetas.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sepsis.
- Hipoglicemia.

8. TRATAMIENTO

La deshidratación hipernatémica se corrige más fisiológicamente cuando se usa la vía oral, esta hipernatremia es crónica y como tal exige una corrección lenta que evite el edema cerebral y sus consecuencias a veces fatales.

A. REHIDRATACIÓN ORAL

- Deshidratación Leve:** Aporte generoso de leche materna al seno o administración de leche extraída, sales de rehidratación.
- Deshidratación Moderada:** Sales de Rehidratación ORAL osmolaridad reducida o baja osmolaridad: 245 mmol/L con cálculo de 50 a 100 ml/kg en 4 horas, administrando por succión o gastroclisis, evaluando tolerancia (nauseas, vómitos, distensión abdominal). Reevaluar periódicamente durante la rehidratación y al concluir el esquema.
- Rehidratación En Paciente Desnutridos:** Rehidratación lenta SRO de baja osmolaridad 50-100 ml/kg en 8 a 12 horas.

B. CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE VIA ORAL

Distensión abdominal, vómitos, alteraciones neurológicas como estupor o coma.

- Reiniciar Alimentación:** a la conclusión del plan de rehidratación, corrigiendo las deficiencias en la técnica de lactancia.
- Fototerapia**
- Control Laboratorial de Seguimiento:** Natremia para vigilar la corrección de los valores séricos, bilirrubinemia, creatinina, NUS.

9. CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- Signos de deshidratación.
- Mala técnica de lactancia o problemas de succión del neonato.

10. PREVENCIÓN

- Examen físico diario.
- Mostrar a la madre como amamantar especialmente en las primeras 6 horas, y como mantener la lactancia en caso de separación PASO 5.
- Verificar técnica de lactancia (posición, agarre,) y ausencia de grietas de pezones maternos.

- d. Vigilar presencia de fiebre, ictericia, diuresis y deposiciones.
- e. No dar alta a neonato con mala técnica de lactancia.
- f. Control postnatal dentro las 48 horas posteriores al alta en pacientes de riesgo.

11. RECOMENDACIONES AL ALTA

Orientar a la madre a:

- a. Alimentar al seno a demanda 10 a 12 veces al día.
- b. Controlar frecuencia de diuresis , no menor a 6 en 24 horas.
- c. Reconsultar en caso de oliguria, fiebre o ictericia.
- d. Solicitar ayuda para amamantar si se presenta dolor o lesiones en pezones.

X. CERVICODORSALGIA DURANTE LA LACTANCIA

1. DEFINICIÓN

La cervicalgia aguda es un dolor de aparición reciente que a menudo se acompaña de una limitación importante de la movilidad de la columna cervical como consecuencia de una acusada contractura muscular.

2. EPIDEMIOLOGÍA

- a. La cervicalgia es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria: su incidencia anual está entre el 12 y el 34%.

3. ETIOLOGÍA

Cuando la puérpera, adopta posiciones incorrectas para amamantar provoca contracturas musculares muy dolorosas.



Como se advierte en la foto, la madre ha descendido el hombro derecho.

Sujeta a su bebé con la palma de la mano lo cual se traduce en esfuerzo muscular.

48

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS



- Dolor.
- Limitación al movimiento.
- Contractura muscular.
- Parestesias.
- Rigidez local.
- Cefaleas.
- Dolor referido.
- Acufenos (eventualmente).

Esto se traduce en contractura de los músculos siguientes:



5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- a. Exploración física.
- b. Palpación de la musculatura paravertebral para detectar contracturas.
- c. Palpación de las apófisis espinosas de las vértebras cervicales.
- d. Movilidad del cuello (activa, pasiva y contra resistencia) en los 3 planos de movimiento: flexión/extensión, rotación e inclinación lateral.
- e. Exploración neurológica: fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos según las raíces afectadas.
- f. Exploración del hombro y de la escápula.

6. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- a. Dolor EVA 10 persistente, cefalea occipital de gran intensidad.
- b. Imposibilidad de movimiento, fiebre y rigidez de nuca.
- c. Nauseas, vómitos distonía.
- d. Acúfenos disfagia.
- e. Astenia adinamia.

7. TRATAMIENTO MÉDICO

Se asocian un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, y un relajante muscular (clorsoxazona, diazepam, tetrazepam); si no hay respuesta se añaden analgésicos (paracetamol, codeína o tramadol).

8. TRATAMIENTO KINESIOLÓGICO

Se podrá iniciar precozmente fisioterapia, si el cuadro clínico no empeora.

- a. Calor local 15 minutos región Cervico dorsal.
- b. Masoterapia descontracturante.
- c. Elongaciones y estiramientos (movilización activa cervicodorsal, con movimientos laterales, flexo extensión, rotación; movilización de cintura escapular).
- d. Movimiento isométrico de musculatura cervical y cinturón escapular.
- e. Ejercicios propioceptivos.
- f. Terapia Manual (tracción).
- g. Taping Neuro Muscular.
- h. Técnicas de relajación.

9. PREVENCIÓN

- a. Corregir la posición y el agarre.
- b. Ergonomía.
- c. Higiene Postural.

XI. DISFUNCIÓN MOTORA ORAL DEL PATRÓN SUCCIÓN DEGLUCIÓN

1. DEFINICIÓN

La succión deglución es el mecanismo por el cual el bebé extrae la leche del pecho y estimula el reflejo de deglución.

2. ETIOLOGÍA

La alteración de este mecanismo de succión deglución ocurre por:

- Prematurez.
- ARB.
- Patrón postural anormal de niño y madre.
- Incorrecta dinámica de alimentación por parte de la madre.
- Empleo de instrumentos no adecuados (chupón).

3. CUADRO CLÍNICO

Las disfunciones orales son las perturbaciones del patrón de succión-deglución correcto, y pueden ser:

- Las primarias, son consecuencia de la inmadurez, de características anatómicas individuales que dificultan el encaje o de alteraciones neurológicas transitorias o permanentes que dificultan la posición del bebé para mamar, llevándolo a adquirir posturas atípicas.
- Las disfunciones orales secundarias se producen cuando el bebé modifica su patrón original de succión-deglución para evitar el dolor facial (uso de fórceps) o por ciertas prácticas hospitalarias iatrogénicas (uso de chupete y biberón en el período neonatal).
 - Movimientos de extensión de nuca y brazos.
 - Dificultadas de coordinación de la succión, deglución y respiración.
 - Deglución con interposición lingual.
 - Funcionalidad labial muy reducida.
 - Dificultad en la adquisición de la masticación.
 - Motricidad reducida de la lengua.
 - Derrame del contenido bucal.
 - Presencia de dolor.
 - Traumatismos del pezón o exfoliación del tejido mamario.

