

# Guía de lactación materna

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela





# Guía de lactación materna

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

Xunta de Galicia  
Servizo Galego de Saúde  
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago  
Santiago de Compostela, 2015

Edita: Xunta de Galicia  
Servizo Galego de Saúde  
da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela  
Dep. legal: C 1406-2015

## Índice de autoras

|  |  |
|--|--|
| Ares Galbán, Ana Isabel                | DUE, Hospital da Barbanza                          |
| Bóvela Fernández, Paloma               | DUE, Hospital da Barbanza                          |
| Calviño García, Elena                  | Técnico auxiliar enfermería, Hospital da Barbanza  |
| Couce Pico, María Luz                  | Médico, Neonatoloxía CHUS                          |
| Cuns Hombre, Remedios                  | Matrona, CHUS                                      |
| Iglesias Deus, Alicia                  | Médico, Neonatoloxía CHUS                          |
| Iglesias Vilas, María Dolores          | Médico, Neonatoloxía CHUS                          |
| Fernández Rodríguez, Ángeles           | DUE, Calidade Xerencia                             |
| Fernández Tuñas, Carmen                | DUE, Neonatoloxía CHUS                             |
| García Vicente, Luisa                  | DUE, Atención Primaria                             |
| Hermida López, Lorena                  | Asociación Galega Prematuros AGAPREM               |
| López Suárez, Olalla                   | Médico, Pediatría CHUS                             |
| López-Pardo Pardo, Estrella            | Médico, Calidade Xerencia                          |
| Oca Abelleira, Susana                  | DUE, Obstetricia CHUS                              |
| Peñas Silva, Patricia                  | Médico, Obstetricia CHUS                           |
| Picón Cotos, Mónica                    | Médico, Pediatría Atención Primaria                |
| Ponce Marín, Marisa                    | Técnico auxiliar enfermería, Neonatoloxía CHUS     |
| Prieto Gómez, Noelia                   | Asociación Fomento Lactación Materna Teta e Coliño |
| Quintáns Lago, Salomé                  | DUE, Neonatoloxía CHUS                             |
| Rodríguez Blanco, M <sup>a</sup> Áurea | Médico, Pediatría Hospital da Barbanza             |
| Turnes Paredes, Margarita              | DUE, Neonatoloxía CHUS                             |
| Uceira Rey, Sonia                      | Matrona, Hospital da Barbanza                      |





## Prólogo

*Presentamos a Guía de lactación materna, o primeiro paso dun proxecto que a partir deste momento imos impulsar de xeito decidido na Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Con el, sumámonos á gran comunidade de centros de saúde e hospitais, nacionais e internacionais, comprometidos cos principios da Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e á Lactación (IHAN) promovida pola OMS e a UNICEF.*

*A Guía de lactación materna, elaborada pola nosa Comisión de Lactación Materna, está pensada para facilitar o gozo dunha lactación efectiva. A súa estratexia xira arredor de tres piares fundamentais: o mantemento da integridade da unidade nai-fillo/a, o acompañamento da nai ao longo de todo o proceso de aprender facendo e a interacción coordinada de todos os profesionais sanitarios que interveñen no proceso asistencial, contando co papel fundamental das asociacións.*

*Os beneficios nutricionais e inmunolóxicos que ofrece a lactación natural son indiscutibles. Pero a lactación materna é algo máis que unha forma de alimentación. É o xeito natural e efectivo de comprender as necesidades e demandas do bebé lactante. E se ben é certo que a lactación materna demanda esixencias, tamén é indubidable que facilita o establecemento dunha ponte afectiva entre nai e fillo, equilibra o dar e recibir, e é un excelente instrumento para axudar a aprender a ser nai.*

*De forma similar, a política de lactación materna ten un gran potencial de aprendizaxe para a organización sanitaria. Por un lado, permítenos avanzar na comprensión das necesidades das persoas para ofrecer uns servizos máis humanizados. Por outro, os seus requirimentos pónennos no reto de innovar os procesos, de cambiar rutinas, de eliminar barreiras e establecer novos lazos entre os profesionais e a sociedade. En suma, a lactación natural convértese nunha oportunidade para desenvolver unha estratexia orientada á integración e o traballo interdisciplinar.*

*Sendo conscientes do esforzo que suporá o impulso dos principios da IHAN, comprometémonos a poñer á disposición todos os recursos que estean ao noso alcance. Confiamos en que a súa execución sexa un referente doutros proxectos da nosa xerencia e un aliciente para mellorar a calidade e contar cuns servizos sanitarios cada vez máis humanizados. En definitiva, traballar nunha sanidade das persoas, para as persoas.*

Luis Verde Remeseiro  
Xerente da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela





|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. OBXECTIVOS E DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA .....</b> | <b>9</b>  |
| <b>A. INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>B. POLÍTICA DE LACTACIÓN MATERNA .....</b>   | <b>10</b> |
| 1. OBXECTIVOS.....  | 10        |
| 2. DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS .....  | 11        |
| <b>II. NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO EMBARAZO .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>CENTROS DE SAÚDE. CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAIS .....</b>   | <b>12</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 12        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 12        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 12        |
| <b>III. NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO NACEMENTO.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>A. PARITORIO.....</b>  | <b>15</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 15        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 15        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 16        |
| <b>B. ESPERTAR E REANIMACIÓN .....</b>  | <b>18</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 18        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 18        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 18        |
| <b>C. INGRESO NA MATERNIDADE .....</b>  | <b>19</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 19        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 19        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 19        |
| <b>D. UNIDADE DE NEONATOLOXÍA .....</b>   | <b>21</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 21        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 21        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 21        |
| <b>IV. NORMATIVA DE LACTACIÓN MATERNA PERÍODO POSNATAL .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>A. SEGUIMIENTO EN CENTROS DE SAÚDE .....</b>   | <b>23</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 23        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 23        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 23        |
| <b>B. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN DE NAIS ALEITANDO.....</b>  | <b>27</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 27        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 27        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 27        |
| <b>C. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. SITUACIÓNS ESPECIAIS.....</b>   | <b>28</b> |
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 28        |
| 2. OBXECTIVOS.....  | 28        |
| 3. ESTRATEXIAS .....  | 28        |

Índice

**V. GRUPOS DE APOIO Á LACTACIÓN MATERNA ..... 33**

- 1. INTRODUCCIÓN ..... 33
- 2. OBXECTIVOS ..... 33
- 3. ESTRATEXIAS ..... 33

**VI. SENSIBILIZACIÓN E CAPACITACIÓN DOS PROFESIONAIS SANITARIOS ..... 35**

- 1. INTRODUCCIÓN ..... 35
- 2. OBXECTIVOS ..... 35
- 3. ESTRATEXIAS ..... 35

**VII. BIBLIOGRAFÍA ..... 37**

**ANEXO 1. RAZÓN MÉDICAS PARA O USO DE SUCEDÁNEOS ..... 39**

**ANEXO 2. EXTRACCIÓN, PROCESAMENTO E CONSERVACIÓN DO LEITE MATERNO ..... 41**

**ANEXO 3. COMPATIBILIDADE DE MEDICAMENTOS E LACTACIÓN MATERNA ..... 45**

**ANEXO 4. PROBLEMAS MÁIS COMÚNS DA LACTACIÓN MATERNA ..... 49**

**ANEXO 5. FOLLETO INFORMATIVO PARA NAIS E FAMILIAS ..... 50**

# I **OBXECTIVOS E DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

*María Luz Couce Pico*

*Ángeles Fernández Rodríguez*

*Estrella López-Pardo*

## **A. INTRODUCCIÓN**

A lactación materna é a forma ideal e natural de lles achegar aos nenos e nenas os nutrientes que necesitan para un crecemento e desenvolvemento saudables.

Deberíase manter como único alimento os primeiros seis meses de vida. Despois deste tempo, a lactación materna, xunto a unha alimentación complementaria apropiada, segue contribuíndo á correcta nutrición, ao desenvolvemento e á saúde da nena e neno lactante. A partir dese momento, co fin de satisfacer os seus requisitos nutricionais en evolución, os lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde o punto de vista nutricional, sen abandonar a lactación natural ata os dous anos de idade ou máis tarde. De feito, as prácticas de alimentación apropiadas baseadas en probas científicas son indispensables para alcanzar e manter unha nutrición e unha saúde adecuadas.



Ademais, é parte integrante do proceso reprodutivo, con repercusións importantes na saúde das nais (retarda o retorno da fertilidade da muller e reduce o risco de hemorraxia posparto, cancro de mama premenopáusico e cancro de ovario).

A lactación materna reduce o risco de infeccións tales como diarrea, pneumonía, otite, meningite e infección urinaria, diminúe o refluxo gastroesofáxico e o cólico do lactante, favorece o desenvolvemento cognitivo no bebé, debido o alto contido en DHA, ácido graxo esencial no desenvolvemento cerebral e protexe tamén contra condicións crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colite ulcerativa e enfermidade de Crohn.

Ademais, a lactación materna durante a infancia asóciase con menor presión arterial media e colesterol sérico total, e con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso e obesidade durante a adolescencia e idade adulta.

A pesar de coñecer a súa repercusión positiva, o índice de lactación materna na nosa área sanitaria non é o óptimo e hai un abandono temperán, polo que a difusión e promoción que se realiza da lactación materna é moi mellorable. Por iso, na EOXI de Santiago adoptamos como criterios globais mínimos os da Iniciativa de Humanización da Asistencia o Nacemento e a Lactación (IHAN) da OMS/UNICEF:

- Dispoñer dunha normativa escrita de lactación que sistematicamente se poña en coñecemento de todo o persoal.
- Capacitar a todo o persoal para que poida poñer en práctica a normativa.
- Informar a todas as embarazadas acerca dos beneficios e manexo da lactación. Ademais de formación sobre os aspectos máis relevantes da lactación que facilite o mellor inicio da lactación tras o parto.

- Axudar as nais para iniciar a lactación na media hora seguinte ao parto. Este paso interprétase agora como colocar os bebés en contacto pel con pel coas súas nais inmediatamente despois do parto, polo menos durante unha hora, e alentar as nais para recoñecer cando os seus bebés están listos para mamar, ofrecendo a súa axuda en caso necesario.
- Practicar o aloxamento conxunto, permitir que as nais e os neonatos permanezan xuntos as 24 horas do día.
- Alentar as nais para aleitar a demanda.
- Mostrarlles ás nais como aleitar e como manter a lactación mesmo se teñen que separarse dos seus fillos.
- Non darlles aos neonatos outro alimento ou bebida que non sexa leite materno, a non ser que estea indicado.
- Non darlles aos nenos alimentados ao peito biberóns, mamadeiras ou chupetes.
- Fomentar o establecemento de grupos de apoio á lactación natural e procurar que as nais se poñan en contacto con eles á súa saída do hospital (e ofrecerlle á nai os recursos de apoio á lactación que existan na súa área).

Ademais, e como requisito de obrigado cumprimento, os centros sanitarios deben acatar o Código de comercialización de sucedáneos do leite materno e non deben obter mostras ou doazóns de leite gratuítas ou a baixo prezo.

Na estrutura organizativa de Xestión Integrada de Santiago de Compostela adóptase o Código internacional de comercialización de sucedáneos da lactación materna (OMS, 1981) e as resolucións posteriores.

Esta normativa constitúe o primeiro paso e é o punto de partida para unha mellora da nosa política de lactación materna.

## **B. POLÍTICA DE LACTACIÓN MATERNA**

### **1. OBXECTIVOS**

#### **OBXECTIVO XERAL**

- Aumentar as taxas de inicio e duración da lactación materna na área mediante accións de apoio, a promoción e a protección da lactación materna.

#### **OBXECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Unificar criterios de actuación a través deste documento escrito que debe ser coñecido polo persoal sanitario, e especialmente o de obstetricia e pediatría.
- Promover e asegurar a competencia na política de lactación materna por parte dos profesionais sanitarios que atenden as nais lactantes e nenos e nenas que maman.
- Conseguir a acreditación pola IHAN, mediante a cobertura dos requirimentos (auto-avaliación e taxas de lactación), realizando con carácter periódico o proceso de avaliación para obter a reacreditación que garanta a continuidade na implantación de boas prácticas e na oferta dunha asistencia de calidade, seguindo as recomendacións da OMS/UNICEF.

## 2. DECLARACIÓN DE INTENCIONS

Comprometémonos a establecer de forma correcta a lactación materna desde o primeiro momento:

- Adoptando no noso hospital a política de manter xuntos as nais e os seus fillos as 24 horas do día, agás que se indique clinicamente o contrario.
- Realizando a primeira posta ao peito na primeira hora despois do parto. O bebé estará “pel con pel” coa nai inmediatamente despois do parto con independencia da súa alimentación, excepto indicación xustificada en contra.
- Non restrinxindo a duración ou a frecuencia das tomas. Lactación sen horario: simplemente cando o neno mostre signos precoces de fame (por exemplo, fai movementos coa súa boca chuchando, mete as mans na boca, axítase...).
- Suplementando con leite de fórmula só por prescripción médica.
- Non recomendando os chupetes, protectores da mamila (*pezoneras*), o peito dá moito máis que leite, dá consolo, agarimo e seguridade.
- Rexeitando calquera tipo de publicidade directa ou indirecta no hospital en relación co sucedáneo de leite de nai.
- Capacitando o persoal implicado na atención de nais e nenos mediante cursos teórico-prácticos, acreditados por formación continuada. Todos os profesionais que atenden a nai e o neno recibirán formación continuada.
- Respectando e apoiando a nai que decide darlle leite artificial ao seu bebé.
- Facilitando no momento da alta un seguimento adecuado en Atención Primaria, contacto con grupos locais de apoio á lactación materna.

# II NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO EMBARAZO

## CENTROS DE SAÚDE. CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAIS

*Lúsa García Vicente*

*María Dolores Iglesias Vilas*

*Mónica Picón Cotos*

*Remedios Cuns Hombre*

*Patricia Peñas Silva*

### 1. INTRODUCCIÓN

A educación prenatal e información sobre os beneficios e técnicas correctas de lactación aumenta as cifras de inicio da lactación materna polo menos nun 10 %. Os profesionais de Atención Primaria atópanse cunha situación privilexiada para promover e apoiar a lactación materna a través das revisións e os controis de saúde prenatais.

Entre un terzo e a metade das mulleres decide o tipo de lactación antes de quedar embarazadas, e a maioría das nais que non decidiu sobre a lactación antes do embarazo faino durante o primeiro trimestre.

As mulleres deberían recibir información completa sobre os beneficios que a lactación vai provocar na súa saúde e na dos seus fillos e os riscos e custos que derivan da alimentación con sucedáneos.

### 2. OBXECTIVOS

- Dotar as xestantes de maior capacidade e autonomía para tomar a súa propia decisión, informada e libre de presións sobre a alimentación dos seus fillos.
- Reforzar de maneira sistemática en todos os controis prenatais a importancia da lactación materna e a forma de poñela en práctica.
- Lograr que todas as nais estean informadas da superioridade do leite materno na alimentación do bebé.
- Conseguir que todas as nais que o desexen poidan chegar a aleitar os seus fillos.
- Promover o apoio e participación do pai no proceso da lactación materna.

### 3. ESTRATEXIAS

- Establecer mecanismos de **coordinación interna e con outras unidades**:
  - » En **centros de saúde**, co resto de profesionais de calquera nivel, dentro da área sanitaria, durante o embarazo, parto e posparto. En cada centro de saúde ou servizo haberá unha persoa **responsable** con suficiente formación en lactación. Se o centro de saúde ten un tamaño considerable, pode constituír unha subcomisión.

Estas dúas figuras serían as encargadas de difundir a normativa sobre a lactación, así como de valorar as peculiaridades de cada centro e en que fase se atopan en relación cos obxectivos para conseguir sobre esta. Tendo en conta isto e adaptándose a esta normativa, cada centro poderá elaborar posteriormente a súa propia declaración de intencións.