4. DIAGNÓSTICO

Clínico

Respuesta a los ejercicios

5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

La observación de una toma es la herramienta más indicada para la detección de este tipo de disfunciones y debe contemplar no sólo aspectos del funcionamiento oral sino también los relacionados con la postura de la madre y el niño para mamar, el comportamiento del bebé al succionar, las características anatómicas

y funcionales del pecho y el tipo vínculo afectivo establecido entre el bebé y su madre. Es importante observar al binomio madre-hijo antes, durante y después de la toma a fin de evaluar las respuestas de ambos en cada momento y comprobar la ausencia de dolor materno y el grado de satisfacción del bebé una vez finalizada la toma. En el caso de detectar alguna dificultad relativa al funcionamiento oral, se procederá a la evaluación sensorio-motora-oral del bebé.

6. CRITERIOS PARA SOLICITAR INTERCONSULTA

- Ausencia del reflejo de búsqueda.
- Ausencia de reflejo de deglución.
- No responde a los ejercicios.
- Presencia de daño neurológico.
- Presencia de patología respiratoria.
- Malformación orofacial.

7. TRATAMIENTO

A. ESTIMULACIÓN OROFACIAL

- Realizarlo siempre antes de la toma de leche.
- Aprovechar el estado de alerta y la sensación de hambre del bebé.
- La elección de los ejercicios dependerá del tipo y grado de gravedad de las alteraciones de la función oral, no en todos los casos se realiza toda la rutina.
- No debe sobrepasar los 5 min. para no cansar o estresar al bebé.
- Seguir la orientación desde lo distal (región peri oral) a lo proximal (región intra oral).
- Aplicar periódicamente y modificar en función de la evolución de cada bebé (1 c/día).
- Repetir 10 veces cada ejercicio.

B. EJERCICIOS PERIORALES

- Deslizamiento en las mejillas desde la comisura labial hacia la oreja con intensidad media.
- Círculos ascendentes desplazando las mejillas intensidad alta.
- Círculos descendentes desplazando las mejillas intensidad alta.
- Vibración en puntos motores.

C. EJERCICIOS INTRAORALES

- Círculos ascendentes en caras internas de las mejillas separando de las encías, intensidad media.
- Círculos descendentes en caras interna de las mejillas separando de las encías, intensidad media.
- Círculos sobre las encía superiores de derecha a izquierda, intensidad baja.
- Círculos sobre las encía superior de izquierda a derecha, intensidad baja.
- Círculos sobre las encía inferior de derecha a izquierda, intensidad baja.
- Círculos sobre las encía inferior de izquierda a derecha, intensidad baja.
- Vibraciones sobre el paladar.
- Movimientos de punta de la lengua, primero hacia abajo y luego hacia dentro.
- Círculos alrededor de la lengua, primero en un sentido y luego en otro.

8. CRITERIOS DE EGRESO

Succión y Deglución exitosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS/UNICEF IHAN Revisada, Ampliada e Integral 2006 al 2009.
2. WHO/CDR/93.3-5 Breastfeeding Counselling Course.
3. Quigley M, Kelly Y, Sacker A Lactancia y Hospitalización por Diarrea, Infección Respiratoria en el Reino Unido Estudio de Cohorte del Milenio *Pediatrics* 2007 119,4: 837-842.
4. Araujo ED, Gonçalves AK, Cornetta, MC., Cunha H, Evaluation of the Secretary Immunoglobulin A levels in the Colostrum and Milk of Mothers of term and Pre term Newborns *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2005;9(5) 357-362.
5. Siqueira R, Monteiro C, Breastfeeding and obesity in school-age children from families of high socioeconomic status *Rev. Saúde Pública* 2007;41(1) 1-7.
6. Wright CM, Waterston AJR Relationships between paediatricians and infant formula milk companies *Arch. Dis. Child* 2006;91:383-385.
7. Qiu L, Xie X, Lee A, Binns CW Infants first feeds in Hangzhou, PR China *Asia Pac J Clin Nutrition* 2007;16:458-61.
8. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.
9. American Academy of Pediatrics The transfer of Drugs and other Chemicals into Human Milk *Pediatrics* 2001;108:776-789.
10. Organización Mundial de la Salud Pruebas Científicas de Los 10 pasos para una Feliz Lactancia Natural 1998.
11. Badner A, Quiroz K, INFLUENCIA DEL CONTACTO INMEDIATO DEL RECIEN NACIDO CON LA MADRE EN LA REGULACION TERMICA *Rev. Soc. Bol. Ped.* - 2002; Vol 41 No.(2).
12. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: A Meta Analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
13. Bartos A. Lactancia materna 1990: influencias socio-culturales. *Rev Soc Bol Ped* 1991; 30(s):47-56.
14. Bartos A. Lactancia materna 1990: influencias del sector de salud. *Rev Soc Bol Ped* 1991; 30(s):57-64.
15. Casanovas C. Lactancia, drogas y contaminantes. *Rev Soc Bol Ped* 1994; 33:35-42.
16. Sandoval O. Lactancia materna y habitación compartida. En: Mazzi E, Sandoval O, eds. *Perinatología*. 2ª ed. La Paz: Elite Impresiones; 2002.p.1198-206.
17. Saunero R. Lactancia materna y el personal de salud. *Rev Soc Bol Ped* 1991; 30(s):76-81
18. Saunero R. Relactación. En Mazzi E, Sandoval O, eds *PERINATOLOGIA* 2da Edición 2002, La Paz, Elite impresiones p 207-209.
19. K C Evans, R G Evans, R Royal, A J Esterman and S L James Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal newborn over the first week of life *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2003;88;380-382.
20. N K Angelsen, T Vik, G Jacobsen and L S Bakketeig Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years *Arch. Dis. Child.* 2001;85;183-188.
21. American Academy of Pediatrics Breastfeeding and the Use of Human Milk *Pediatrics* 2005;115:496-506.
22. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths due to infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22.