- » En **hospitais** co resto de profesionais dentro da área durante o embarazo, parto e posparto.
- Recollerase unha **historia sobre lactación**. Conversarase coa nai acerca do seu desexo de aleitar, as súas experiencias previas, a información de que dispón e o apoio co que conta. No caso de que non desexe aleitar, indagar os motivos, por se dependen de circunstancias ás que se pode ofrecer solución. En caso necesario, fanse suxestións que poidan promover unha lactación con éxito, e darase información adecuada ante conceptos, información ou impresións erróneas acerca da alimentación ao peito.
- **Informarase** as xestantes e os seus acompañantes (parella, avoas...) sobre os beneficios da lactación materna e como poñela en práctica.

Esta información pode ofrecerse en **grupo**, pero a embarazada debe ter a oportunidade de falar sobre a alimentación do seu bebé de maneira **individual**, nunha ou varias visitas.

- **Reforzarse a confianza** da nai sobre a súa capacidade para aleitar.
- Entregarase **documentación divulgativa por escrito**.
- En **centros de saúde** organizaranse **obradoiros de lactación** periódicos para fomentar a lactación, informar sobre os seus beneficios, técnicas, posturas, alimentación, resolver dúbidas.
- Facilitarase o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.
- Establecerase unha **contorna** da consulta que sensibilice os profesionais e as nais sobre a lactación materna:
  - » Ambientarase a consulta e as salas de espera con fotos de nais aleitando.
  - » Comprometerase a eliminar a propaganda de sucedáneos (por exemplo: calendarios, bolígrafos) e a non distribuír paquetes regalo.
- A **normativa** por escrito de lactación materna debe estar **accesible** para todo o persoal dos centros de saúde, así como para pais e nais.

## INFORMACIÓN

En xeral, a información sobre os beneficios da lactación debe abarcar os seguintes aspectos:

- A importancia da lactación materna para a nai e o bebé e os riscos e custos que supoñen para ambos a alimentación con sucedáneos.
- A importancia da lactación materna exclusiva durante os primeiros seis meses de vida.
- Explicarlles ás nais as vantaxes nutricionais, inmunolóxicas, psicolóxicas, económicas e ecolóxicas que a lactación natural supón. Así mesmo, informaranse as nais sobre a fisioloxía da lactación e sobre a técnica da lactación, xa que a lactación materna é unha mestura de instinto e aprendizaxe; e o seu éxito depende en boa medida de condicionamentos persoais, psicolóxicos, sociais e culturais, así como da calidade do apoio recibido xa desde o mesmo embarazo.
- Incluírse o pai na visita prenatal e nos programas de lactación, xa que está demostrado que participan na elección do método de alimentación dos seus fillos e poden ser eficaces promotores ou detractores da lactación materna, dependendo de cal sexa a súa actitude ante as dificultades iniciais.

- A información oral debe reforzarse mediante folletos ou outro tipo de información escrita.

*Táboa I. Información sobre os beneficios e contraindicacións da lactación materna*

|  |
|--|
| Vantaxes da lactación materna na saúde da nai  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminución do sangrado posparto</li> <li>- Aumento da contracción uterina</li> <li>- Recuperación do tamaño uterino</li> <li>- Recuperación do peso/silueta</li> <li>- Amenorrea prolongada (aforro de ferro)</li> <li>- Espazado entre embarazos</li> <li>- Diminución do risco de cancro de mama premenopáusico</li> <li>- Diminución do risco de cancro de ovario</li> <li>- Diminución do risco de fracturas espiñais e de cadeira postmenopáusico</li> </ul>   |
| Vantaxes de tipo emocional   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivencia única, especial e pracenteira</li> <li>- Mellor apego nai-bebé, mellor comunicación co fillo</li> <li>- Satisfacción íntima</li> <li>- Menos depresión posparto e de aparición máis tardía</li> </ul>  |
| Vantaxes de tipo económico   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor gasto en fórmulas infantís</li> <li>- Menor gasto en artigos para biberóns</li> <li>- Menor gasto en fármacos, consultas e hospitalizacións do bebé</li> </ul>  |
| Inconvenientes da lactación artificial para o bebé   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor vínculo afectivo</li> <li>- Non ten especificidade de especie</li> <li>- O leite materno é superior desde o punto de vista nutricional, pola súa especificidade de nutrientes, máxima biodisponibilidade, achega de células vivas (linfocitos e macrófagos), encimas dixestivos, inmunomoduladores, factores de crecemento e receptores análogos</li> <li>- É menos dixestiva. Produce maior refluxo gastro-esofáxico. Atrasa a eliminación de meconio. Enlentece a maduración intestinal. Flora intestinal patóxena</li> <li>- Maior incidencia de carie, mala oclusión e caída dental</li> <li>- Aumenta a incidencia e/ou gravidade das infeccións do lactante</li> <li>- Peor desenvolvemento intelectual</li> <li>- Maior risco de padecer enfermidades crónicas: alerxias, diabetes, enfermidade inflamatoria intestinal, enfermidade celíaca, esclerose múltiple, artrite crónica xuvenil, obesidade, leucemia infantil e linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia</li> <li>- Maior risco de síndrome de morte súbita do lactante</li> <li>- Existen evidencias científicas de que a alimentación con leite de fórmula ten repercusión sobre o benestar e a saúde do bebé</li> <li>- O efecto beneficioso da lactación materna aumenta canto máis prolongada é a súa duración</li> </ul> |
| Contraindicacións da lactación materna no neonato  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na práctica son moi poucas as situacións que contraindican a lactación. Realízase unha anamnese en busca destas situacións</li> </ul>   |



# III NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO NACEMENTO

## A. PARIDOIRO

*Patricia Peñas Silva*

*Remedios Cuns Hombre*

### 1. INTRODUCCIÓN

Cando se coloca o bebé nada máis nacer en contacto pel con pel coa súa nai estréitanse os lazos afectivos entre ambos os dous, aumenta a confianza da nai no coidado do seu neno, co que se mostra máis afectuosa, ascende de forma continua a temperatura do bebé durante os primeiros sesenta minutos e acelérase a súa adaptación metabólica. Os beneficios son os seguintes:

- Estabilidade fisiolóxica e emocional dos/das lactantes e as súas nais (menos pranto no neno, mellor recuperación da tensión do parto)
- Estabilidade cardiorrespiratoria e diminución dos episodios de apnea
- Control da temperatura corporal
- Mellora dos niveis de glicemia
- Efecto analxésico para a nai e o neno
- Aumento da secreción de oxitocina co efecto positivo sobre a nai (diminúe o sangrado, mellor involución uterina, facilita a exección de calostro)
- Favorece o inicio e duración da lactación materna
- Axuda as nais para desenvolver e fortalecer a súa confianza e as condutas de apego materno e establecemento do vínculo afectivo

O neno acabado de nacer, grazas ao seu instinto, aos seus reflexos e aos seus sentidos (sobre todo o tacto e o olfacto), é capaz en por si de reptar ata o peito e comezar a mamar de forma espontánea. Está demostrado que realizar a primeira toma na primeira media hora de vida se asocia con:

- Establecemento precoz de succión efectiva e condutas de alimentación
- Reforzo da relación nai-neno
- Aumento dos movementos intestinais e menor risco de ictericia neonatal
- Liberación materna de oxitocina, conseguindo unha maior contracción uterina, exección do leite e interacción nai-neno
- Reforzo da habilidade do neno para organizar o seu estado e modular o seu sistema motor

### 2. OBXECTIVOS

- Facilitar o contacto pel con pel inmediato durante o tempo que nai e bebé necesiten, sen interrupcións, pero como mínimo sesenta minutos ou ata finalizar a primeira toma.
- Ofrecer intimidade e apoio respectando en todo momento as decisións da nai, tratando as mulleres con respecto e dignidade e aplicando, de forma rutineira, coñecementos e destrezas para optimizar a fisioloxía normal do parto, o nacemento e a lactación.

- En caso de separación nai-bebé, tratar as nais con sensibilidade, empatía e respecto. Permitir unha elección informada do tipo de alimentación que lle queren ofrecer ao seu bebé, sendo o paritorio un bo sitio para ofrecerlle información sobre lactación materna se non a recibiu previamente. Facelo consciente de que a nutrición non é o seu único papel como nai.
- Informar a xestante/puérpera sobre como iniciar a lactación materna se o neno acabado de nacer é prematuro/a.

### 3. ESTRATEXIAS

- Prestar atención de maneira óptima ao parto, considerando a nai e a neno/a como unha **unidade integral** durante o nacemento.
- Aproximarse ás **expectativas** da xestante respecto da lactación materna, facer recomendacións e resolver dúbidas. Rexistrar no cartograma antecedentes, hábitos e preocupacións.
- Identificar **factores de risco** materno-fetais que poidan afectar a lactación:
  - » Situacións que contraindiquen a lactación materna definitivamente (por exemplo: VIH, consumo de drogas, inicio de tratamentos con quimioterapia tras o parto) ou de forma transitoria (ex.: lesións herpéticas na mamila, tuberculose bacilífera, tratamento con isótopos radioactivos, varicela cinco días antes e dous despois do parto).
  - » Situacións que dificulten a lactación: parto prematuro, parto múltiple, diagnóstico intraútero de malformacións cranio-faciais, neuromusculares.
  - » Identificar a medicación utilizada durante o ingreso (antes, durante e despois do parto) que poida influír na lactación. Consultar en [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org). (véxase o anexo 3).
  - » Factores relacionados cunha potencial hipogalactia primaria (déficits hormonais ou alteracións anatómicas), como enfermidades con base hormonal, problemas de infertilidade, síndrome de ovario poliquístico, amenorreas prolongadas, hipoplasia mamaria e obesidade.
- Favorecer, sempre que sexa posible, **o contacto pel con pel**, cubrindo o bebé cunha toalla quente para secalo, que se cambiará por unha seca cando esta estea húmida.
  - » Ao pasar a puérpera á sala de recuperación, colocarásele ao bebé unicamente un cueiro. É tamén moi aconsellable para mulleres que non van aleitar.
  - » Se a nai non está en condicións de facelo, ofreceráselle realizar o contacto pel con pel á parella, e este terá lugar na sala de recuperación de puérperas.
  - » A identificación e o test de Apgar realizaranse co acabado de nacer encima da súa nai sempre que este non necesite unha atención inmediata por parte dos pediatras.
  - » A primeira pesada, a administración da vitamina K e a administración da profilaxe ocular intentarase realizar en presenza da nai e, de non ser posible, levarase o tempo mínimo indispensable o bebé ao niño.
  - » Desaconséllase lavar os neonatos, aspirar as súas vías respiratorias ou realizar sondaxe nasogástrica de modo rutineiro.
- Tratarase de que o neno que acaba de nacer faga a **primeira toma** na primeira hora.

- » Tras o parto, a posición máis favorable e comfortable é coa nai recostada parcialmente cara atrás, sen estar totalmente tombada, e o bebé sobre ela boca abaixo, situando a súa cabeza entre as mamas da nai, ou coa nai en decúbito lateral e o bebé pegado o abdome materno, “barriga con barriga”.
- » Non é recomendable forzar o bebé para tomar o peito.
- » Os bebés, tras o parto, están nunha situación de alerta tranquila, un momento importante para a toma de contacto e o recoñecemento da súa nai. O obxectivo non é unicamente que mame, senón que desenvolva todas as condutas que se desencadean naturalmente neste momento único da vida da parella nai-neno.
- » É recomendable non intervir e tan só dicirlle á nai que o bebé sabe que ten que facer e que é suficiente con que o sosteña para que non caia, sen impedir os seus movementos espontáneos de reptación e procura.
- » Pode ser útil a posición de crianza biolóxica na que a nai está recostada, semireclinada (non horizontal) e o bebé está tombado sobre ela boca abaixo, o que lle confire unha estabilidade postural natural.
- » A nai procura que o bebé non caia e, se é moi pequeno ou inmaduro, dálle un soporte aos pés coas súas mans.
- **Despois da primeira toma**, na sala de recuperación do paritorio, e aínda máis se esta non foi posible, hai que procurar que o bebé continúe colléndose ao peito canto antes e con frecuencia.
  - » Débese recomendar horario a demanda desde o principio.
  - » Non debe limitarse a duración das tomas.
  - » Débese informar os pais dos signos precoces de fame (ruídos de succión e chupeteo, cabeceo, sacar a lingua, levar as mans á boca) e que non deben esperar a que o neno chore para ofrecerlle o peito.
  - » Animalos a que ofrezan frecuentemente o peito os primeiros días para iniciar unha boa produción de leite (8-12 veces).
- **Non** ofrecer chupetes no paritorio os neonatos que vaian ser alimentados con lactación materna.
- Informar de como realizar un **coleito** seguro: non fumar nin beber nin consumir medicación que produza alteración do estado de alerta ou somnolencia ou drogas, non estar excesivamente canso ou ser obeso, e estar en cama dura (nunca en sofá)
- Entregarase **material informativo** por escrito sobre os beneficios e as técnicas de lactación materna.
- Elimínase toda a **publicidade** directa ou indirecta de sucedáneos de leite materno de toda a área de partos.

## B. ESPERTAR E REANIMACIÓN

*Susana Oca Abelleira*

*María Luisa Ponce Marín*

*Salomé Quintáns Lago*

### 1. INTRODUCCIÓN

A maioría das cesáreas realízanse con anestesia loco-raxional, o cal permite realizar pel con pel no propio quirófano. Non obstante, cando se aplica anestesia xeral e no período de atención no despertar ou na reanimación a nai está totalmente durmida, debería realizarse pel con pel coa parella.

O contacto pel con pel cos pais de bebés nados por cesárea inflúe positivamente no tempo de inicio da lactación materna.

### 2. OBXECTIVOS

- Favorecer o contacto pel con pel coa nai no quirófano no caso de que a nai estea en condicións de facelo.
- De non ser posible que a nai realice o contacto pel con pel, conseguir a implicación paterna no contacto pel con pel no período de atención no despertar ou na reanimación, para que as rutinas hospitalarias das salas de parto e posparto non perturben de modo significativo o desenvolvemento das primeiras interaccións entre os bebés que acaban de nacer e os pais.
- Unha vez que a nai pase á planta de maternidade ou a súa condición física o permita, colocar o bebé ao peito co fin de favorecer o vínculo nai-neno. A partir dese momento, sempre que sexa posible, non se separarán nai e neno.

### 3. ESTRATEXIAS

- No quirófano, cando a nai estea esperta e en condicións de facelo, colocar o bebé en contacto coa nai.
- No caso de que a nai non poida, elixir un **lugar** onde o **pai** teña intimidade e acomodalo nunha butaca ou cadeira de brazos para favorecer o seu confort. Do mesmo xeito, favorecerase un ambiente tranquilo, agradable e con luz tenue.

Informar o pai de como debe coller o bebé, mantendo a posición de decúbito prono.

- » O bebé estará cuberto cunha manta para manter unha temperatura corporal idónea.
- » O neonato non deberá ser collido por ninguén máis que a persoa que estea a realizar, nese momento, o contacto pel con pel. Tratarase de actuar de forma acougada e natural para consolar o bebé cando se considere necesario.
- Cando sexa posible, manterase a estada conxunta da nai e o bebé na sala de reanimación, permanecerá con esta na cama.

É aconsellable que as unidades de parto estean dotadas dunha unidade de reanimación propia para poder manter o contacto nai-neno-pai, xa que naquelas unidades de reanimación xerais é difícil conseguilo.

- Logo de realizar unha cesárea con anestesia xeral, cando a nai esperte, realizar o pel con pel, procurando a colocación en diagonal para protexer a zona da incisión da nai.



Figura 1. Pel con pel e agarre espontáneo inmediatamente tras cesárea. Imaxe cedida pola nai

## C. INGRESO NA MATERNIDADE

*Susana Oca Abelleira*

*María Luisa Ponce Marín*

*Salomé Quintáns Lago*

### 1. INTRODUCCIÓN

Cando a nai chega á maternidade debemos confirmar que tipo de lactación desexa darlle ao seu neno. En caso de dúbida ou indecisión, o persoal da unidade aconsellaralle a lactación materna explicarlle os seus beneficios.

A aquelas nais que decidan dar lactación artificial daráselle todo o apoio que necesite e respetarase sempre a súa decisión.

### 2. OBXECTIVOS

- Darlle continuidade á estratexia de lactación materna establecida desde o nacemento
- Favorecer o establecemento da lactación materna no caso de indecisión por parte da nai.

### 3. ESTRATEXIAS

- Garantir o **aloxamento conxunto** nai –neno durante as 24 horas, para facilitar un maior vínculo e a alimentación a demanda e o inicio dos coidados básicos do bebé que acaba de nacer, asesorando e reforzando os seus coñecementos.
  - » Todos os exames que se lle realicen ao bebé levaranse a cabo na habitación coa súa nai, sempre que sexa posible.
- **Atención integral** á nai e ao neno durante a súa estadía: as accións que se leven a cabo derivarán da aplicación de guías de práctica clínica e recolleranse en protocolos e quedarán reflectidas na **folia de evolución** do neonato.
- Reforzar as **normas básicas** de lactación materna, que son as seguintes:
  - » Deixar que o bebé marque as pautas, mamando a demanda.
  - » Non limitar a duración das tomas.

- » Non é necesario que tome de ambos os peitos de cada toma.
- » Rotar os peitos con cada toma.
- » Proporcionar axuda no procedemento, para lograr unha correcta posición e agarre ao peito, comprobando a colocación e se a succión é efectiva. Intervirase só se é necesario e reforzaranse as boas prácticas.
- » Explicar as pautas de hixiene e coidados.
- » Explicarlles a nai e á súa parella a importancia da tranquilidade neses momentos para a nai e o neno.
- » Indicar a importancia das tomas nocturnas: aínda que as primeiras horas o bebé ten tendencia ao sono, é importante que faga tomas, polo menos, cada catro horas para favorecer a regulación fisiolóxica da produción de leite.
- » Non darlles ningún tipo de alimentación ou bebida (lactación artificial, soro glicosado ou auga) a aqueles neonatos con lactación materna, excepto que o indique o pediatra.
- » Non ofrecer chupetes nas unidades de maternidade. Naqueles casos nos que os pais os ofrezan ou o soliciten, o persoal debe desaconsellos.
- » Informar de que o pase de visita é o momento adecuado para preguntar sobre dúbidas ou algún problema coa lactación materna. Nestes casos, aproveitaremos para reforzar a alimentación e para dar os consellos necesarios.

O persoal sanitario facilitará en todo momento o seu apoio, dándolle seguridade á nai e evitando comentarios sobre cuestións que poidan interferir no proceso (por exemplo: o neno queda con fame, non ten leite, non tes suficiente mamila ou frases similares), co fin de que a lactación materna sexa efectiva e duradeira.

- **Actuacións no momento da alta:**

- » Concertar unha **cita co seu pediatra e matrona:**

- Xerar unha cita coa súa matrona ou persoal responsable de lactación do centro de saúde ao que pertence para que, nun máximo de 72 horas este persoal se poña en contacto coa nai.

No informe de alta farase constar como está a tomar o bebé ou se hai algún problema ao que haxa que prestar especial atención.

No caso de que a nai non poida acudir ao centro para valorar como está a evolucionar esa lactación, recomendarémolle que se poña en contacto telefónico co grupo de apoio á lactación da súa zona, tan pronto como poida, ou que acuda a un profesional sanitario (matrona, enfermeira de pediatría, pediatra de atención primaria) se lle xorden dúbidas ou dificultades coa lactación.

- » **Reforzo da información:** beneficios da lactación materna, riscos potenciais da súa alimentación con fórmula, bases fisiolóxicas da lactación, prevención de problemas frecuentes.
- » Informar de que os primeiros días de vida necesitan tomas de moi pouca cantidade. É normal que os bebés **diminúan de peso** ás 48 horas do nacemento, o pediatra informaraa se existe algún problema.
- » Aconsellar que **non interrompan** a lactación materna sen antes consultar co seu pediatra.

- » Entregar a **documentación divulgativa por escrito**.
- » Facilitar o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.

## D. UNIDADE DE NEONATOLOXÍA

*Olalla López Suárez*

*Margarita Turnes Paredes*

### 1. INTRODUCCIÓN

A lactación materna é o mellor alimento que poden recibir todos os neonatos. Mesmo se o bebé non é capaz de succionar directamente o peito, pode alimentarse con leite materno.

Salvo situacións puntuais, é posible manter a lactación materna mentres o bebé está ingresado. A lactación materna é especialmente beneficiosa nos prematuros, porque lles proporciona defensas, dixirena mellor e protéxeos dalgunhas enfermidades, como a enterocolite.

### 2. OBXECTIVOS

- Superar as posibles dificultades que poida levar a situación de enfermidade dos nenos ingresados nas unidades de Neonatoloxía e a UCI neonatal para conseguir a taxa máis elevada de lactación materna.
- Evitar a interferencia cos sucedáneos de leite materno e coa alimentación complementaria.

### 3. ESTRATEXIAS

- Apoiar as nais no seu desexo de aleitar os seus fillos a pesar das dificultades:
  - » Coidados relacionados coa **producción, extracción e mantemento** da lactación materna
    - Animar as mulleres para realizar unha extracción precoz do leite materno e a mantela cando, de maneira transitoria, os neonatos non poidan realizar a toma directa do peito por razón da súa enfermidade ou prematuridade.
    - Nos neonatos prematuros, máxime nos grandes prematuros, extremar os coidados para que a produción, extracción e mantemento da lactación materna se leven a cabo de maneira satisfactoria, garantindo a transición da alimentación enteral ao peito, así como a calidade e a seguridade de todos os procesos citados, sempre de acordo cos dez pasos da IHAN establecidos pola OMS/UNICEF.
    - Poñer o bebé á succión da mamila en canto estea estable.
    - A unidade debe dispoñer de cadeiras de brazos cómodas para que as nais poidan aleitar os seus fillos e deben poder permanecer nela o tempo que precisen.
    - Non se lles administrará aos nenos ningún suplemento salvo prescrición médica.
    - Garantir a seguridade no procesamento, almacenamento e administración do leite materno, mediante sistemas de control establecidos pola propia unidade.
  - » Os coidados centrados no **desenvolvemento do neno e da súa familia** deben ser a norma de actuación, coidando así elementos como o método canguro, a succión non nutritiva ou a succión da mamila durante a alimentación enteral. As nais deben poder ver recoñecido o seu papel como coidadoras principais do neno.

- Facilitar unha unidade de portas abertas aos pais, para que as nais poidan estar cos seus fillos o maior tempo posible e establecer o vínculo materno-filial, con especial atención a aqueles pacientes nos que o devandito vínculo poida verse alterado, como son os necesitados de coidados intensivos.
- » **Informar** as nais dos beneficios da lactación materna, de forma xeral e de forma específica para os neonatos enfermos ou prematuros, no momento do ingreso do paciente na unidade.
  - Ademais da información verbal que poidan recibir dos médicos e enfermeiras, entregaráselles un documento onde conste esa información por escrito, e facilitaráselles a resolución das dúbidas que poidan ter ao longo de todo o ingreso.
  - Na sala de espera da unidade existirán copias da devandita información escrita, así como documentos que promovan a lactación materna.
- » Elaborar un **plan de actuación individualizado** para cada caso. O persoal médico e de enfermería, de forma conxunta coas nais, acordará cando empezar a estimulación de leite materno, as medidas de hixiene recomendadas, a aprendizaxe da extracción manual, como realizar a extracción do leite na casa e no hospital, a frecuencia das extraccións, a conservación e transporte do leite e as posibles solucións a problemas individuais que poidan xurdir.
- **Alta:**
  - » Concertar unha cita co seu pediatra ou en consultas externas de Neonatoloxía.
  - » Reforzo da información: beneficios da lactación materna, riscos potenciais da súa alimentación con fórmula, bases fisiolóxicas da lactación, prevención de problemas frecuentes.
  - » Aconsellar que **non interrompan** a lactación materna sen antes consultar co seu pediatra.
  - » Entregar **documentación divulgativa por escrito**.
  - » Facilitar o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.
- No caso de que a nai decida alimentar o seu bebé con lactación artificial, debe ser respectada na súa decisión. Debe crearse un protocolo de indicacións, prescrición e administración de leite artificial e suplementos.
- **Cumprir** co Código de comercialización de sucedáneos de leite materno, prohibindo a publicidade de leite artificial para lactantes. Debe existir para iso colaboración por parte da dirección do centro e do Servizo de Farmacia Hospitalaria.



# IV NORMATIVA DE LACTACIÓN MATERNA PERÍODO POSTNATAL

## A. SEGUIMIENTO EN CENTROS DE SAÚDE

*Mónica Picón Cotos*

*Luísa García Vicente*

*María Dolores Iglesias Vilas*

### 1. INTRODUCCIÓN

Os servizos sanitarios deben poñer todos os medios dispoñibles ao seu alcance para que toda nai que estea aleitando teña a información e o apoio necesario para realizar unha lactación materna con éxito. Son os centros de saúde, pola súa situación estratéxica no medio da comunidade, os que xogan un papel relevante na protección e mantemento da lactación materna.

### 2. OBXECTIVOS

- Conseguir manter a lactación materna exclusiva durante seis meses e continuala, xunto coa alimentación complementaria, ata os dous anos ou máis se a nai e o neno ou nena o queren.

### 3. ESTRATEXIAS

- Establecer mecanismos de **coordinación** co resto de profesionais de calquera nivel dentro da área sanitaria durante o embarazo, parto e posparto.

En cada centro de saúde ou servizo haberá unha persoa responsable con suficiente formación en lactación encargada de difundir a normativa sobre a lactación, así como de valorar as peculiaridades de cada centro.

A súa función será garantir que todos os profesionais actúen de acordo cunha mesma normativa para non xerar información contraditoria que poida confundir as nais e fomentar a colaboración entre os profesionais da saúde e a comunidade.

- Proporcionar unha atmosfera receptiva e de acollida ás nais e familias dos lactantes.
- Asegurar o bo estado de saúde e de nutrición das mulleres, por dereito propio, en todas as fases da vida, así como o papel das mulleres na manutención dos seus fillos e as súas familias.

As nais e os seus fillos forman unha unidade biolóxica e social inseparable; a saúde e a nutrición dun grupo non pode separarse da saúde e a nutrición do outro. O estado de saúde e de nutrición das nais e dos nenos está intimamente relacionado.

- Cada vez que un profesional entre en contacto cunha nai que está a aleitar, interesarse por como está a evolucionar esa lactación co obxecto de prever ou solucionar algunha dificultade que se presentou.
  - » Reforzar a súa confianza: todas as mulleres son capaces de aleitar os seus fillos, salvo enfermidades pouco frecuentes e concretas.
  - » Recordarlle á nai:
    - O peito non se baleira nunca, ao mesmo tempo que o bebé succiona prodúcese máis leite e sempre que mama sae leite. O leite xérase en función da demanda, adaptándose ás necesidades do lactante.

- Non ten sentido darlle suplementos artificiais ao bebé que parece quedar con fame, o lóxico é poñelo ao peito de novo: cantas máis veces e máis tempo aleitemos o bebe, máis leite producimos para el.
- O tamaño dos peitos non está en relación coa cantidade de leite, senón coa graxa acumulada.
- As crises de medo son a principal causa de inicio da administración de suplementos e finalización precoz da lactación materna.
- » Realizarase educación sanitaria sobre a lactación e as medidas que hai que ter en conta para previr problemas, xa que a mellor maneira de solucionar un problema é evitalo.
  - Corrixir e controlar a posición do neno durante as tomas.
  - Mellorar a drenaxe con pequenas masaxes antes e durante a toma.
  - No caso de que a nai comece a ter ingurxitación mamaria, recomendarlle a aplicación de compresas quentes antes da toma e de compresas frías despois das tomas, xa que alivia a dor e reduce a inflamación.
  - Explicar a técnica de Marmet (baleirado manual do peito).
  - Levar un suxeitador que non aperte demasiado.
  - Evitar controlar o tempo entre tomas e a duración destas.
  - Expoñer os peitos o aire todo o tempo que se poida. Acelera a curación de posibles lesións cutáneas.
  - Iniciar a toma polo peito máis cheo ou polo que menos mamou na toma anterior.
  - Variar a posición do neno ao mamar. Axudará a drenar os peitos.
  - Non retirar o leite tras a mamada. Deixar secar o peito ao aire libre. Estender unhas gotiñas de leite por toda a aréola. O leite posúe axentes cicatrizantes e desinfectantes.
  - Evitar a humidade nas mamilas.
- A **avaliación** do bebé inclúe non só o seu peso, senón o seu estado xeral, o seu comportamento, a súa exploración física (temperatura e grao de hidratación), a frecuencia de miccións (catro ou máis ao día, a partir do cuarto día de vida), o tipo de deposicións e o intercambio de información coa nai (comportamento do acabado de nacer durante as tomas, signos de “subida” do leite) son elementos que, no seu conxunto, nos serven para saber se as cousas van ben ou non (véxase a táboa II).
- No período postnatal facilitaráselles a todos os pais a forma de poñerse en contacto con **grupos de apoio** á lactación da zona, o seu enderezo e teléfono deben constar no centro de saúde.
- Tamén se facilitará a organización de talleres de forma conxunta entre grupos, nais e persoal sanitario.
- Todo o referente á alimentación infantil quedará reflectido na súa **historia de lactación**.
- Difundir e expoñer a **normativa** escrita relativa á lactación natural coñecida por todo o persoal do centro.