23. Francisco A, Morris J, Hall AJ, Schellenberg JRMS, Greenwood BM. Risk factors for mortality from acute lower respiratory tract infections in young Gambian children. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 1174–82.
24. Ghana VAST Study Team. Vitamin A supplementation in northern Ghana: effects on clinic attendances, hospital admissions, and child mortality. *Lancet* 1992; 342: 7–12.
25. Hanson LS, Ashraf R, Zaman S, Karlber J, Lindblad BS, Jalil F. Breastfeeding is a natural contraceptive and prevents disease.
26. Yoon P, Black RE, Moulton LH, Becker S. Effects of not breastfeeding on the risk of diarrhoeal and respiratory mortality in children under 2 years of age in Metro Cebu, the Philippines. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 1142–48.
27. Garenne M, Fontaine O. Assessing probable causes of deaths using a standardized questionnaire: a study in rural Senegal. In Vallin J, D'Souza S, Palloni A (eds). *Measurement and analysis of mortality*. Oxford: Clarendon Press, 1986: 123–42.
28. Habicht JP, DaVanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are potential benefits due to biases? *Am J Epidemiol* 1986; 123:279–90.
29. Sauls HS. Potential effect of demographic and other variables in studies comparing morbidity of breast-fed and bottle-fed infants. *Pediatrics* 1979; 64: 523–27.
30. Victora CG. Case-control studies of the influence of breastfeeding on child morbidity and mortality: methodological issues. In: Atkinson SA, Hanson LA, Chandra RK, eds. *Breastfeeding, nutrition, infection and infant growth in developed and developing countries*. St John's, Canada: ARTS Biomedical Publishers and Distributors, 1990:405–18.
31. Bauchner H, Leventhal JM, Shapiro ED. Studies of breast-feeding and infection: how good is the evidence? *JAMA* 1986;256: 887–92.
32. Feachem RG, Koblinski MA. Interventions for the control of diarrheal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1984; 62: 271–91.
33. Habicht JP, DaVanzo J, Butz WP. Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. *Pediatrics* 1988; 81: 456–61.
34. Goldberg HI, Rodrigues W, Thome AMT, Janowitz B, Morris L. Infant mortality and breastfeeding in Northeastern Brazil. *Popul Stud* 1984; 38: 105–15.
35. Plank SJ, Milanese ML. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bull World Health Organ* 1973; 48: 203–10.
36. Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, da Silva AP. Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ* 1994; 308: 1403–06.
37. Palloni A, Aguirre GP, Lastiri S. The effects of breastfeeding and the pace of childbearing on early childhood mortality in Mexico. *Bull Pan Am Health Organ* 1994; 28: 93–111.
38. Declaración de Consenso del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños, 2006 (Comunicación Oficial de OMS, aun no publicada).
39. Moore ER, Anderson GC, Bergman N Contacto temprano piel a piel entre madres y sus recién nacidos sanos (Revisión) *The Cochrane Collaboration* 4,2007
40. Edmond K, Zandoh C, Quigley M, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood R Delayed Breastfeeding Increases Risk of Neonatal Mortality 2006;117:e380-e386.

41. Smith J, Plaat F, Fisk NM The natural caesarean: A woman centered technique. *BJOG* 2008; 115:1037–1042.
42. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., December 2007.
43. Bárcenas G, Programa Madre Canguro Medicina Basada en la Evidencia. *Rev.Fac.Med UN Colombia* 2003. Vol 51;2:80-86.
44. Gómez Papi A. El método de la madre canguro. *Acta Pediátrica Esp.* 2007;65(6):286-291.
45. Department of Reproductiva Health and Research, World Health Organization . Kangaroo mother care a practical guide. Geneva: Ist Edition. 2003.
46. Department of Making Pregnancy Safer World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Child. Recommended Intervention for Improving Maternal and Newborn Health. Génova: Second Edition WHO 2009.
47. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL., Belizan JM, Kangaroo Mother Care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infanti. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003, (2): CD02771.
48. Ruiz-Pelaez. J.G, Charpak N. and Cuervo L.G., Kangaroo Mother Care an example to follow from developing countries. *British Medical Journal.* 2004, 13,329 (7475), 1179-1181
49. Ruiz J.G, Charpak N et al. «Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el Recién Nacido Pre término y/o de bajo peso al nacer » Fundación Canguro y Departamento de epidemiología y estadística, Universidad Javeriana; Bogotá, Colombia. 2007.
50. Sloan N. et al, Community-Based Kangaroo Mother Care to Prevent Neonatal and Infant Mortality: A Randomized, Controlled Cluster Trial. *Pediatrics* Vol. 121 No. 5 May 2008, pp. e1047-e1059 (doi:10.1542/peds.2007-0076.
51. Charpak N et al.Kangaroo Mother Care: 25 years after *Acta Pædiatrica*, 2005; 94: 514–522
52. Klaus M, Kennel J. Cuidado de los padres. *Cuidados de Recién Nacido de Alto Riesgo* .2003.C 7:128.
53. VIH transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, World Health Organization, 2004 (summarized by Ellen Piwoz).
54. Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO 2010.
55. Richardson BA. *J Infect Dis* 2003; 187(5): 736-40 . MEDLINE® is the source for the citation and abstract of this record.
56. Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L et al 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.
57. S.B. Durhand, Dificultades Orales en el Inicio de la Lactancia.
58. Clínicas Pro dental SL 2011 Nidia Patricia Cedeño, Biomecánica Succión – Respiración – deglución. Y.Xhardez, vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional, ed. El ateneu, 4ª ed 2000 Buenos aires.
59. Prieto JM. Exploración del aparato locomotor: generalidades. *Columna Cervical. Plexo braquial.* Madrid: Sanofi Winthrop. 1996.
60. Schnake V. Fisiología de la Succión y Deglución.

61. Mercer et al. Delayed Cord Clamping in Very Preterm Infants Reduces the Incidence of Intraventricular Hemorrhage and Late-Onset Sepsis: A Randomized, Controlled Trial. *PEDIATRICS* Volume 117, Number 4, April 2006.
62. Hutton & Hassan. Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates. Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *JAMA*, March 21, 2007—Vol 297, No. 11.
63. Camila Chaparro y Chessa Lutter (Organización Panamericana de la Salud). Más allá de la supervivencia.
64. Mc. Donald et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. REVIEW. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
65. Moritz ML, Ayus J.C., Preventing neurological complications from dysnatremias in children *Pediatr Nephrol* (2005) 20:1687–1700.
66. Moritz ML., Manole MD, Bogen DL et al. Breastfeeding-Associated Hypernatremia: Are We Missing the Diagnosis? *Pediatrics* 2005;116:3437.
67. Ramirez JA, Coccia PA. Homeostasis del sodio y del agua en el recién nacido prematuro. Hipernatremia asociada a la alimentación con pecho. En Ceriani Cernada JM. Neonatología Práctica. 4ª ed. Buenos Aires. Medica Panamericana; 2009.p. 582-88.
68. Martín Morales JM, Deshidratación y Lactancia Materna. En Manual de Lactancia Materna De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana; 2008.p.389-92.
69. Trotman H, Antoine M, Barton M., Deshidratación Hipernatrémica en Bebés Amamantados Exclusivamente al Pecho: una Complicación Potencialmente Fatal. *West Indian Med J* 2006; 55 (4): 282-285.
70. Coman D., Mercer H. Severe hypernatraemic dehydration in a breast-fed neonate. *J.Paediatr Child Health* (2005) 41, 458-459.
71. Ballesteros del Olmo JC y cols. Readmisión hospitalaria a una UCIN por problemas asociados a la lactancia materna *Rev Mex Pediatr* 2007; 74(6); 260-265.
72. Unal S et al Breastfeeding-associated hypernatremia: Retrospective analysis of 169 term newborns. *Japan Pediatric Society. Pediatrics International* (2008) 50, 29–34.
73. Mejía H. Sales de Rehidratación Oral: de Osmolaridad reducida y otras Sales de Rehidratación, *Revista Boliviana de Pediatría*. Agosto 2006. Vol.45. Nº 3.
74. Oddie S, Richmond S and Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch. Dis. Child*. 2001; 85; 318-320.
75. Adrogue H, Madias N, Hypernatremia. *The New England Journal of Medicine*, Volume 342 Number 20: 1493-1499.
76. Peñalver O, Gisbert J, Bernal A, Oltra M, Tomás M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna *An Pediatr (Barc)* 2004;61(4):340-3.
77. Rosenbloom A, Permanent Brain Damage from Hypernatremic Dehydration in Breastfed Infants: Patient Reports. *Clinical Pediatrics* November/December 2004 ,43: 855-857
78. Karadag et al., Hypernatremic dehydration and superior sagittal sinus thrombosis. *J. Perinat. Med.* 35 (2007) 82–83.
79. Pizarro T.D. Hipernatremia. En *Alteraciones Hidroelectrolíticas en Pediatría*. Luis Velasquez Jones. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1991. P.66-82.