Táboa II. Criterios de avaliación da efectividade da lactación materna

|  |
|--|
| <p>Anamnese e valoración</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de tomas.</li> <li>- Duración aproximada das tomas.</li> <li>- Miccións e deposicións do neno.</li> <li>- Ganancia de peso.</li> <li>- Posición do neno durante a toma.</li> <li>- Uso de suplementos de líquidos ou fórmula artificial.</li> <li>- Uso de mamadeiras ou chupetes.</li> <li>- Presenza de dor nas mamilas ou mamas.</li> <li>- Lesións.</li> <li>- Apoio familiar e da contorna. O abandono da lactación nos primeiros días posparto ten moitas veces a súa orixe nunha insuficiente preparación dos pais e nos variados e contraditorios consellos que reciben da contorna. É frecuente que a puérpera estea “asesorada” por unha nai, familiar ou amigas que non aleitaron ou que teñen ideas preconcebidas, a miúdo erróneas.</li> </ul>  |
| <p>Valoración de signos dunha inxestión e unha transferencia de leite adecuadas ao lactante</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar os signos dunha hidratación adecuada do lactante que toma o peito:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fontanelas normotensas.</li> <li>» Mucosa oral hidratada, ollos sen olleiras, sen que parezan afundidos.</li> <li>» Pranto con bágoa (non no neonato).</li> <li>» Os cueiros móllanse, compre cambialos polo menos 4-5 veces ao día.</li> <li>» Polo menos unha deposición diaria no primeiro mes da cor típica, amarelo mostaza. Se habitualmente as deposicións se presentan verdosas e explosivas, pode indicar escasa inxestión de leite. Cando cambian de deposicións grumosas a consistencia pomada, empezan a facer cada 2, 3, 4 ou máis días, sen que sexa patolóxico.</li> </ul> </li> <li>- Constatar unha adecuada inxestión calórica con base nun adecuado progreso ponderal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» O lactante gaña peso de maneira adecuada.</li> <li>» Perde peso os primeiros días de vida, cunha perda máxima considerada como fisiolóxica do 7-10 %. A recuperación adoita iniciarse a partir da semana de vida, gañando desde entón 20-30 g/día, é dicir, polo menos 140 g/semana, as 6 primeiras semanas de vida.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100-200 g/semana, menores de 4 meses</li> <li>• 80-150 g/semana, 4-6 meses</li> <li>• 0-80 g/semana, 6-12 meses</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
| <p>Valoración psicolóxica</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daremos apoio psicolóxico e comprensión.</li> <li>- Non angustiaremos con preguntas (deixar que se expresen, así reducimos a ansiedade).</li> <li>- Responderemos as preguntas que nos fagan.</li> <li>- Daremos a información necesaria para resolver o seu problema (xa que o seu estado emocional non vai permitir reter gran cantidade de información).</li> <li>- Asegurarémonos de que entenden todo o que dicimos.</li> <li>- Estaremos coas nais o tempo que necesiten (as présas aumentan a súa angustia).</li> <li>- Non coaccionaremos a decisión da nai sobre a lactación (podemos informar, aconsellar, pero nunca decidir por unha nai). Se elixen a lactación artificial, darase apoio psicolóxico, xa que a maioría das veces aparece un sentimento de culpabilidade.</li> </ul>  |

|   |
|---|
| <p>Valoración da toma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A postura debe ser adecuada, coa orella aliñada coa cadeira, sen que teña que torcer a cabeza para mamar. Para que o bebé colla ben coa súa boca a mamila e succione correctamente, é necesario que o corpo do bebé estea enfrontado co seu e que ao abrir a boca introduza na súa boca a mamila e gran parte da aréola.<br/>Signos que lle indican un bo agarre son que o pescozo do bebé está estendido, en posición de beber, que o queixelo do neno toca o peito, que a boca está ben aberta e co labio inferior cara á fóra e que se vexa máis a aréola por encima da boca que por debaixo.</li> <li>- Obsérvase a deglución e pódese oír tragar ao lactante.</li> <li>- O lactante infla as fazulas coma se comese goma de mascar (non as afunde)</li> <li>- Descartar anquiloglosia: o lactante debe poder pasar a lingua entre as enxivas sen dificultade.</li> <li>- A nai está nunha posición cómoda. Non existe unha única posición para aleitar o neno. O máis importante é que se sinta cómoda, que o agarre do peito sexa adecuado e que o bebé estea enfrontado e pegado ao seu corpo.</li> </ul> |
| <p>Valoración do peito da nai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A existencia de gretas ou bochas nas mamilas indica unha mala técnica, ben por unha posición inadecuada ao peito ou por un agarre non correcto da mamila.</li> <li>- Os seos ingurxitados ou pletóricos indican un baleirado inadecuado, ben por unha mala postura ao peito ou ben porque a nai atopa dificultades en poñer o seu bebé ao peito, normalmente porque se atopa excesivamente adormecido e non o pode espertar.</li> <li>- Observar se existen signos de mastite, como son o eritema, a tumefacción e a dor nas mamas, xunto coa posible aparición de signos sistémicos como febre e malestar xeral. Recomendaráselle acudir ao seu médico de familia ou xinecólogo para que valore o cadro clínico e a necesidade de tratamento, mantendo a compatibilidade coa lactación materna.</li> </ul>  |
| <p>Outras valoracións</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É importante que baleire ben o peito antes de pasar ao seguinte, posto que o leite do final ten máis graxa e máis calorías.</li> <li>- O lactante parece satisfeito despois da toma.</li> <li>- O peito está máis brandiño tras a toma.</li> <li>- Valorar os coñecementos dos pais para asegurar un feliz desenvolvemento da lactación materna: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Coñecen o mecanismo de produción do leite?</li> <li>» Saben espertar o lactante adormecido?</li> <li>» Saben recoñecer os signos precoces de fame?</li> <li>» Entenden o que significa a lactación materna a demanda?</li> </ul> </li> <li>- Constatar que a nai sabe extraerse o leite e que coñece as recomendacións para almacenar e conservar o leite materno (véxase o anexo 2).</li> </ul>   |

## B. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN DE NAIS ALEITANDO

*Remedios Cuns Hombre*

*Patricia Peñas Silva*

*Olalla López Suárez*

*Margarita Turnes Paredes*

### 1. INTRODUCCIÓN

Non é infrecuente que as nais lactantes acudan ao servizo de urxencias por problemas relacionados coa lactación. Estes levan asociada unha situación de angustia que deriva no desexo de abandono da lactación materna, facendo que moitas acudan solicitando a súa inhibición medicamentosa.

Os problemas máis frecuentes que xorden coa lactación materna son as gretas, que adoitan aparecer durante os primeiros días de lactación, e que son causa frecuente de abandono da lactación ao non poder soportar a dor que producen; a retención do leite que produce ingurxitación mamaria, a obstrución dun conduto lácteo, a mastite e as súas complicacións que son o absceso mamario e a mastite recorrente.

Támén é posible que a nai que está aleitando teña unha urxencia ou hospitalización por outro motivo, situación que pode poñer en risco a continuidade da lactación.

### 2. OBXECTIVOS

- Conseguir que, tras unha atención urxente dunha muller que está aleitando, non se interrompa a lactación materna.

### 3. ESTRATEXIAS

- Toda muller lactante que acuda a urxencias, tanto se o motivo polo que consulta está relacionado coa lactación materna como se non, será **valorada** para detectar, prever e, en caso necesario, dar resposta a dificultades coa lactación das que a muller non falou.

Cando o motivo sexa a lactación materna, realizarase unha avaliación para tratar de detectar problemas, previlos ou que adquiren dimensións maiores. A avaliación incluírá os aspectos recollidos na táboa II.

- A nai debe recibir **información** de reforzo sobre as vantaxes da lactación e o profesional tentará de detectar en que punto aparecen as dificultades e tratará de orientar a nai.
- Se a atención urxente non está relacionada coa lactación, informarámola de que pode continuar aleitando o seu bebé, salvo que exista unha contraindicación específica de lactación materna.
- Se a atención require o seu ingreso hospitalario:
  - » Facilitar o **aloxamento** conxunto de nai e neno.
  - » Permitir que persoas designadas pola nai se encarguen, ou colaboren, nos coidados do neno, para evitar sobrecargar o persoal sanitario que atende o paciente.
  - » Asegurarse de que os **medicamentos** que se lle van a administrar á nai son compatibles coa lactación materna, salvo que non exista alternativa compatible (véxase o anexo 3).
  - » No caso de que a lactación materna deba ser interrompida temporalmente, facilitaránselle á nai os medios para levar a cabo a **extracción do leite**.

- » Ante procedementos que requiran a separación temporal de nai e bebé, tentarase planificar para poder facilitar a extracción do leite materno con anticipación, e así poder utilizalo cando a nai estea ausente.
- Unha vez finalizada a atención, indicáremoslle onde pode dirixirse (matrona de atención primaria, grupos de apoio).

## C. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. SITUACIÓNS ESPECIAIS

*Carmen Fernández Tuñas*

*Alicia Iglesias Deus*

*Lorena Hermida*

### 1. INTRODUCCIÓN

En ocasións, os lactantes precisan seren ingresados, xa sexa por unha estancia curta de tempo no servizo de urxencias ou de forma máis prolongada durante a hospitalización, incluíndo tamén outras situacións especiais. A lactación materna pode verse comprometida temporalmente, polo que debemos favorecer a súa continuidade.

### 2. OBXECTIVOS

- Superar as posibles dificultades que poida levar consigo o ingreso dos nenos en pediatría para lograr a taxa máis elevada de lactación materna.
- Evitar a interferencia cos sucedáneos de leite materno e coa alimentación complementaria, achegando os alimentos que sexan adecuados para a idade do neno.

### 3. ESTRATEXIAS

- Preservar e **manter a unidade nai e neno** e o coidado da saúde de ambos cobra unha maior importancia na hospitalización do neno. Ademais, sumámoslle o efecto que sobre a saúde da nai supón a enfermidade e hospitalización do seu fillo e as súas repercusións sobre a vida laboral da muller, e viceversa, coas dificultades para manter a unidade nai e fillo e a integridade da vida familiar e laboral.
- Facilitar que os **nenos que maman permanezan ingresados coas súas nais**:
  - » Permitir que as nais permanezan cos seus fillos hospitalizados para asegurar a continuidade da lactación natural e que se lles proporcione unha alimentación complementaria adecuada.
  - » Fomentar a lactación materna a demanda durante a estancia hospitalaria, nos cuartos e tamén en áreas específicas para aleitar (na planta e no servizo de urxencias), coa condición de que a patoloxía do neno non leve consigo risco de contaxio a outros nenos nas áreas comúns.
  - » Dispoñer de instalacións para extraer e almacenar o leite materno. Animar a nai a que se extraia leite para administrarlllo ao neno se a nai ten que ausentarse ou naquelas situacións nas que a patoloxía do neno fai que a súa capacidade para a lactación estea deprimida.
  - » Permitir pausas para a lactación na muller que estea a traballar.
  - » Nesas escasas situacións sanitarias en que os lactantes non poden, ou non deben, ser aleitados, deberíase ofrecer unha alternativa como proporcionar o leite materno extraído

da propia nai do lactante, o leite dun banco de leite humano, ou un sucedáneo do leite materno.

- » Fomentar unha alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua e apropiada sen interrupción da lactación materna.
- » Comprobar que a lactación materna é efectiva (véxase a táboa II).

## LACTACIÓN MATERNA EN SITUACIÓNS ESPECIAIS

### • Lactante hipotónico

1º. Iniciar a lactación canto antes e con tomas especialmente frecuentes. O coidado método canguro (pel con pel) debe ser fortemente recomendado. Se o bebé non se alimenta ben, tocalo pode ser estimulante para facilitar espertar o bebé para as tomas.

2º. Mostralle á nai técnicas de estimulación e de compresión mamaria durante a toma.

3º. Recomendar posicións de agarre profundo, nas que actúe a lei da gravidade sobre a cabeza do bebé e nas que poida aforrar enerxía.

4º. A posición Dancer pode ser de utilidade para a nai porque suxeita o seu peito e o queixo e mandíbula do bebé mentres mama. A técnica de Dancer consiste en que a nai suxeita o peito e a mandíbula do neno ao mesmo tempo, para iso coa palma da man e o 3º, 4º e 5º dedos suxeita a mama desde abaixo e co 1º e 2º dedos forma un “U” que agarra a mandíbula do neno, facendo unha presión suave sobre os músculos maseteros que axuda ao agarre do peito.



Figura 2. Posición Dancer

Imaxe orixinal incluída no *Protocolo clínico nº 16 ABM: Amamantado al bebé hipotónico*, utilizada co permiso da autora Jennifer Thomas

É necesario axudar as fazulas para formar o soporte estrutural para que o lactante poida facer o baleiro e succione de forma adecuada.

É útil en prematuros e en nenos con síndrome de Down.

Hai outras estratexias para axudar a que o bebé se agarre e tome leite que tamén poden ser efectivas. As posicións de crianza biolóxica (Colson), cabaliño e rugby tamén adoitan dar bos resultados.

5º. Realízase a avaliación da succión e das tomas. No seguimento, prestarase especial atención á evolución dos patróns de succión e á calidade do afianzamento ao peito.

6º. Control frecuente de peso e valoración adecuada dos suplementos.

- **Lactante hipertónico**

Ademais das medidas antes nomeadas:

- 1º. Recalcarlle á familia a importancia do máximo contacto físico posible co bebé.
- 2º. Rebaixar estímulos, debe evitarse calquera elemento que poida provocar estrés.
- 3º. Posicións de contención. Posición de crianza biolóxica, rugby e calquera outra variante que impida o arqueo e minimize a tensión.
- 4º. Optimizar o agarre: axudar con técnicas como “hamburguesa”. Son bebés que non dan moito tempo a posicionarse, maman con moita tensión e poden danar o peito con facilidade.

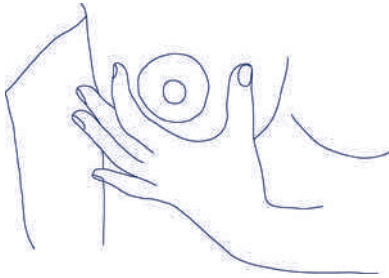


Figura 3. Técnica de hamburguesa posición horizontal

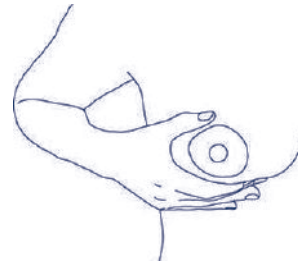


Figura 4. Técnica de hamburguesa posición vertical

Algúns bebés con alteracións neurolóxicas presentan un reflexo de mordida que pode impedir a lactación directa do peito.

- **Lactante con labio leporino e/ou padal fendido:** colocar o neno o máis incorporado posible.

O neno debe sosterse de modo que o labio fendido quede orientado cara á parte superior do peito.

A nai pode ocluír a fendedura do labio co polgar ou outro dedo e/ou dar soporte ás fazulas do lactante ao fin de reducir o ancho da fendedura e incrementar o peche ao redor da mamila.

Sobre todo se se acompaña de padal fendido, a posición debe ser semiincorporada ao fin de reducir a regurxitación nasal e o refluxo cara ás trompas de Eustaquio. Dúas posturas útiles son a posición de rugby modificada (posición de rugby co neno máis incorporado) e, en nenos máis maiores, a posición do cabalo.





Figura 5. Posición de rugby



Figura 6. Posición do cabaliño

Imaxes cedidas por Alba. Asesoría Lactancia Materna:

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>

- **Lactante con patoloxía infecciosa (gastroentérica, respiratoria):** a lactación materna protexe os nenos fronte ás infeccións en xeral e, en caso de presentar algún proceso infeccioso, adoita ser menos grave que nos nenos alimentados con sucedáneos do leite materno.

Como norma xeral, aconséllase manter a lactación materna nestas situacións. Se de forma transitoria precisase suspendela, animarase a nai á extracción e almacenamento do leite.

Dado o estado clínico do neno, poida que realice tomas de menor duración (menos cuantiosas), de aí a importancia de ofrecerlle o peito de forma frecuente.

No caso de procesos respiratorios tipo bronquiolite, é fundamental o lavado nasal con soro salino fisiolóxico e a aspiración de secrecións antes da toma. Tamén pode ser útil manter o neno máis incorporado durante e tras a toma. O tratamento nebulizado, se procede, administrárase tamén antes da toma.

- **Lactante con cardiopatía:** de forma xeral débese tentar manter a lactación materna por succión directa ou ben a través de sonda nasogástrica, pero hai que valorar cada caso en particular e individualizar segundo a situación clínica do paciente e o seu estado nutricional.

Pode estar indicado o uso de sonda cando a administración oral supón un empeoramento da situación hemodinámica, por aumento da fatiga en caso de insuficiencia cardíaca conxestiva ou por aumento da dificultade respiratoria en caso de hipoxia.

Polo tanto, neste contexto pode ser que o neno realice tomas por succión directa de menor duración pero máis frecuentes ou que a nai teña que extraer leite con sacaleites para baleirar adecuadamente a mama ou para poder administrarlle ao neno a través de xiringa, vaso ou culler ou mesmo a través de sonda.

As **posicións biolóxicas** son útiles moito máis aló das primeiras semanas, tanto en lactacións con éxito como en todo tipo de dificultades (como dolor no peito, anquiloglosia, retrognatia, alteracións do ton muscular do bebé, folgas de lactación). Moi recomendables en contacto pel con pel.