ANEXO 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Lactancia Materna Inmediata o precoz:

Es la lactancia en la sala de parto, luego de realizado el apego precoz, durante la hora inmediata al parto, cuando las condiciones del bebé y la madre así lo permiten.

Lactancia Exclusiva:

Cuando un lactante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes de suplementos vitamínicos o minerales, o medicamentos.

Lactancia Prolongada

Lactancia hasta los dos años por lo menos, con inicio de alimentación sólida a los 6 meses.

Alimentación artificial: alimentación con sucedáneos de la leche materna.

Alimentación combinada o mixta: alimentación con leche materna y otros alimentos o líquidos.

Alimentación complementaria: el niño recibe ambos, leche materna o sucedáneos de la leche materna y comida sólida o semisólida.

Alimentación de sustitución (o sustitutiva): alimentación de lactantes que no reciben leche materna con una dieta que provee los nutrientes necesarios hasta la edad en la cual pueden ser completamente alimentados con los alimentos que consume la familia. Durante los primeros seis meses de vida, la alimentación de sustitución debe ser con un sucedáneo adecuado de la leche materna. Después de los seis meses el sucedáneo adecuado de la leche materna debe ser complementado con otros alimentos.

Alimentación con biberón: alimentación mediante un biberón, sea cual sea el contenido, el cual puede ser leche materna extraída, agua, leche artificial, o cualquier otro alimento o líquido.

Alimentación con taza: ser alimentado o tomar de una taza abierta, sin importar su contenido.

Alimento complementario: cualquier alimento, sea fabricado industrialmente o preparado localmente, utilizado como complemento a la leche materna o a un sucedáneo de la leche materna.

Consejería sobre la alimentación infantil: consejería sobre la lactancia materna, la alimentación complementaria y, para mujeres VIH-positivas, sobre el VIH y la alimentación infantil

“Dispersión”: término utilizado para indicar el comportamiento de alimentación de madres nuevas que saben que son VIH-negativas o que desconocen su estado de infección por el VIH – quienes no dan el pecho, o sólo amamantan por un período corto de tiempo, o practican la alimentación combinada debido a temores infundados sobre el VIH o por información errónea o debido a la fácil disponibilidad de sucedáneos de la leche materna.

Estado desconocido de infección por el VIH: se refiere a personas que no se han hecho pruebas del VIH o desconocen el resultado de las pruebas que se han hecho.

Fórmula comercial infantil: sucedáneo de la leche materna creado industrialmente según los estándares aplicables del Código Alimentario para satisfacer los requisitos nutricionales de lactantes durante los primeros meses de vida hasta la introducción de alimentos complementarios.

Infectado por el VIH: se refiere a personas que están infectadas con el VIH, sean o no conscientes de su estado de infección.

Lactante: persona de 0 a 24 meses de edad.

Leche animal modificada en el hogar: un sucedáneo de la leche materna, preparado en el hogar, a partir de leche animal fresca o procesada, adecuadamente diluida con agua y con la adición de azúcar y micronutrientes.

Programa: grupo de actividades organizadas diseñadas para prevenir la transmisión del VIH de madres a sus lactantes o niños pequeños.

Pruebas y consejería para VIH: pruebas para conocer el estado de infecciones con el VIH, precedidas y seguidas por consejería. Las pruebas deben ser voluntarias y confidenciales, con un consentimiento enteramente informado. La expresión abarca los siguientes términos: *consejería y pruebas voluntarias, consejería voluntaria y pruebas voluntarias y consejería y pruebas confidenciales y voluntarias*. La consejería es un proceso, no un evento único: para el cliente

VIH-positivo debe incluir planificación de vida y si el cliente es una mujer embarazada o acaba de dar a luz, debe incluir consideraciones en cuanto a la alimentación infantil.

Síndrome de Inmunodeficiencia Aguda (SIDA): condición patológica activa que sigue al estado temprano y asintomático de ser VIH-positivo.

Sucedáneo de la leche materna: cualquier alimento vendido o representado como reemplazo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este propósito.

Interrupción de lactancia materna: suspensión completa y definitiva de la lactancia materna, incluyendo el apego y la succión.

Transmisión materna infantil (Transmisión de la madre al hijo, o Transmisión vertical): transmisión del VIH de una mujer infectada con el VIH a su niño durante el embarazo, parto o lactancia. El término se utiliza aquí porque la fuente inmediata de infección del niño con el VIH es la madre. El uso del término *transmisión de la madre al hijo o materno infantil* no implica culpabilidad, sea la madre consciente o no de su propia infección. Una mujer puede contraer el VIH mediante el sexo sin protección con una pareja infectada, al recibir sangre contaminada, mediante el uso de instrumentos no esterilizados (en el caso de drogadicción), o mediante intervenciones médicas contaminadas.

VIH-negativo: se refiere a personas que se han hecho pruebas del VIH y que saben que sus resultados fueron negativos, o a niños pequeños que han tenido resultados negativos y cuyos padres cuidadores o tutores conocen los resultados.

VIH-positivo: se refiere a personas que se han hecho pruebas del VIH y que saben que sus resultados fueron positivos, o a niños pequeños que han tenido resultados positivos y cuyos padres cuidadores o tutores conocen los resultados.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): el virus que causa el SIDA. En este documento, el término VIH significa el VIH-1. La transmisión materna infantil del VIH-2 es rara.

ANEXO 2

EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE

Si la madre trabaja, o por alguna otra razón debe separarse del bebé, es importante indagar sobre el horario de trabajo para ayudarlo y enseñarle cómo y cuándo sacarse la leche.