Na posición de crianza biolóxica (Colson), a nai está recostada, semirreclinada (non horizontal) e o bebé está tombado sobre ela boca abaixo, en forma lonxitudinal ou oblicua, o que lle confire unha estabilidade postural natural.

O contacto dispara a estimulación dos reflexos neonatais primitivos, iníciase a secuencia de movementos e finalmente consegue por si mesmo un bo agarre automático. A súa lingua queda adiantada e a lei de gravidade fai o resto.

A nai procura que o bebé non caia e, se é moi pequeno ou inmaduro, dalle un soporte aos pés coas súas mans.

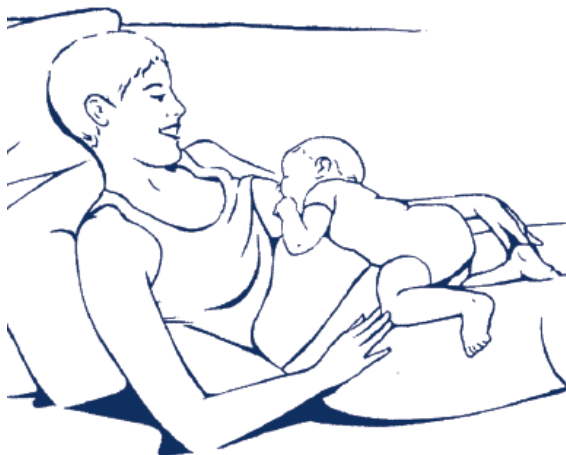


Figura 7. Posición de crianza biolóxica ou de Colson

A imaxe é de distribución libre. *La Liga de la Leche*: <http://www.llli.org/btissue5pg04>

# V GRUPOS DE APOIO Á LACTACIÓN MATERNA

*María Áurea Rodríguez Blanco*

*Sonia Uceira Rey*

*Paloma Bóveda Fernández*

## 1. INTRODUCCIÓN

Os grupos de apoio proporcionan información, apoio e estímulo, principalmente a través de axuda persoal, a todas as nais que queiran aleitar os seus fillos, ás súas parellas e a calquera outra persoa interesada en aprender e compartir sobre lactación materna.

Para tal fin, nais voluntarias con experiencia en aleitar fórmanse especificamente sobre asesoramento en lactación materna, seguindo recomendacións oficiais da OMS e a Asociación Española de Pediatría (AEPED). A filosofía é de traballo de nai a nai, baseado na empatía, a comunicación activa, a información veraz para a toma de decisións libres e informadas, e o profundo respecto polas decisións de cada muller.

Considérase que é de vital importancia a axuda que unha nai lle pode prestar a outra nai para entender as necesidades do seu bebé e para aprender a satisfacelas do mellor modo posible, aínda que será sempre un complemento aos cuidados do pediatra e outros profesionais da saúde.

A Área de Xestión Integrada de Santiago apoia a cooperación entre os profesionais sanitarios e os grupos de apoio á lactación materna da zona, tales como: Mámoa, Teta e Coliño, Aloumiños de Leite, Achuchar e os novos que poidan xurdir; así como coa súa federación, Fedegalma.

## 2. OBXECTIVOS

- Axudar as nais de toda a área sanitaria a aleitar mediante a axuda, o apoio, a información e a formación nai a nai, e en promover un mellor entendemento da lactación como elemento importante do adecuado desenvolvemento do neno e a da nai.
- Crear un espazo de intercambio de experiencias sobre a lactación, promovendo a interacción entre as familias e a aprendizaxe continua.
- Defender o dereito a aleitar e a ser aleitado durante tanto tempo como nai e fillo desexen.
- Asesorar acerca da conciliación da vida familiar e laboral coa crianza, incluíndo o papel do pai e outros familiares na lactación.
- Informar sobre a compatibilidade da lactación co traballo remunerado, así como sobre os dereitos laborais relacionados coa lactación: permisos maternais, redución de xornada e outros.
- Divulgar a importancia da lactación materna a nais, pais, profesionais da saúde e do ensino, persoas interesadas e medios de comunicación.
- Establecer colaboracións con outros axentes implicados na lactación, de forma puntual ou continuada.

## 3. ESTRATEXIAS

- Facilitarase o **contacto cos grupos de apoio** á lactación natural e procurarase que as nais se poñan en contacto con eles ao saír do hospital (e ofreceránselle á nai os recursos de apoio á lactación que existan na súa área).

- » Todos os centros de saúde terán coñecemento sobre os grupos locais. A nai será informada sobre eles xa no período prenatal
- » Nas áreas de espera de consulta de obstetricia, paritorio, neonatoloxía, lactantes, matronas, enfermeiras e pediatras de primaria, colocaranse carteis dos grupos de apoio da zona, e dispoñerase de folletos informativos sobre estes.
- » No momento da alta hospitalaria tras o parto facilitarase o contacto (folletos, teléfonos ...) dos grupos de apoio da zona das nais.
- Convidar os grupos de apoio a participar en obradoiros de lactación, e a outras actividades formativas ou informativas nos centros de saúde e hospital, dirixidas a familias e profesionais, concedendo especial importancia a:
  - A asistencia de voluntarias cos seus bebés lactantes, para que as persoas asistentes poidan obter referentes visuais directos das técnicas de lactación.
  - Coñecer experiencias das nais da zona, para achegarse á realidade da lactación no día a día, obter ferramentas prácticas e axustar expectativas.
  - Apoiar actos organizados polos grupos de apoio, favorecer a dispoñibilidade de espazos no hospital e nos centros de saúde, e colaborar na súa difusión. Por exemplo, mesas informativas, obradoiros sobre lactación para embarazadas ou conferencias da Semana Mundial da Lactación Materna.
  - Convidar os grupos de apoio a **participar na Comisión de Lactación** da área, e a reservar polo menos dous postos para os seus membros.
  - As distintas profesionais en contacto con mulleres embarazadas e aleitando informarán da existencia do **foro de lactación materna** para pais e nais do Comité de Lactación da Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/foros/foro-comite-lactancia-materna/dubidas-sobre-lactancia-materna-pais>.

# VI SENSIBILIZACIÓN E CAPACITACIÓN DOS PROFESIONAIS SANITARIOS

María Áurea Rodríguez Blanco

Sonia Uceira Rey

Paloma Bóveda Fernández

## 1. INTRODUCCIÓN

Existen unha serie de puntos débiles na formación dos profesionais sanitarios relacionados fundamentalmente coa valoración do leite materno, a existencia de rutinas arraigadas na organización, prexuízos contra a lactación materna, baixa empatía coas nais e familias, descoñecemento do rol dos grupos de apoio ou falta de habilidades para resolver as diferentes incidencias que xorden no proceso.

Estas circunstancias fan necesario que os profesionais reciban unha formación continuada en lactación materna que os capacite para exercer as súas funcións da forma máis efectiva.

## 2. OBXECTIVOS

- Capacitar e sensibilizar a todo o persoal para que poida poñer en práctica a política de lactación materna da forma mais efectiva.

## 3. ESTRATEXIAS

- Difusión da **política de lactación** materna:
  - » Mostrarase en todas as áreas que atenden as mulleres embarazadas, as nais lactantes e nenos e nenos pequenos (copia en papel nas unidades, copia electrónica na carpeta pública do centro).
  - » Será comunicada a todo o persoal de saúde que teña contacto con mulleres embarazadas, nais lactantes e nenos e nenos pequenos.
  - » En cada centro haberá una normativa impresa e o persoal recibirá unha copia *en liña* da política tan pronto como comeza a traballar.
  - » No manual de acollida das unidades constará que o persoal de nova incorporación terá que informarse sobre os procesos específicos de lactación.
- Desenvolver un plan de formación continuada acreditada en lactación materna para todos os profesionais que vaian atender a muller durante a súa xestación, parto e posparto, que comprenda a formación adecuada para adquirir **competencia** e **habilidades** necesarias para implantar a política de lactación materna. Programaranse cursos de nivel 1 e 2.
  - » Establecer anualmente unha planificación que será **aprobada pola xerencia**.
  - » Os **responsables de formación** no Hospital Clínico Universitario, no Hospital da Barbanza e en Atención Primaria encargaranse de realizar a proposta de formación necesaria para abranguer a todos os profesionais implicados, así como de avaliar anualmente as necesidades formativas e a avaliación da formación e de publicar o índice de persoal formado por categorías traballando nos servizos implicados nese momento.

- » Facilitar a formación para o persoal que poida ter contacto ocasional con mulleres embarazadas ou lactantes, e nenos e nenas pequenos (atención primaria, persoal de urxencias...) e o persoal eventual ou fixo de nova incorporación.
- Programar **formación** para poder reforzar o vínculo nai-neno ás nais que deciden non aleitar, así como a correcta preparación dos biberóns.

## VII BIBLIOGRAFÍA

- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Sede web. UNICEF España. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
- Comisión Europea, Ministerio de Sanidade e Consumo, Organización Mundial da Saúde, IRCSS, UNICEF. Proyecto de la UE sobre la promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de lactancia en Europa: plan estratégico. [monografía en Internet]: Comisión Europea; 2004
- Estrategia Mundial de lactancia materna para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial da Saúde 2003. ISBN 92 4 356221 5. Disponible en: <http://www.lactando.org/guia/18.pdf>
- Iban. Recusos para la lactancia materna. Disponible en: <https://www.ihan.es/cd/documentos.html>
- Recomendaciones sobre lactación materna. Comité de Lactación Materna da Asociación Española de Pediatría. 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
- American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012; 129, e827 -e841.
- Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev 2002; 10: 5-18.
- Riaño Galán, I.; Lasarte Velillas, J. “Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)”. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografía Nº 5 AEP. Madrid: AEP, 2004: 409-18. Diponible en: [http://www.ministeriodosalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_lactancia\\_materna\\_AEP.pdf](http://www.ministeriodosalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf)
- Lozano da Torre, M. J.; *Lactación materna. En protocolos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica de la AEP*. 2010, 2ª ed. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- Organización Mundial da Saúde (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of and Expert Consultation. Xenebra: OMS, 2001. Disponible en: [http://www.who.int/child-adolescenthealth/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CAH\\_01\\_24.pdf](http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf)
- Organización Mundial da Saúde (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. Xenebra: OMS, 2002. Disponible en: [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CAH\\_01\\_23.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf)
- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO. Organización Mundial da Saúde. Xenebra. 1998. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf)
- Como promover e apoiar a lactación materna. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactación Materna da Asociación Española de Pediatría. 2005.
- Organización Mundial da Saúde (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Xenebra: OMS, 1991. Disponible en: [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)

- Organización Mundial da Saúde (OMS). Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Xenebra: OMS, 1981. Dispoñible en: [http://www.who.int/nut/documents/code\\_english.PDF](http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF)
- Manual de lactación materna. Da teoría á práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008. Dispoñible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, 2011. Dispoñible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia\\_lm\\_h12o\\_2011.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf)
- Lactancia materna y contrastes radiológicos. Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2014. Dispoñible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-y-contrastes-radiologicos>
- José María Paricio Talayero. Lactación materna, medicamentos e outras sustancias. Hospital Marina Alta, Denia, Alicante. Madrid 11 ao 13 de novembro de 2004. Dispoñible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/medicamentoylactancia.pdf>
- EL Blog de Lactando. Grupo de apoio a la Lactancia Materna. Grupo de Apoio á Lactación Materna. Dispoñible en: <https://lactando.wordpress.com/>
- Gómez Papi, A.; Paricio Talayero, J.; Closa Monasterolo, R. Fármacos y lactancia materna. Protocolo número 6. Asociación Española de Pediatría. 2008: 47-57.
- Lactancia y medicamentos. Una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. Paricio Talayero J. M.; Lasarte Velillas J. J. Comité de Lactancia Materna de AEP. Dispoñible en: [http://www.ihan.es/cd/documentos/Triptico\\_medicamentos.pdf](http://www.ihan.es/cd/documentos/Triptico_medicamentos.pdf)
- Protocolos diagnóstico-terapéuticos da AEP: Neonatoloxía; 2ª edición, 2008. Dispoñibles en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- Lactancia materna, una guía para la profesión médica. Lawrence, R. y R. (2007). Editorial Elsevier Mosby.

### **Páxinas web de interese**

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/>

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

<http://www.biologicalnurturing.com/pages/downloadarticles.html>

[http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol\\_16\\_Spanish\\_120611.pdf](http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_16_Spanish_120611.pdf)

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

<http://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales>



# ANEXO 1. RAZÓN MÉDICAS PARA O USO DE SUCEDÁNEOS

*Carmen Fernández Tuñas*

*Alicia Iglesias Deus*

*Lorena Hermida*

## 1. INDICACIÓN

A lactación materna exclusiva pode practicarse desde o nacemento, salvo no caso dalgunhas afeccións médicas, e se se practica sen limitacións, propicia unha abundante produción de leite. A gran maioría das nais poden aleitar os seus fillos, do mesmo xeito que a gran maioría dos lactantes poden ser aleitados. Só en circunstancias excepcionais pode considerarse inadecuado para un lactante o leite da súa nai.

Un número pequeno de condicións de saúde do bebé e da nai podería xustificar que se recomendase non aleitar de maneira temporal ou permanente. Estas condicións, que afectan a moi poucas nais e os seus bebés, menciónanse a continuación xunto a outras condicións maternas que, aínda que serías, non son razóns médicas para o uso de sucedáneos do leite materno.

En calquera caso, cando se considere a interrupción da lactación, haberá que sopesar os riscos de calquera das condicións enumeradas a continuación en función dos beneficios que reportaría a lactación materna.

### • Afeccións infantís

- » Lactantes que non deben recibir leite materno de forma exclusiva, nin outro leite de forma exclusiva:
  - Lactantes con galactosemia clásica: necesítase unha fórmula especial libre de galactosa.
  - Lactantes con aminoacidopatías: necesítase unha fórmula especial libre de aminoácidos tóxicos para o neno. Ao cabo de varios días pode recibir algo de leite materno segundo a prescrición médica.
- » Neonatos/as para quen o leite materno é a mellor opción de alimentación, pero que poden necesitar outros alimentos por un período limitado ademais de leite materno:
  - peso menor a 1500 g (moi baixo peso ao nacer)
  - menos de 32 semanas de xestación (moi prematuros)
  - con risco de hipoglicemia debido a unha alteración na adaptación metabólica ou incremento da demanda da glicosa, en particular aqueles que son prematuros, pequenos para a idade de xestación ou que experimentaron tensión significativa intraparto con hipoxia ou isquemia, aqueles que están enfermos e aqueles cuxas nais son diabéticas se a glicemia non responde a lactación materna óptima ou alimentación con leite materno.
- » Afeccións no lactante que poderían xustificar que se evite a lactación materna temporalmente:
  - Na infección conxénita ou adquirida por citomegalovirus (CMV) a través do leite materno en nenos de alto risco (prematuros) ou con infeccións graves pode considerarse suspender a administración ou conxelar o leite materno durante a infección, especialmente en ausencia de tratamento antiviral.