La extracción de leche es útil para:

- Aliviar la congestión mamaria.
- Aliviar y destapar un conducto obstruido.
- Alimentar a un bebé que tiene dificultad en coordinar la deglución.
- Alimentar a un bebé que "rechaza" el pecho mientras aprende a mamar.
- Alimentar a un bebé enfermo o prematuro.
- Mantener la producción de leche cuando la mamá o el bebé estén enfermos.
- Dejarle la leche al bebé mientras la madre se va a trabajar.
- Evitar que gotee la leche cuando la mamá se separa del bebé.
- Mejorar el agarre con un pecho hinchado, o lleno.
- Exprimir la leche directamente en la boca del bebé.
- Evitar que la leche se seque.



58

PROCEDIMIENTO

Para ayudar a que baje la leche, la madre debe:

- Estar tranquila.
- Pensar en el bebé, ver su foto.
- Aprovechar el reflejo de succión y bajada de leche.
- Si se siente muy tensa, le pueden ayudar masajeando la espalda de acuerdo al gráfico.
- En caso de estar lejos del bebé, debe sacarse la leche por lo menos cada dos horas para mantener el flujo de leche.



- Lavarse las manos.
- Lavar el recipiente y llenarlo con agua hirviendo.
Con esto se matan la mayoría de las bacterias.
- Vaciar el recipiente con agua antes de empezar a exprimirse la leche materna.
- Masajear el pecho alrededor de la areola, en forma circular, con movimientos circulares de los dedos.
- Colocar los dedos detrás de la areola.
- Apretar (comprimir) hacia las costillas y exprimir la glándula.



MENSAJES CLAVES

- La expresión frecuente y eficiente es esencial para la producción de leche.
- El masaje y la expresión simultáneas incrementa el volumen de leche en el periodo inmediato al parto pre-término.
- El contenido de grasa es también mayor cuando se extrae la leche de ambas mamas.
- La vigilancia del creatinocrito es muy útil para asegurar una expresión de leche útil.



59

CONSERVACIÓN DE LA LECHE

¿Cómo conservar la leche?

- Si no se dispone de refrigerador la leche extraída se puede guardar a temperatura ambiente, en un lugar oscuro, el más fría de la casa, en recipiente con agua fría, con sal y hielo.
- Se coloca en frascos pequeños con nombre, fecha y hora de la extracción.
- Quitar el frío antes de dar al bebé. No calentar ni hacer hervir, no utilizar el microondas.
- La leche dura hasta 8 horas a temperatura ambiente.
- Dura meses congelada. Para descongelarla debe dejarse en la parte baja del refrigerador, luego descongelar a temperatura ambiente.
- El chorro de agua fría también ayuda a descongelar la leche.



¿QUÉ DEBEMOS RECORDAR?

¿Qué debemos recordar antes de ir al trabajo?

- Extraer la leche con anticipación.
- Reunir la leche extraída días antes de volver al trabajo.

¿Qué tenemos que recordar en el trabajo?

- Extraerse la leche por lo menos cada 2 horas en el trabajo para que el pecho no se seque.
- La leche se puede guardar o eliminar.



¿CÓMO DAR LA LECHE EXTRAIDA AL BEBÉ?

Una vez entibiada la leche:

- Dar en vaso, taza, cucharilla o jeringa.
- No utilizar biberón.
- Para utilizar el vaso u otro recipiente, la persona debe entrenarse.



ANEXO 3

MEDICAMENTOS Y LACTANCIA

A. Suspensión definitiva de la lactancia:

1. Si la madre recibe drogas citotóxicas que pueden interferir con el metabolismo celular del bebé amamantado como: Ciclofosfamida, Ciclosporina, Doxorubicina y Metotrexate.
2. Drogas que provocan adicción como: anfetaminas, cocaína, heroína, fenciclidina, marihuana.
3. En caso de galactosemia del niño.

B. Suspensión temporal de la lactancia:

1. Si la madre recibe compuestos radioactivos como: Cobre 64, Gallium 67, Indium III, Yodo 123, Yodo 125, Yodo 131, Yodo (tratamiento del Ca de tiroides) Sodio radioactivo, Tecnecio 99, macroagregados.
2. Cirugías programadas.

C. Drogas cuyo efecto en los bebés amamantados se desconoce pero preocupa:

1. Ansiolíticos como el Temazepan.
2. Antidepresivos como la Fluoxetina
3. Antipsicóticos como la Clorpromazina, Haloperidol
4. Otros Amiodarona, Cloranfenicol, Clofazimine, Lamotrigina, Metronidazol y Tinidazo

D. Drogas que han sido asociadas a efectos significativos en algunos bebés y deben administrarse a la madre con precaución:

Acebutolol, 5-Aminosalicico, Atenolol, Bromocriptina, Aspirina, Clemastina, Ergotamina, Litio, Fenindiona, Fenobarbital, Primidona, Sulfazalacina.

E. Alimentos y contaminantes

Bromuro en laboratorios fotográficos, hexaclorobenzeno (rash), plomo (posible neurotoxicidad), mercurio (puede afectar el neurodesarrollo) bifenilos policlorinados (hipotonía), silicona (dismotilidad esofágica), tetracloroetileno (ictericia obstructiva), dieta vegetariana (signos de deficiencia de B 12