- **Afeccións maternas**

As nais afectadas por algunha das condicións mencionadas abaixo deberían recibir tratamento de acordo coas guías estándar:

- » Afeccións maternas que poderían xustificar que se evite a lactación **permanentemente**:
  - Infección por VIH: se a alimentación de substitución é aceptable, factible, alcanzable, sustentable e segura (AFASS)
  - Infección por HTLV1
- » Afeccións maternas que poderían xustificar que se evite a lactación **temporalmente**:
  - Enfermidade grave que lle impide á nai coidar do seu bebé, por exemplo, a septicemia.
  - Herpes simple tipo I (HSV-1): débese evitar contacto directo entre as lesións no peito materno e a boca do bebé ata que toda lesión activa estea resolta.
- » Medicación materna e uso de substancias (véxase o ANEXO 3)
- » Afeccións maternas durante as cales pode continuar a lactación, aínda que representan problemas de saúde preocupantes:
  - Absceso mamario: a lactación debería continuar co lado non afectado e co peito afectado podería reiniciarse unha vez comezado o tratamento. Se se require de incisión é recomendable, na medida do posible, realizala o máis afastada posible da mamila e da aréola, para facilitar o restablecemento da lactación nese peito.
  - Hepatite B: os lactantes deben recibir canto antes e idealmente nas primeiras 12 horas de vida a vacina da hepatite B e a gammaglobulina hiperinmune específica.
  - Hepatite C
  - Mastite: a recomendación é proceder á drenaxe intensiva da mama, idealmente mediante a colocación do bebé ao peito todas as veces posibles do lado afectado xunto con masaxe na zona, e proseguir a extracción a man ou con extractor ata conseguir extraer o leite máis espeso que quedase remanente.
  - Tuberculose: o manexo da nai e o bebé debe facerse de acordo coas normas nacionais de tuberculose.

## ANEXO 2. EXTRACCIÓN, PROCESAMENTO E CONSERVACIÓN DO LEITE MATERNO

*Salomé Quintáns Lago*

*Olalla López Suárez*

*Margarita Turnes Paredes*

*Maria Ponce Marín*

### 1. INDICACIÓNS

- Está indicado naquelas nais que necesiten conservar o leite materno para un consumo posterior, ben por problemas de saúde do bebé (prematuros, patoloxía grave) ou ben porque a súa produción é superior ao consumo do bebé.
- Tamén naqueles casos en que a nai traballe fóra do fogar para poder alimentar o seu neno durante a súa ausencia, ou en casos de necesidade de alivio por conxestión mamaria.

### 2. ESTRATEXIA

#### I. EXTRACCIÓN

A extracción de leite materno pódese facer de maneira manual ou con sacaleite mecánico. Para iso a nai ten que estar nun ambiente familiar, cómodo, centrada, mirando o seu bebé, ou na súa falta, pensando nel. Antes de calquera dos dous métodos debe lavar as mans e preparar o recipiente esterilizado onde se gardase o leite.

É importante que a nai teña unha dieta variada e saudable e tamén debe ter períodos de descanso mesmo durante o día para manter unha boa produción de leite materno.

A extracción do leite materno debe facerse:

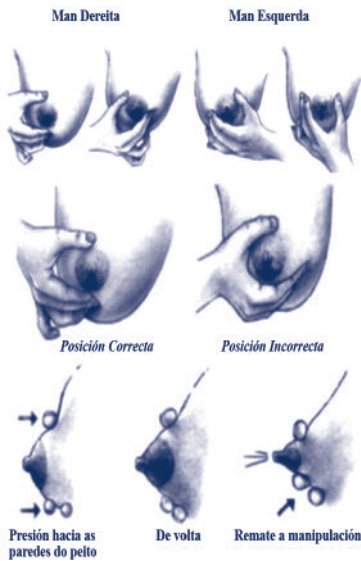
- Se o bebé non pode succionar cada tres horas durante o día e polo menos unha vez na noite.
- Nas primeiras semanas de vida é totalmente normal que os bebés só tomen dun peito en cada toma e a produción establécese ben. Non obstante, en bebés que rexeitan un peito, débese seguir estimulando a produción do outro peito, ata que se atope a causa dese rexeitamento.
- Se hai conxestión mamaria entre tomas. Neste caso, habería que facer unha valoración completa da toma, para saber por que o peito queda tan cheo, pode ser desde algo normal ata unha ingurxitación, obstrución ou mastite. De non ser necesario suplementar o bebé e de non haber unha conxestión tal que esixa drenaxe, a idea sería ir extraendo o menos posible de cada vez, o xusto para aliviar, para non incentivar a creación de receptores de prolactina e provocar así unha hipergalactia. Pode axudar aplicar frío local tras as tomas.
- Despois da lactación se o bebé non consegue baleirar a mama e queremos conservar leite para cando a nai non poida aleitalo.

Os métodos de extracción son os seguintes:

- a) De maneira **manual** é a aconsellable para aliviar a conxestión mamaria ou extraer o calostro. Os pasos que hai que seguir son os seguintes:
  - 1- Masaxe circular dos peitos cara á aréola.

- 2- Agarrar o peito coa man en forma de C, colocando o polgar sobre o peito e o índice de forma oposta ao polgar, colocados por encima da aréola. Débese premer con ambos os dedos o peito cara á caixa torácica, tirar xuntos cara á mamila e posteriormente liberar. Desta maneira iniciácese o goteo de leite.
- 3- Cando o chorro de leite empece a diminuír, irase rotando e realizando a mesma técnica ao longo de todos os segmentos do peito ata terminar de facer a extracción.
- 4- Esta técnica realizácese durante 3-5 minutos de cada peito alternando e o proceso durará entre 20-30 minutos.

b) De maneira **mecánica**: mediante sacaleite que pode ser manual, con pilas ou eléctrico. A técnica de uso é a seguinte:



Efectuar unha masaxe no peito e estimular a mamila.

Extraer o leite do peito ata que só obteñan unhas pingas, durante o proceso de extracción algúns sacaleites permiten axustar a intensidade da succión.

Cambiar de peito e repetir a técnica.

Extraer 5-7 minutos dun peito, cambiar de peito, 5-7 minutos, volver ao primeiro outros 5-7 minutos e outra vez no segundo peito 5-7 minutos.

A limpeza dos sacaleites débese facer despois de cada uso lavándoo con auga e xabón e aclarándoo abundantemente, deixácese secar o aire e no hospital sécase con gasas.

c) De maneira **híbrida**:

É unha técnica para maximizar a extracción de leite, sobre todo en casos de lactación inducida ou diferida, baseada na combinación de tres elementos: extracción con sacaleites + masaxe e compresión simultáneas + posterior extracción manual. Os pasos son os seguintes:

- 1) Masaxe previa de estimulación en ambas as mamas.
- 2) Comezar co extractor eléctrico dobre. É fundamental comprobar o talle das copas.
- 3) Sen deixar o sacaleites, iniciar masaxe-compresión de ambas mamas (ao mesmo tempo, ou primeiro unha e logo a outra), de forma continua, como querendo espremer suavemente cara ás copas. Insistir nos cuadrantes que se noten con acumulación de leite.
- 4) Cando cesa o fluxo de leite, parar a extracción e repetir a masaxe.
- 5) Continuar con extracción dunha soa mama (xa sexa con extractor ou de forma manual, ou ambas), axudándose de compresión manual. Repetir, ir alternando as mamas.

Para o paso 3) resulta moi útil o uso dunha camiseta/suxeitador perforado que sosteña as copas do extractor ben colocadas sobre os peitos. Así as mans quedan libres para realizar a masaxe-compresión simultáneo á extracción.

O resultado de todos estes pasos é unha obtención moito maior de leite, e cun contido significativamente máis graxo, o cal resulta de interese sobre todo para nais de prematuros.

O proceso debe repetirse como mínimo oito veces ao día.

As recomendacións de **esterilización** son:

En caso de leite para prematuros ou nenos e nenas con alta vulnerabilidade: esterilizar unha vez ao día todo o equipo de recolección do leite fervendo todas as partes en auga durante 15-20 minutos, ademais dunha limpeza de todas as partes do *kit* de extracción antes e despois do seu uso.

En nenos sans pode non precisarse esterilizar todos os días.

## II. CONSERVACIÓN

Para a conservación do leite materno é necesario **etiquetar** os recipientes con data e hora da extracción, se o neno ou nena permanece no hospital tamén se debe escribir o nome.

Evitarase a perda da cadea de frío en todo momento:

- Cando o neno ou nena vaia ser alimentado nas seguintes 24-48 horas, procederase a súa refrixeración.
- Se vai recibir este leite despois das 48 horas, procederase á súa conxelación.
- Se a nai non pode levar o leite nas 24 horas seguintes á extracción, procederá á súa conxelación.

Detallamos a continuación a duración segundo o tipo de conservación do leite materno acabado de extraer:

- Temperatura ambiente entre 19 ° - 22 °C : 8-10 horas
- Frigorífico temperatura entre 0 ° - 4 °C: de 2-5 días
- Conxelador dentro da neveira: 15 días
- Conxelador separado da neveira temperatura entre 0 e -19 °C: 3-4 meses
- Conxelador separado da neveira temperatura inferior a -19 °C: 6 meses

A desconxelación do leite realizácese dentro da neveira e o seu quecemento será a baño María ou con quentabiberóns de aire seco, durante non máis de 15-20 minutos a unha temperatura de 36-37 °C. Nunca se debe ferver ou quentar no microondas.

## III. CIRCUÍTO DO PROCESAMENTO DO LEITE MATERNO NA UNIDADE DE NEONATOLOXÍA

### **a) Transporte do domicilio o hospital**

Usarase un recipiente tipo neveira portátil con placas de xeo para evitar perda da cadea de frío.

## **b) Manipulación adecuada do leite extraído**

O persoal da unidade de referencia debe comprobar a correcta etiquetaxe do leite extraído.

A manipulación do leite debe facela persoal cualificado cunha estrita hixiene de mans, retirada previa de reloxs, aneis, e pulseiras, colocación de bata, gorro e máscara.

## **c) Rexistro**

Realízase o rexistro correcto de entrada e saída de leite materno para a determinación segura e fiable das cantidades recollidas de cada muller e dadas a cada bebé.

## **d) Procesamento de conservación e almacenamento**

Na unidade de neonatoloxía realízanse as seguintes actuacións:

- Almacenamento ordenado e clasificación do leite materno por antigüidade de extracción, prestando especial atención ao calostro.
- Control da temperatura, evitar a apertura das portas do frigorífico e conxelador para manter a correcta cadea de frío.
- Non volver conxelar o leite unha vez fose desconxelado.
- Usar leite fresco, non refrixerado, na seguinte hora á súa extracción.
- Comprobar o correcto peche das tapas dos biberóns para previr contaminación no proceso.

## **e) Conservación e desconxelación**

- Evitar encher excesivamente biberóns ao conxelar.
- Orde estrita nas reservas do leite para cada bebé con etiquetaxe correcta e ordenada segundo data de extracción.

## **f) Procedemento de quecemento do leite**

- Uso de quentabiberóns adecuado para quentar de maneira gradual nun tempo de non máis de 15-20 minutos a unha temperatura de 36-37 °C.
- O leite materno debe darse inmediatamente despois de quentarse, por iso non debe quentarse con antelación sen saber se o bebé vai tomalo.

## **g) Recollida e limpeza dos biberóns e do leite materno non usado**

- Será retirado polo persoal auxiliar. O leite non usado debe refugarse inmediatamente e realizar o baleirado dos biberóns, colocándoos en zona de sucio.
- A zona de sucio debe estar separada da zona limpa dos frigoríficos e quentabiberóns, debe limparse polo menos dúas veces ao día.

## ANEXO 3. COMPATIBILIDADE DE MEDICAMENTOS E LACTACIÓN MATERNA

María Luz Couce Pico

Ángeles Fernández Rodríguez

Estrella López-Pardo

### 1. INTRODUCCIÓN

Máis do 90 % de mulleres toma medicamentos, plantas medicinais e produtos a base de plantas durante o período de lactación e é frecuente que deixen de dar o peito por este motivo, aínda que a gran maioría deles son compatibles coa lactación materna.

A nai lactante debe ter sempre presente que o que ela tome pode afectar o seu bebé, polo que durante a lactación, máis que en ningún outro momento, non debe tomar ningún medicamento sen consultar antes cun profesional sanitario que a poida asesorar adecuadamente.

Considérase de grande utilidade consultar a páxina web [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org), que permite consultar a compatibilidade da lactación materna con 16.322 termos respecto de fitoterapia (plantas), homeopatía e outros produtos alternativos, procedementos médicos e cosméticos, contaminantes, enfermidades maternas e do lactante e máis.

A base de datos de e-lactancian mantena APILAM <http://apilam.org/lactancia-e-medicacion/e-lactancia-e.html>, asociación altruísta de carácter sanitario, científico e cultural que ten como obxectivo xenérico a promoción da saúde, tanto no ámbito persoal como comunitario, fomentando estilos de vida sans e prestando especial atención á saúde materno-infantil, con especial atención á lactación materna. Cumpre os criterios éticos do proxecto Webs Médicas de Calidade (WMC) en lingua española.

### 2. MEDICAMENTOS

O paracetamol ou o ibuprofeno non causan ningún problema na lactación.

Os antibióticos habituais son compatibles coa lactación, aínda que é necesario evitar os referidos na táboa III.

En xeral, as hormonas, incluídos os corticoides, a insulina e a tiroxina son compatibles coa lactación; só hai que evitar os estróxenos, pois provocan diminución na produción de leite.

Os anticonceptivos de elección son os mecánicos (preservativo, DIU), as pímulas con progestáxenos e o método MELA.

*Táboa III. Fármacos e drogas de abuso social contraindicados na lactación*

|                        |  |
|------------------------|--|
| Anticoagulantes        | Fenidiona  |
| Cardiovasculares       | Amiodarona<br>Derivados do ergot (inhiben prolactina): ergotamina                    |
| Xinecolóxicos          | Derivados do ergot: bromocriptina, carbegolina, lisurida                             |
| Antineoplásicos        |  |
| Psicofármacos          | Anfetaminas  |
| Ioduros, mesmo tópicos |  |
| Drogas de abuso social | Anfetamina, cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, marihuana, haxis, alcohol en exceso |

O iodo é prexudicial en exceso e os fármacos ioduros conteñen gran cantidade. Durante o embarazo e lactación as mulleres deben tomar un suplemento de 200 microgramos de iodo en forma de ioduro potásico, ademais de consumir peixe e sal iodada.

Os citostáticos son compatibles coa lactación a dose inmunomoduladoras, como as que se prescriben para enfermidades sistémicas.