F. Medicación generalmente compatible con lactancia

Acetaminofen	Cicloosenna	lohexol	Fenilbutazona
Acetazolamalde	Vita D (Ver niver senco de calcio si madre recibe dosis farmacológicas)	lopanoico ácido	Fenitoma
Acicretina		Isoniacida (ninguno acetil -hepatotóxico-metabolito secretado pero no hepatotoxicidad en lactantes)	(metahemoglobinemia 1 caso)
Acyelovir	Diatrizoato	Interferon-a	Piroxicam
Alcohol (dosis pequeñas)	Digoxina	Ivermectin	Prednisolona
Alopunnol	Diltiazem	Metadona	Procainamida
Amoxicilina	Dipirona	Metimazole	Progesterona
Antimonio	Disopiramida	Metohexital	Propoxifeno
Atropina	Domperidona	Metildopa	Propanolol
Azapropazona	Difilina (se concentra en la leche, ningún efecto)	Metiprilon (mareo)	Propitiracilo
Aztreonam	Enalapril	Metoprolol (se concentra en leche, ningún efecto)	Pseudoefedrina (se concentra en leche, ningún efecto)
Bl, B6, B12	Eritromicina (se concentra en la leche, ningún efecto)	Metrizamida	Piridostigmina
Baclofen	Dantron (incrementa actividad Intestinal)	Metrizoato	Pirimetamina
Barbitúricos (ver tabla 5)	Dapsone (sulfonamida en orina del lactante)	Mexiletine	Quinidina
Bendroflumetiazida (suprime la lactancia)	Dexbromfeniramina maleato (llanto, irritabilidad alto sueño)	Minoxidil	Quinina
Bishidroxicumarina	Estradiol (sangrado vaginal al retiro)	Morfina (el lactante puede tener Mefenámico	Ribofitvina
Bromuro (54 g/ rashdebilidad)	Etambutols	K1 (vitamina)	Rifampicina
Butarfenol	Etanol	Kanamicina	Escopolamina
Cafeína (3 a 4 tazad/d	Etosuximida	Ketoconazole	Secobarbital
Irritabilidad, excrec lenta)	Fentanil	Ketorolaco	Senna
Captopril	fexofenadín	Levonogestrel	Sotalol
Carbamazepina	Flecainida	Loyotiroxina	Espironolactona
Carbetocin	Fleroxacina (400mg a la madre suspender lact. por 48 h)	Lidocaina	Estreptomocina
Carbimazole (bocio)	Fluconazole	Loperamida	Sulboctam
Cascara	Flufenamico ácido	Loratadina	Sulfapiridina (precaución en PT enfermo, lactante enfermo o deficiencia de G-6-PD)
Cafádroxil	Fluoresceína	Sulfato de Magnesio	Su/sfoxazole (precaución en PT enfermo, lactante enfermo o deficiencia de G-6-PD)
Cefazolin	Folico ácido	Medroxiprogesteroan	Sumatriptan
Cefotaxime	Gadolinium	Mefenámico ácido	Suprofeno
Cefoxitin	Gentamicina	Meperidina	Terbutalina
Cefprozil	Sales de oro	concentraciones medibles en plasma)	Terfenadina
Ceftazidime	Halotano	Moxalactam	Tetraciclina (absorción trazas, ningún efecto)
Ceftriaxona	Hidralazina	Nadolol (se concentra en leche, ningún efecto)	Teofilina (irritabilidad)
Hidrato clorar (somnolencia)	Hidroclorotiazida	Nalidixico ácido (hemólisis en deficiencia (G-6-PD)	Tiopental
Cloroformo	Hidroxicloerquina	Naproxeno	Tiouracilo (no utilizada en USA)
Cloroquina	Ibuprofeno	Nefopam	Ticarcilina
Clorotiazida	Indometacina (convulsiones 1 caso)	Nifedipino	Timolol
Clortalidona (excreción lenta)	Yoduro (puede afectar función tiroidea)	Nitrofurantoína (Hemólisis en deficiencia G-6-PD)	Tolbutamida (posible ictericia)
Cimetidlna (se concentra en la leche, ningún efecto)	Yodo (bocio)	Noretinodrel	Tolmetin
Ciproflodxacina	Yodo povidóna (en ducha vagina) niveles elevados en leche olor a yodo en piel del bebé	Noresteroides	TMP/SMZ
Cisapride		Noscapina	Tripolidina
Cisplanti (no hallado en leche)		Ofioxacina	Acido valproico
Clindamicina		Oxprenolol	Verapamilo
Clogestone			Warfarina
Codeína			Zopidem
Colchicina			
Anticonceptivos con estrógenos y progesterona (crecimiento mamario para, disminuye producción de leche y el contenido de proteína			

ANEXO 4

EVALUACIÓN DE LA MAMADA

Nombre de la madre	Fecha
Nombre del bebé	Edad del bebé
Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posibles dificultades
GENERAL	
Madre	Madre
<input type="checkbox"/> Madre se ve sana	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda	<input type="checkbox"/> Madre se ve triste o deprimida
<input type="checkbox"/> Signos de apego entre la madre y el bebé	<input type="checkbox"/> Madre se ve tensa e incómoda
	<input type="checkbox"/> No existe contacto visual entre la madre y el bebé
Bebé	Bebé
<input type="checkbox"/> Bebé se ve sano	<input type="checkbox"/> Bebé se ve somnoliento o enfermo
<input type="checkbox"/> Bebé tranquilo y relajado	<input type="checkbox"/> Bebé agitado o llanto persistente
<input type="checkbox"/> Bebé busca el pecho si tiene hambre	<input type="checkbox"/> No hay reflejo de búsqueda
PECHOS	
<input type="checkbox"/> Los pechos se ven sanos	<input type="checkbox"/> Los pechos se ven rojos, hinchados, con herida
<input type="checkbox"/> No hay dolor ni discomfort	<input type="checkbox"/> Pecho y/o pezón adolorido
<input type="checkbox"/> Pecho bien sujeto con dedos alejados del pezón	<input type="checkbox"/> Pecho se sujeta con los dedos presionando areola
POSICIÓN DEL BEBÉ	
<input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé bien alineados	<input type="checkbox"/> Cabeza y cuello de bebé torcidos
<input type="checkbox"/> Bebé pegado al cuerpo de la madre	<input type="checkbox"/> Bebé no está pegado al cuerpo de la madre
<input type="checkbox"/> Cuerpo entero del bebé bien sujeto	<input type="checkbox"/> Se sujeta al bebé por la cabeza y cuello solamente
<input type="checkbox"/> Bebé se acerca al pecho con la nariz hacia el pecho	<input type="checkbox"/> Se acerca al pecho con el mentón o labio inferior hacia el pecho
AGARRE DEL BEBÉ	
<input type="checkbox"/> Se ve más areola por encima del labio superior del bebé	<input type="checkbox"/> Se ve más areola debajo del labio inferior
<input type="checkbox"/> Boca del bebé bien abierta	<input type="checkbox"/> La boca del bebé no está bien abierta
<input type="checkbox"/> Labio inferior evertido	<input type="checkbox"/> Labios invertidos
<input type="checkbox"/> Mentón del bebé en contacto con el pecho	<input type="checkbox"/> Mentón del bebé no está en contacto con el pecho
SUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> Lenta, profunda con pausas	<input type="checkbox"/> Succión rápidas y superficiales
<input type="checkbox"/> Mejillas redondeadas cuando succiona	<input type="checkbox"/> Las mejillas hundidas cuando succiona
<input type="checkbox"/> Bebé suelta el pecho cuando termina	<input type="checkbox"/> La madre retira al bebé del pecho
<input type="checkbox"/> La madre advierte reflejo de baja de la ocitocina	<input type="checkbox"/> Hay signos de bajada de la ocitocina
OBSERVACIONES:	

OMS/UNICEF IHAN 2009 revisada, ampliada e integrada

ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LECHE ARTIFICIAL A MENORES DE 6 MESES

Nombre del paciente
 Servicio/Unidad Sala Cama

Señora Mamá

Este consentimiento informado es el permiso que usted dará para que a su bebé se le de otra leche que no sea la suya con el riesgo que esto significa. La norma de alimentación del menor de 6 meses es la lactancia exclusiva. Con este propósito, le solicitamos leer cuidadosamente este formulario, y firmar.

Yo _____ madre del bebe _____

Nº Asegurado Cód
 internado EN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala De Cuidados Intensivos Neonatales | <input type="checkbox"/> Sala De Pediatría del Hospital |
| <input type="checkbox"/> Sala De Cuidados Intermedios Neonatales | <input type="checkbox"/> Sala De Terapia Intensiva Pediátrica |
| <input type="checkbox"/> Sala De Cuidados Mínimos Neonatales | <input type="checkbox"/> Sala De Cirugía Infantil |
| <input type="checkbox"/> Puerperio Fisiológico | <input type="checkbox"/> Sala De Ortopedia y Traumatología Infantil |
| <input type="checkbox"/> Puerperio Quirúrgico | |

RECONOZCO QUE:

El/la Doctor (a) _____ me ha explicado las ventajas de la lactancia materna como el mejor alimento para mi bebé porque:

- < Le protegerá de enfermedades que causan muerte como neumonía, diarrea, anemia, infección urinaria, etc.
- < Le protegerá de la obesidad, la hipertensión y la diabetes.
- < Le aumentará 13 puntos a su coeficiente intelectual, (más inteligente).
- < Al darle mi pecho le quitaré el estrés, la inseguridad y le daré paz, para que su cerebro madure y crezca, lo mejor posible
- < Al darle mi pecho, yo también me beneficiaré disminuyendo el riesgo de tener cáncer de mama, cáncer de ovario, osteoporosis y anemia.

Si le doy otra leche, en lata, artificial, fórmula, aumentaré:

- ☹ El riesgo de que mi bebe tenga diabetes, hipertensión y obesidad
- ☹ El riesgo de que mi bebe tenga más diarrea, más neumonía, alergias, infección urinaria, dolor de oídos, y otras enfermedades
- ☹ Mi bebe no tendrá la oportunidad de aumentar 13 puntos más de coeficiente intelectual, (menos inteligente)
- ☹ Yo también me perjudico, porque aumentará el riesgo de que yo tenga cáncer de ovario, mama, osteoporosis y anemia.

Declaro que he comprendido la diferencia de alimentar a mi bebé con **leche materna solamente** o alimentarle con otras leches. Haciendo uso de mi derecho, autorizo y doy mi permiso y consentimiento para la alimentación de mi bebé con leche artificial.

Nombre completo de la Madre:CI:FIRMA:

Nombre completo de testigo:CI:FIRMA:

Nombre completo del Apoderado(en caso de ausencia de la madre):

CI:FIRMA:

Nombre y apellido del/la Médico (a) Responsable (u otro profesional)..... y sello.....

Firma y sello:

Es dado en la ciudad de La Paz, a horas.....del día.....de.....del 20

ANEXO 7 CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN A LAS EMBARAZADAS PASO (3)

Todo lo siguiente debe abordarse con todas las embarazadas de 32 semanas de embarazo. El trabajador de salud que cumple con la actividad debe firmar y poner la fecha. La embarazada que recibe la información debe firmar en la casilla respectiva

Nombre:

Fecha:

Tema	Se abordó el tema o la madre declinó la discusión	Firma del profesional	Firma de la embarazada	Fecha
Importancia de la lactancia exclusiva para el bebé (protege contra muchas enfermedades tales como las infecciones respiratorias, diarrea, infecciones de oído, ayuda al bebé a crecer y desarrollarse bien, satisface todas las necesidades de los bebés hasta los seis meses. Los bebés que no amamantan están en mayor riesgo de enfermedad, pueden tener menor coeficiente intelectual)				
Importancia de la lactancia para la madre (protege contra el cáncer de mama, y fracturas de cadera en edades posteriores, ayuda a la madre a formar una relación cercana con el bebé, la leche artificial cuesta más dinero.)				
Importancia del contacto inmediato piel a piel después del nacimiento (mantiene al bebé caliente y tranquilo, promueve el apego, ayuda al inicio de la lactancia)				
Importancia de la buena posición y agarre (buena posición y agarre le ayuda al bebé a obtener más leche, le ayuda a la madre a evitar las grietas en el pezón, el dolor..)				
Lograr que la lactancia tenga un buen comienzo - Lactancia guiada por el bebé - Conocer cuando el bebé está obteniendo leche suficiente (más de 5 pañales días, deposiciones)				
Riesgos y peligros de no amamantar - pérdida de protección de enfermedades agudas y crónicas - contaminación, errores de preparación, - costos, - dificultad para revertir la decisión de no amamantar				
Técnicas de Lactancia, posición y agarre				
Prácticas hospitalarias que apoyan la lactancia: -Apego precoz y su importancia -Alojamiento conjunto -Lactancia a demanda -No se aceptan biberones ni chupones				

Se discuten otros puntos y la necesidad de seguimiento o referencia:

DMS/UNICEF IHAN 2009 revisada, ampliada e integrada

ANEXO 8

CUANDO RETORNAR DE INMEDIATO SEÑALES DE PELIGRO DE LA EMBARAZADA



Está hinchada



Está sangrando



Tiene fiebre



Tiene dolor de cabeza



Está débil se ha desmayado



Tiene vómitos continuos



Está pálida cansada

La embarazada debe saber que si tiene cualquiera de estas estas señales, debe acudir de inmediato al hospital

ANEXO 9

FICHA DE APEGO PRECOZ

Nombre de la Madre: _____ N° Asg. _____

Fecha y hora del nacimiento del bebé: _____

Tipo de nacimiento

___ Vaginal: Eutócico ___ Extractor de vacío ___ Fórceps ___

___ Cesárea con epidural/espinal

___ Cesárea con anestesia general

Contacto piel a piel:

Hora de inicio: _____ Hora del final _____ Duración del contacto: _____

Razón para interrumpir el contacto piel a piel: _____

68

Hora del primer amamantamiento: _____

Del segundo amamantamiento en sala: _____

Firma de la responsable: _____

Contacto piel a piel :

1. Permite mantener la temperatura
2. Facilita la adaptación metabólica, especialmente niveles de azúcar y equilibrio ácido base
3. Menor llanto
4. Facilita el apego, la impronta en el cerebro de la madre y del bebé, mejora la respuesta al estrés.
5. Estimula la secreción de oxitocina por la madre y el bebé que disminuye la secreción de cortisol (estrés)
6. Incrementa la duración inmediata y a largo plazo de la lactancia
7. Favorece la conducta prealimentaria y la primera succión
8. Estimula los sentidos del recién nacido.

Notas:

Firma :

ANEXO 10

CUANDO RETORNAR DE INMEDIATO SEÑALES DE PELIGRO DEL MENOR DE 7 DÍAS



Muy caliente o
muy frío al tacto



No puede mamar



Letárgico,
inconsciente o
hipoactivo



Ictericia



¡Orina
poco!