*Táboa IV. Fármacos a tomar con precaución durante a lactación*

|   |  |
|---|--|
| Antibióticos e antiinfecciosos  | Amantadina (RL), Cloranfenicol (H) , Quinolonas, Floxacino (Ou)<br>Clindamicina (G) Lindano (H)  |
| Antiepilépticos   | Fenobarbital, primidona (S)  |
| Antihistamínicos  | Antihistamínicos de primeira xeración (S, RL)  |
| Antiinflamatorios   | Sales de ouro (Ou)   |
| Cardiovasculares  | Reserpina (S)  |
| Betabloqueantes (CV)  | menos Labetalol, Oxprenolol, Propranolol ou Metoprolol   |
| Vasodilatadores antiadrenérxicos (CV)   | Non Metildopa non Hidralazina  |
| Desconxestivos nasais (CV, I)   |  |
| Diuréticos  | Tiazidas (RL)  |
| Drogas sociais  | Alcohol (S), cafeína (I), tabaco (I)   |
| Endocrinolóxicos  | Algúns antidiabéticos orais  |
| Estróxenos (RL)   |  |
| Gastrointestinais   | Laxantes “activos” (G)   |
| Inmunosupresores (H)  | De elección Ciclosporina e Azatioprina   |
| Psicofármacos   | Clorpromacina (S)<br>Benzodiacepinas (S) (elixir lorazepam como ansiolítico)<br>Doxepina (S, CV) (elixir sertralina, paroxetina ou fluoxetina)<br>Nefazodona (S, CV) (elixir sertralina, paroxetina ou fluoxetina)<br>Antipsicóticos, fenotiazinas (S)<br>Litio (CV) (S): require controis clínicos e analíticos no lactante |
| Maior precaución en nais con insuficiencia renal, en prematuros e en período neonatal                   |  |
| Consultar medicamentos prohibidos se o neno ten déficit de glicosa-6-fosfato-DH, aciduria piroglutámica |  |

*Posibles efectos que ahí que observar: CV: cardiovasculares, G: gastrointestinais, H: hematolóxicos, I: irritabilidade-insomnio, Ou: outros, RL: redución láctea, S: sedación.*



### 3. CONSIDERACIÓNS XERAIS PARA MINIMIZAR O RISCO

- Se non é necesario o medicamento (situacións clínicas autolimitadas e leves), non dalo. Precaución coa dor: a nai lactante non ten por que sufrilo.
- Investigar se existe unha terapia alternativa que non requira medicamentos.
- Seleccionar medicamentos nos que está indicado o uso pediátrico.
- Utilizar a mínima dose eficaz durante o menor tempo posible.
- Se é factible, utilizar vía tópica ou por inhalación como alternativa á oral ou parenteral.
- Utilizar axentes de acción curta, evitando os de liberación sostida.
- Ser máis precavidos en prematuros e bebés menores dun mes.
- Aínda que case nunca é posible (lactación a demanda frecuente), evitar dar o peito cando a concentración do medicamento inmediatamente despois de darlle o peito ou antes do período máis longo de sono do neno.
- Retirar a lactación momentaneamente para medicacións perigosas que haxa que administrar por tempos curtos ou exploracións con radiofármacos. Ter a precaución de indicar extracción previa de leite para poder administrala no *interin*.
- Interromper a lactación só se o medicamento é demasiado tóxico para o neno e é necesario para a saúde da nai.
- Do mesmo xeito que moitos fármacos, a maior parte de infusións e tratamentos, se son de composición e efectos mal coñecidos, son perfectamente prescindibles.
- Non son aconsellables os compostos medicamentosos nin as mesturas de plantas.
- Valorar na empresa o cambio a posto de traballo con menos exposición a contaminantes.
- Os beneficios da lactación materna teñen máis peso que o risco derivado de baixos niveis de contaminantes ambientais en leite humano, en moitos casos inferiores aos de leite de vaca ou outros alimentos.

### 4. NICOTINA, CAFÉINA E ALCOHOL

A nicotina a doses moi altas pode diminuír a produción de leite por inhibición da liberación de prolactina. Todas as mulleres embarazadas e lactantes deben ser alentadas e axudadas a deixar de fumar, pero se non pode deixar o hábito, debería fumar o menos posible, preferentemente fóra da casa, e non facelo nunca diante do bebé, pero sobre todo que siga dando o peito.

É recomendable non consumir alcohol ou facelo de forma moi moderada e ocasional. O consumo crónico ocasiona sedación, desmedro e atraso psicomotor nos lactantes.

Máis de 0,5 g de alcohol por kg de peso reduce a produción de leite e pode sedar o lactante (para unha muller de 60 kg serían uns 200 cc (un vaso grande), de viño ou un terzo de cervexa ou unha copa de 60 cc de licor). Débese tentar evitar dar peito ata tres horas despois de que se bebesse e non compartir a cama co lactante se se bebeu (hai risco de sufocación do lactante).

Grandes doses de cafeína (máis de 300 mg ao día, seis cuncas de café ao día) poden producir irritabilidade e insomnio no lactante, aínda que algúns lactantes teñen problemas con menos doses.

## 5. PROCEDIMENTOS E PROBAS DIAGNÓSTICAS

Todos os procedementos odontolóxicos, incluída a anestesia local, o branqueo de dentes e a prescrición de antibióticos e antiinflamatorios tamén son compatibles coa lactación.

As ecografías, as radiografías, os TAC e as resonancias magnéticas (RM) son compatibles coa lactación, aínda que sexan con contrastes.

En cambio, hai que consultar coidadosamente canto tempo se debe deixar de aleitar se o que se vai practicar é unha proba con isótopos radioactivos (gammagrafía).

*Táboa V. Tempos de espera para aleitar tras exploracións con radiofármacos*

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| COBRE-64  | 50 horas                           |
| FLUDESXYGLUCOSA 18F, Flúor 18 (Fluotracer, Fluorscan)                                       | 24 horas                           |
| GALIO-67 CITRATO<br>- 7 Mbq (0,2 mCi)<br>- 50 Mbq (1,3 mCi)<br>- 150 Mbq (4,0 mCi)          | 1 semana<br>2 semanas<br>4 semanas |
| INDIO-111, IN-111M, Satumomab Pendetido (OncoScint CR 103)<br>- Con dose de 20 Mbq (0,5mCi) | 24 horas<br>1 semana               |
| SODIO-RADIOACTIVO   | 16 días                            |
| TALIO-201   | 2 semanas                          |
| TECNECIO TC-99M   | 6-12 horas<br>(< 24 horas.)        |
| XENON -133, XENON -127  | Poucos minutos                     |
| ODO - 123<br>- 125<br>- 131   | 36 horas<br>12 días<br>14 días     |
| ODO-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)  | 24 horas                           |

Débese almacenar leite extraído previamente para dalo tras a exploración. Extraerase o leite o tempo indicado e refugarase.

O iodo-131 e o estroncio-89M empregados para tratamentos obrigan a suspender a lactación.

## ANEXO 4. PROBLEMAS MAIS COMÚNS DA LACTACIÓN MATERNA

Ana Isabel Ares Galbán

Elena Calviño García

### 1. SENSACIÓN MATERNA DE INSUFICIENTE PRODUCCIÓN DE LEITE MATERNO

A principal causa de abandono da lactación materna é a percepción materna de insuficiente produción de leite. Ao dar de mamar non se ve que cantidade de leite toma o neno, o que en ocasións lle crea inseguridade á nai.

É normal que se produzan 10 ou 12 (ás veces máis) episodios de succión, repartidos de xeito irregular nas 24 horas do día. As tomas frecuentes deben ser promovidas, en moitas ocasións son curtas e parecen escasas en cantidade, este é o comportamento normal nun acabado de nacer.

- Ante unha muller insegura ou dubidosa, é importante facela coñecedora de:
  - » Todas as mulleres son capaces de aleitar os seus fillos, salvo enfermidades pouco frecuentes e concretas.
  - » O peito non se baleira nunca, ao mesmo tempo que o bebé succiona prodúcese máis leite e sempre que mama sae leite. O leite xérase en función da demanda adaptándose as necesidades do lactante. Non ten sentido darlle suplementos artificiais ao bebé que parece quedar con fame, o lóxico é poñelo ao peito de novo: cantas máis veces e máis tempo aleitemos o bebé, máis leite producimos para el.
  - » O tamaño dos peitos non está en relación coa cantidade de leite, senón coa graxa acumulada.
  - » A avaliación do bebé inclúe non só o seu peso, senón o seu estado xeral, o seu comportamento, a súa exploración física (temperatura e grao de hidratación), a frecuencia de miccións (catro ou máis ao día, a partires do cuarto día de vida), o tipo de deposicións e o intercambio de información coa nai (comportamento do acabado de nacer durante as tomas, signos de “subida” de leite) son elementos que, no seu conxunto, nos serven para saber se as cousas van ben ou non.
  - » A nai debe seguir as recomendacións do seu pediatra, matrona ou enfermeiro de pediatría en relación con cando pesalo e esquecerse de consellos que lle poidan dar persoas do seu contorno non formadas en lactación, pois serán consellos con boa intención, pero non sempre válidos.
  - » Os primeiros días de vida necesitan tomas de moi pouca cantidade. É normal que os bebés diminúan de peso ás 48 horas do nacemento, o pediatra informaraa se existe algún problema.

### 2. DISFUNCIÓNS DA SUCCIÓN

Podemos distinguir varios tipos:

#### 2.1 PRIMARIAS

- a. Motivos fisiolóxicos: os máis susceptibles son os prematuros, crecemento intrauterino retardado, neonato con alteracións neurolóxicas: hiper/hipotónicos, síndrome de Down, síndrome Pierre Robin, labio leporino, padal fendido.

Debemos valorar unha toma para avaliar se a succión é efectiva.

b. Motivos anatómicos:

- Asimetría mandibular ou facial
- Retrognatia e micrognatia
- Parálise facial
- Freo lingual curto

O freo sublingual defínese como unha membrana mucosa situada baixo a lingua.

Se dificulta ou impide o movemento normal desta, dise que hai anquilosia ou freo sublingual curto. Está pouco vascularizado e enervado polo que, se é necesario, cortalo ofrece pouca resistencia, apenas sangra e non doe.



Figura 10. Freo lingual

Imaxe realizada por Janelle Aby, MD. Stanford School of Medicine  
<http://newborns.stanford.edu/Frenotomy.html>

*Táboa VI. Tipos de freo que impiden unha boa lactación(\*)*

|        |  |
|--------|--|
| Tipo 1 | A membrana vai da punta da lingua a parte superior da enxiva.              |
| Tipo 1 | A membrana vai de 1 cm por detrás da punta da lingua ata a base da enxiva. |
| Tipo 1 | A membrana vai da parte posterior da lingua ao chan da boca.               |
| Tipo 1 | A membrana non se ve, pálpase.   |

(\*) Unha sección incompleta do freo pode converter un freo tipo 1 ou 2, nun freo tipo 3 ou 4.

Ante a sospeita de que un neno ou nena poida ter un freo, comunicáraselle ao pediatra que efectuará o diagnóstico.

Existen, unha vez diagnosticado, varias opcións:

- Frenectomía ou frenulopalstia: procedementos polos que se secciona o freo sublingual. Establecerase un circuito para a realización preferente destas. Unha vez realizada, recomendaráselles aos pais a realización de exercicios de rehabilitación durante oito semanas, en especial durante as dúas primeiras, porque se comprobou que ao tratarse dunha cicatrización de segunda intención tende a crearse retracción e adherirse de novo a mucosa; e tamén para favorecer a rápida adquisición de movementos da lingua que se acabada de liberar.
- Non frenectomía: se a familia decide non realizala ou se atrasa o momento de facer a frenuloplastia, intentaremos favorecer a lactación:
  - » Incidir nunha maior apertura da boca do neonato para que colla máis porción da aréola.
  - » Agarre palmar do peito para axudar a controlar a mandíbula do neno ou nena.
  - » Postura de cabaliño ou Dancer.
  - » Afianzamento espontáneo.

## 2.2 SECUNDARIAS, por motivos EXTERNOS:

- Separación nai-neno/a.
  - » Interferencias nos primeiros días posparto: chupetes, mamadeiras, protectores da mamila (*pezoneras*).
  - » Excesiva manipulación dos bebés: forzados a mamar, estresados e “toqueteados”.
  - » Analxesia no parto.
  - » Dor ao mamar polo uso de fórceps ou ventosa.

## Medidas e tratamentos

- Favorecer o aloxamento conxunto e o contacto pel con pel.
- Favorecer o mellor agarre posible. Recomendar as posturas da nai deitada en decúbito supino co neno sobre ela, a de rugby e a de cabaliño ou de Dancer.
- Favorecer a hiperextensión da cabeza do bebé para conseguir introducir a mamila máis profundamente.
- Recomendar que intente un agarre espontáneo.

O agarre palmar pode axudar a conseguir unha toma eficaz e mellorar a dor.

Podemos ensinarlle á nai a realizar una compresión mamaria para aumentar o fluxo de leite acurtando a duración da toma e facéndoa máis efectiva.

A nai sostén o peito cunha man en forma de C o máis próxima á base do peito. Xunta o polgar e os outros catro dedos comprimindo o peito con firmeza (sen producir dor) para aumentar a transferencia de leite. Soltamos o peito cando o bebé pare. Imos rotando a posición da nai para comprimir diferentes zonas do peito.

- Avaliar a necesidade de estimulación, extracción ou suplemento se é necesario.

- Avaliar o uso de protectoras da mamila (*pezoneras*) polo pediatra. Non utilízasas de xeito rutineiro, evítalas nas primeiras 24-36 horas de vida. Debería ser a última alternativa nun rexeitamento establecido no que non funcionan as intervencións anteriores, incluído o afianzamento espontáneo.

Cómpre lembrar que existen distintos tamaños que se adaptan aos distintos tamaños das mamilas, e que é recomendable que a parte inferior do peito (onde o bebé coloca o queixo e o labio inferior) a protectora da mamila (*pezoneras*) sexa fendida, para que a lingua do bebé poida agarrarse de xeito máis adecuado ao peito.



Figura 11. Posición Dancer

Imaxe orixinal incluída no *Protocolo clínico nº 16 ABM: Amamantado al bebé hipotónico*, utilizada co permiso da autora Jennifer Thomas

### 3. GRETAS

As gretas son feridas nas mamilas. Non sempre que hai dor hai gretas.

#### Causas

- A mais frecuente é o mal agarre do neno ou nena ao peito. Cando a boca do bebé non está ben colocada, só agarra a mamila, que é agredido polas enxivas ou por compresión contra o padal duro, causando dor e favorecendo a aparición de gretas.

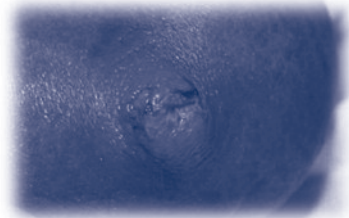


Figura 12. Greta na mamila

Pero tamén:

- O lavado frecuente ou a aplicación de pomadas na mamila, xa que condicionan a desaparición da secreción protectora das glándulas de Montgomery.
- As restricións na lactacións.
- A introdución de biberóns ou chupetes.
- En menor número de ocasións débense a algunha anomalía anatómica como un freo lingual curto, freo labial (non permite a eversión do labio), micrognatia.

## Intervencións e tratamentos

- Sempre debemos observar unha toma (ver como o pon ao peito, ver como mama, evitar a pinza cos dedos en forma de tesoura para liberar o nariz do neno, corrigir a posición en caso necesario e axudar a nai a que aprenda a facelo correctamente).
- Non empregar xabóns nin xeles nas mamilas ou aréolas. Non lavar as mamilas antes nin despois das tomas, basta coa ducha diaria.
- Secar as mamilas ao aire.
- Alternar distintas posturas para cambiar as zonas de maior presión. Por exemplo, a posición de rugby.
- Comezar polo peito menos doloroso.
- Non empregar protectores da mamila (*pezoneras*), xa que poden producir rexeitamento do peito polo neno e ademais diminúen a produción de leite. O pediatra valorará o seu uso en casos moi puntuais.
- Os discos absorbentes son impermeables e reteñen a humidade. Empregalos o mínimo imprescindible, e se se usan, cambialos a miúdo.

Os discos ou escudos aireadores evitan o rozamento ou arrincamento de costras que se producen ao retirar os discos absorbentes. Tamén existen discos protectores de hidroxel para mamilas danadas nas farmacias que poden ser de utilidade nalgúns casos.

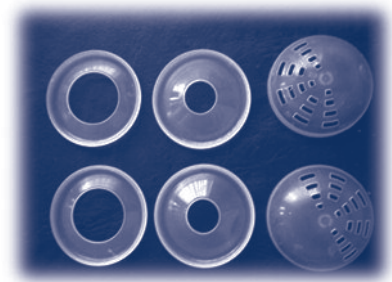


Figura 13. Discos ou escudos aireadores

- O leite materno favorece a cicatrización polo que pode aplicarse despois de cada toma un pouco do seu propio leite para manter a base da greta hidratada, sempre que non haxa infección na zona.
- En caso de utilizar algunha pomada, pódese aplicar Lanolina ultrapurificada porque non é necesario lavala antes da toma seguinte. Aplícase unha mínima cantidade e débese deixar secar as mamilas ao aire. Aínda que non existe evidencia de que acelere a curación das gretas nin de que preveña a súa aparición, algunhas nais refiren sensación de alivio. Dar de mamar tendo gretas é posible, mais temos que observar a expresión verbal e facial da nai, para avaliar a sensación de dor.
- Se a nai non desexa poñer o bebé ao peito afectado:
  - » Recomendar descansar do peito afectado 1-2 tomas e, mentres tanto, extracción manual (método de elección) ou con sacaleites e administración do leite extraído con método alternativo á mamadeira.
- Se a nai necesita retirar o neno ou nena cando está aínda mamando para modificar o agarre, debemos mostrarlle como facelo para que non dane o peito:



Figura 14. Técnica de retirada do peito

- » Introduciendo o dedo maimiño na boca entre as enxivas para romper o baleiro
- » Baixando o queixo para que abra a boca e se perda o baleiro.

#### 4. INGURXITACIÓN MAMARIA

A subida do leite consiste nun aumento importante da vascularización das mamas, un edema vascular, o que ocasiona que as mamas estean durante uns días quentes, aumentadas de tamaño e algo endurecidas. Se a esta inflamación se suma que se vai producindo leite e este non se drena eficazmente, sucede unha ingurxitación patolóxica ou plétora.



Figura 15. Ingurxitación mamaria

Produce dor e a aréola pode estar tan tensa que o bebé non se poida agarrar ben.

Pode ser normal que apareza febrícula.

*Táboa VII. Causas e prevención da plétora*

| CAUSAS  | PREVENCIÓN   |
|---|--|
| A subida do leite<br>Inicio tardío da lactación<br>Agarre deficiente<br>Extracción infrecuente de leite<br>Restrición da duración das tomas | Iniciar a lactación o máis precozmente posible tralo parto<br>Asegurar un bo agarre<br>Lactación materna a demanda |

#### **Medidas e tratamentos**

- O calor local aplicado antes das tomas facilita a saída do leite. Pode aplicarse cunha ducha de auga quente, pano ou bolsa de auga quente.
- Se a mama está moi turxesciente, pode que o neno ou nena teña dificultades para coller o peito porque a aréola mamaria está en tensión e esvara. Podemos sacar algo de leite manualmente antes de poñer o neno ou nena ao peito, para que abrande e lle sexa máis fácil mamar.
- Corrección da postura de lactación, recomendar que o neno ou nena se alimente coa frecuencia que desexe, incluso máis, e o tempo que desexe: aumentar a frecuencia das tomas.
- Ao final da toma, se aínda o peito non está o suficientemente brando, extraer o leite manualmente ou con sacaleites para diminuír a tensión.
- Tras a toma, se a dor é moi intensa, pode aplicar frío local sobre as mamas, sempre protexido para non producir queimaduras. Ademais pode tomar analxésicos antiinflamatorios.
- Drenaxe (presión inversa suavizante): coas xemas dos dedos colocados rodeando a mamila vamos premendo cara ás costas durante uns tres minutos. Podemos ir xirando para abarcar toda a base da mamila. O obxectivo é abrandar a aréola para que o bebé poida agarrarse de xeito máis doado ao peito. Realizar antes de cada toma.





Se ten uñas curtas  
faise nun tempo con  
seis dedos

Se ten uñas longas  
faise en dous tempos  
cos polgares

Cos índices

Figura 16. Presión inversa suavizante

## 5. MAMILA PLANA OU INVERTIDA

Nestes casos pode ser máis dificultosa a instauración da lactación, dependerá de se o neno ou nena se agarra ao peito correctamente, é dicir, abrindo ben a boca e collendo un bo bocado de aréola.

O bebé mama agarrando a aréola, non a mamila, co cal unha mamila plana non ten por que ser un impedimento para unha lactación con éxito.

Non estimular as mamilas durante o embarazo nin tras o parto. Non precisan preparación, xa que está demostrado que non ofrece ningunha vantaxe.

### **Medidas e tratamentos**

- É moi importante reforzar a confianza da nai, explicarlle que o seu bebé succiona o peito, non a mamila.
- Inicio da lactación materna precoz (posparto inmediato).
- Estimular en contacto pel con pel o máximo tempo posible.
- No caso de situacións de dificultades de agarre, estimular as mamilas xusto antes de cada toma, a maioría das veces é suficiente con facelo manualmente, se non é suficiente pode utilizarse un sacaleites, explicándolle á nai que o obxectivo é lograr a protrusión da mamila e non extraer leite.
- Favorecer o enganche e a succión, espremendo manualmente unhas pingas de leite.
- Suxerir que mame primeiro do peito coa mamila invertida para que o faga de forma máis vigorosa.
- Estimular as comisuras do bebé cos dedos para conseguir que abra a boca o máis posible para intentar introducirle o peito na boca nese momento.
- Xusto antes do agarre, a nai podería pinzar suavemente, polo perímetro exterior da súa aréola na súa parte inferior e superior, sen que os seus dedos entorpezan o agarre do neno ou nena para favorecer ao máximo a protrusión da mamila.
- Non empregar protectores da mamila (*pezoneras*) inicialmente. Só se non conseguimos que se agarre ao peito de ningunha maneira se podería considerar como solución temporal.

- Unha vez establecida a lactación e se o agarre é axeitado, pódense retirar os protectores da mamila (*pezoneras*) e asesorar a nai para que manteña o peito collido en forma de C ou U durante a toma (véxanse as figuras 3 e 4: técnicas de hamburguesa).
- Se ao primeiro non se consegue que agarre o peito, manter a lactación co leite materno extraído con sacaleites.
- Se o problema afecta a un só peito e non se consegue que o bebé mame del, pode aleitar só co outro, xa que pode producir a cantidade suficiente para alimentalo (a mama producirá máis leite canto máis leite se saque dela).

## 6. OBSTRUCCIÓN MAMARIA

Séntese como un vulto duro e doloroso nalgún cuadrante dunha mama. A zona máis habitual é o cuadrante superior externo. Pode acompañarse de febrícula e malestar. Se o vulto non está quente e vermello nin hai febre  $>38,5$  °C, non se considera mastite.

Adoitan aparecer por un defecto da drenaxe do leite.

### Medidas e tratamentos

- Buscar a posible causa:
  - » Revisar o suxeitador (comprobar que non preme unha zona determinada, favorecendo a aparición de obstrución nese lugar).
  - » Revisar a postura materna ao durmir (comprobar que non dorme sempre do mesmo lado favorecendo a aparición de obstrución na área que está sempre premida contra a cama)
- Observar unha toma (comprobar que o agarre non favorece a obstrución nunha determinada zona).
- Realizar unha masaxe da zona durante uns tres minutos, con movementos circulares e en dirección á mamila. Pódese facer antes ou durante a toma.
- Colocar o neno ou nena de maneira que o queixo do bebé quede xusto enriba da obstrución, ou polo menos en dirección a ela. Recoméndase variar a postura na que se coloca o neno ou nena ao longo do día para asegurar un correcto baleirado do peito.
- Con estas intervencións mellora se a causa principal é mecánica (dificultade no agarre, freo).



Figura 17. Postura de berce invertido.

## 7. MASTITE AGUDA

Inflamación dun ou varios lóbulos da glándula mamaria, acompañado ou non de infección. É máis frecuente na segunda e terceira semana posparto.

Os síntomas son dor intensa, signos inflamatorios (eritema, tumefacción, induración) acompañados de síntomas xerais similares aos da gripe que inclúen: febre ( $>38,5$ °C), calafríos, ganglios axilares, malestar xeral, cefaleas, náuseas e vómitos.

É posible que o bebé rexeite o peito máis afectado, xa que a infección provoca unha concentración de sodio e altera o sabor do leite, que pode estar máis salgado.

### Medidas e tratamentos

- Recoller unha mostra de leite materno.
- Non suspender a lactación materna.
- Adóitase recomendar un baleirado o máis completo posible dos peitos, xa que reduce a tensión e a concentración bacteriana no interior da glándula, o que produce un lixeiro alivio transitorio.
- Analxésicos: ibuprofeno, paracetamol.
- Favorecer o repouso da nai. O facultativo valorará a indicación de tratamento antibiótico. (Todos os antibióticos son compatibles coa lactación materna, en caso de dúbida, consúltese na páxina [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)).

### 8. ABSCESO MAMARIO

Pode aparecer como complicación dunha mastite, a zona vermella e quente móstrase dura externamente pero flutuante á palpación coa pel moi vermella, tensa e brillante. É frecuente que non haxa febre, só febrícula, a nai séntese mellor, pero ten máis dor.

### Medidas e tratamentos

- É posible realizar unha punción cunha agulla guiada mediante ecografía e colocar unha drenaxe.
- A actuación máis frecuente é a drenaxe cirúrxica. Administrarase tratamento antibiótico.
- Nun principio non debe suspenderse a lactación materna.
- Mentres esperamos os resultados podemos continuar coa lactación, xa que non produce ningún dano no bebé.

*Táboa VIII. Resumo de medidas e tratamentos de problemas mamarios*

|                     | INGURXITACIÓN                        | CONDUTO OBSTRUIDO                               | MASTITE                            | GRETAS                               |
|---------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| INICIO              | Precoz                               | Tardío  | Tardío                             | Precoz                               |
| DISTRIBUCIÓN        | Bilateral                            | Unilateral                                      | Unilateral                         | Unilateral                           |
| EXTENSIÓN           | Global                               | Sectorial                                       | Sectorial                          | Localizada                           |
| DOR                 | Máis ou menos intenso e xeneralizado | Leve e localizado<br>Cordón doloroso unilateral | Intenso e localizado               | Co contacto e manipulación da mamila |
| INFLAMACIÓN E CALOR | Inflamación sen calor                | Pouco ou ningún calor                           | Calor, inflamación e arrubiamiento | Non                                  |
| FEBRE               | < 38 °C                              | < 38 °C   | < 38 °C                            | < 37,5 °C                            |

| SÍNDROME GRIPAL | Séntese máis ou menos ben                                      | Séntese máis ou menos ben  | Sí   | Non  |
|-----------------|--|--|--|--|
| PREVENCIÓN      | Lactación materna sen restrición<br>Bo agarre.                 | Lactación materna precoz sen restricións<br>Baleirado completo                                 | Evitar gretas, axudando a conseguir un bo agarre<br>Bo baleirado                 | Observar unha toma, para favorecer un bo agarre                  |
| TRATAMENTO      | Calor local antes<br>Frío local despois<br>AINES<br>Extracción | Masaxe cara mamila durante toma<br>Variar postura<br>Evitar compresión do peito:<br>suxeitador | Analxéticos,<br>antiinflamatorios<br>Antibióticos<br>Continuar lactación materna | Corrixir causa<br>Iniciar a toma no peito sen greta<br>Analxesia |

### Toma de mostras do leite e envío a microbioloxía

Para recoller unha mostra é importante saber:

- Recollida en frasco estéril.
- Hai que ter en conta o horario de envío de mostras a microbioloxía para que a mostra chegue o máis fresca posible.
- Debe recollese sempre mediante expresión manual, tras lavar mans e uñas con xabón e auga morna e secalas cunha toalla limpa ou cunha toallíña dun só uso ou luvas estériles (o sacaleites pode dar un falso positivo pola dificultade para esterilizalo).
- Desbotar as primeiras pingas.
- A cantidade mínima necesaria de leite é de 1 ml por peito.

### 9. SÍNDROME DE RAYNAUD

É unha isquemia transitoria ou falta de rega sanguínea nas zonas máis distais do corpo, que son os dedos de mans e pés, orellas, punta do nariz e mamilas. Algunhas persoas sófren en situación de frío ou estrés.

Presentan cambios de cor da punta da mamila. Normalmente estará branca ao acabar a toma, vólvese morada e finalmente rosa. Empeora moito co frío e mellora coa calor local. O medo e o estrés empeoran o cadro.

#### Medidas e tratamento

- Se a muller con esta síndrome non presentase episodios previos antes da lactación, o máis probable é que se trate dun Raynaud secundario a un agarre subóptimo crónico. Como primeira medida, descartarase un posicionamento inadecuado e alteracións anatómicas orofaciais no bebé.
- Calor local antes e despois das tomas.
- Tomar bebidas quentes sen caféina ou teína antes de aleitar e facelo en lugares cálidos.
- Intentar relaxarse antes das tomas.
- Fumar pode provocalo como efecto secundario nalgunhas persoas.
- Consultar cun médico que pode valorar prescribir un vasodilatador compatible coa lactación (nifedipino 10 mg, 1 cada 8 horas, ou nifedipino 30 mg de liberación retardada, 1 cada 24 horas).

## ANEXO 5. FOLLETO INFORMATIVO PARA NAIS E FAMILIAS

*Luísa García Vicente*

*María Dolores Iglesias Vilas*

*Mónica Picón Cotos*

- 1. Aleita pronto, canto antes, mellor.** A maioría dos bebés están dispostos a mamar durante a primeira hora despois do parto, cando o instinto de succión é moi intenso. Aleitar precozmente facilita a correcta colocación ao peito.
- 2. Ofrece o peito a miúdo día e noite.** Faite á idea de que pasarás moito tempo aleitando o teu bebé durante estas primeiras semanas. O neno que acaba de nacer normalmente mama entre 8 e 12 veces en 24 horas. Non mires o reloxo e dálle o peito cada vez que busque ou chore, sen esperar a que lle toque. Así establecerás unha boa subministración de leite.
- 3. Asegúrate de que o bebé succiona eficazmente e na postura correcta. Se tes dúbidas, pídelle ao persoal sanitario que che indique como facelo.**
- 4. Se os teus peitos se poñen duros ou se inflaman, extrae un pouco de leite de xeito manual ou mediante un sacaleites antes de poñer o bebé ao peito, para abrandar a área ao redor da mamila. Entre tomas, as compresas de xeo axudan a reducir a inflamación. Aleitar con frecuencia tamén axuda a diminuír a inflamación (tamén se coñece como ingurxitación mamaria).**
- 5. A lactación materna non debería doer.** Se che resulta dolorosa, busca axuda o antes posible.
- 6. Permite que o bebé mame do primeiro peito todo o que desexe, ata que o solte ou comprobés que o teu peito está baleiro.** Despois ofrécelle o outro. Unhas veces quererao, outras non. Así o bebé tomará o leite que se produce ao final da toma, rico en graxa e calorías, e sentirase satisfeito.
- 7. Canto máis mama o bebé, máis leite produce a nai.** É importante respectar o equilibrio natural e deixar que o bebé marque as pautas, mamando a demanda. Non é necesario sentir o peito cheo; o leite prodúcese principalmente durante a toma grazas á succión do bebé.
- 8. Evita os biberóns de axuda.** O leite artificial enche o bebé e mina o seu interese por mamar, entón o bebé succiona menos e a nai produce menos leite.
- 9. Evita o chupete,** polo menos durante as primeiras semanas, ata que a lactación estea ben establecida. O neno que acaba de nacer ten que aprender ben como mamar do peito, e as mamadeiras artificiais, tales como o biberón ou o chupete, poden dificultar esta aprendizaxe.
- 10. Recorda que un bebé tamén mama por razóns diferentes á fame,** como por necesidade de succión ou de consolo. Ofrecerlle o peito é a forma máis rápida de calmar o teu bebé.
- 11. Ti podes saber se o teu bebé está recibindo suficiente leite** contando os cueiros que molla e ensucia. Nos primeiros días, cando a cantidade de leite materno é baixa pero alta en substancias nutritivas, o teu bebé mollará unicamente un ou dous cueiros ao día. Unha vez aumente a produción de leite, o teu bebé debería mollar uns cinco ou seis cueiros e ter unhas deposicións (cacas) ao día.
- 12. Cóidate.** Necesitas encontrar momentos de descanso e centrar a túa atención máis no bebé que noutras tarefas. Solicita axuda dos teus.
- 13. Busca apoio** nos grupos locais de fomento da lactación materna xa que teñen a información e o apoio que toda nai lactante necesita.







|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
|                                     |    |
| Servizo Galego de saúde             |    |
| Xerencia<br>Servizo Galego de Saúde | 28 |
| Guía                                | D  |