Convulsiones
ataques



Respiración
rápida o lenta



Ombligo y piel
alrededor rojos



Quejido



Tiene diarrea con
sangre



Tiraje



¡Llora
mucho!



Vomita lo que
ingere



Fontanela
abombada

ANEXO 11

SIGNOS DE PELIGRO DE LACTANCIA



GRIETAS



CANDIDIASIS



MASTITIS



CONGESTIÓN



ABSCESO

ABSCESO

Herida en el pezón, ardor al amamantar.

Madre enferma con escalofríos, pecho duro y rojo

Madre enferma con escalofríos, pecho con zona roja, caliente, dolorosa, fluctuante

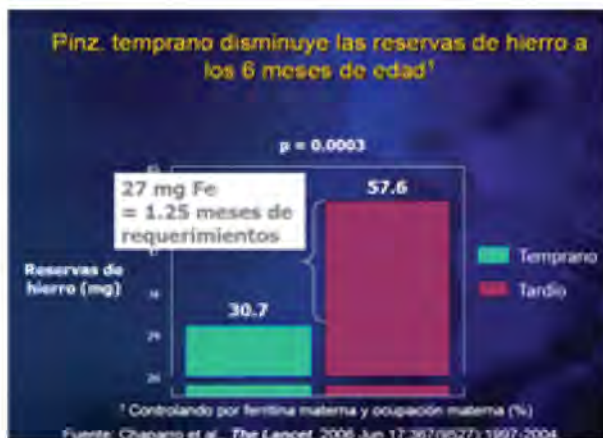
Debe ayudarse a la madre de inmediato

ANEXO 12

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DEL RETRAZO EN LA LIGADURA DE CORDÓN UMBILICAL PARA LOS RECIÉN NACIDOS (TERMINO, PRE TERMINO/BAJO PESO AL NACER) Y MADRES

BENEFICIOS INMEDIATOS			BENEFICIOS A LARGO PLAZO	
Recién nacido Pre término/ bajo peso al nacer	Recién nacidos a término	Madres	Pre-término/Bajo peso al nacer	A término
<p>Disminuye el riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hemorragia intraventricular * Sepsis de inicio tardío <p>Disminución de la necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Transfusión sanguínea por anemia o baja presión sanguínea * Surfactante * Ventilación mecánica <p>Incrementa:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hematocrito * Hemoglobina * Presión sanguínea * Oxigenación cerebral * Flujo de glóbulos rojos 	<p>Otorga un volumen adecuado de sangre y reservas de hierro del nacimiento</p>	<p>Indicación de los estudios de "drenaje de cordón" que una placenta llena de menos sangre acorta el tercer período del parto y disminuye la incidencia de retención de la placenta</p>	<p>Incrementa la hemoglobina a las 10 semanas de edad</p>	<p>Mejora el estado hematológico (hemoglobina y hematocrito) (2 a 4 meses de edad)</p> <p>Mejora el estado del hierro hasta los 6 meses de edad</p>

71



Reproducido de: Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., Diciembre 2007

ANEXO 13 NUEVAS RECOMENDACIONES DEL VIH

“Emitidas el 30 de Noviembre del 2009.

1. La Terapia Anti Retroviral (TAR) debe iniciarse con un CD4 de $350/\text{mm}^3$ para todos los los pacientes VIH positivos, incluidas las embarazadas, independientemente de los síntomas.
2. Recomienda la eliminación de la Estavudina o d4T, como medicamento de primera línea en países en desarrollo, debido a su disponibilidad amplia y al bajo costo, por sus efectos irreversibles a largo plazo. Recomiendan la Zidovudina (AZT) o el Tenofovir (TDF) menos tóxicos e igualmente efectivos.
3. Recomiendan destacar el rol de la monitorización de laboratorio para mejorar la calidad del tratamiento y cuidado del VIH. Recomiendan mayor acceso a los exámenes de CD4 y al uso de la monitorización de la carga viral cuando sea necesario. No se debe negar el acceso a la TAR si no existe la posibilidad de efectuar la monitorización.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE NIÑO Y MEJORA DE LA SOBREVIVENCIA INFANTIL

La recomendación del 2006 recomienda que se administre TAR a las embarazadas VIH positivas en el tercer trimestre (comenzando las 28 semanas) para prevenir la transmisión madre niño del HIV. Entonces había evidencia insuficiente sobre el efecto protector de la TAR durante la lactancia. Desde entonces varios ensayos clínicos han demostrado la eficacia de TAR en la prevención de la transmisión al lactante mientras amamanta. Las recomendaciones del 2009, promueven el uso de TAR en etapa temprana del embarazo, a las 14 semanas y mantenerla hasta el final del periodo de lactancia.

La OMS recomienda ahora que la lactancia continúe hasta los 12 meses de edad siempre que la madre VIH positivo o el bebé este tomando TAR durante ese periodo. Esto reducirá el riesgo de la transmisión por VIH y mejorará la oportunidad de sobrevida del infante.

72

BENEFICIOS Y DESAFIOS

1. El inicio temprano del tratamiento antiviral estimula al sistema inmunitario y reduce los riesgos de la infección y muerte relacionada con el VIH. Disminuye el riesgo de la transmisión de VIH y TB.
2. Las nuevas recomendaciones de la prevención de la transmisión de madre a hijo(a) disminuyen el riesgo de transmisión a un 5% o menos. Combinada con prácticas de alimentación del infante mejoradas, estas recomendaciones pueden mejorar la sobrevida del niño (a).
3. El mayor desafío es la disponibilidad del tratamiento en países con recursos limitados. La expansión de la TAR y de los servicios de PTMN está obstaculizado por la debilidad de la infraestructura, los recursos humanos y económicos limitados y por la pobre integración de las intervenciones específicas del VIH con otros servicios materno infantiles más amplios.
4. Si se adopta la recomendación, se tratará a un mayor número de personas. Los costos asociados a un tratamiento temprano pueden ser compensados por los costos hospitalarios menores, mayor productividad por menor número de bajas médicas, menos niños huérfanos por el SIDA y una disminución de las infecciones asociadas al VIH.
5. Otro desafío es el de alentar a las personas a recibir la consejería y realizarse el test de VIH de manera voluntaria antes de presentar los síntomas. Actualmente muchas personas VIH positivas están esperando mucho tiempo para recibir tratamiento, generalmente cuando su conteo de CD4 baja a menos de $200 \text{ células}/\text{mm}^3$. Los beneficios de un tratamiento temprano también pueden alentar a más gente a realizarse el test de VIH y a recibir la consejería para conocer su estado de VIH.”

Esta Norma debe revisarse periódicamente. Los cambios a la misma se realizarán en consenso en el Comité de Lactancia de los Hospitales a solicitud expresa de los interesados.