



PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL NIÑO QUE NO GANA PESO

Tal como se indica en el “Protocolo para el seguimiento de la lactancia materna en sucesivas visitas”, se nos indica que “la detección activa y precoz de los problemas de la lactancia mediante una evaluación adecuada, realizada por profesionales bien formados y libres de influencias comerciales, es fundamental para prestar el apoyo necesario que permita a la madre superar las dificultades y conseguir una lactancia satisfactoria. Dado que la causa más frecuente de problemas con la lactancia es la mala técnica, siempre que haya problemas como dolor, grietas, mastitis, tomas largas y frecuentes o escasa ganancia ponderal, se debe realizar una observación de la toma para descartar dificultades con la postura o el enganche del bebe al pecho”.

El profesional implicado en la atención directa del dúo madre-hijo (matronas, enfermería, pediatría, medicina de familia) que detecte dificultades en lactancia, debe realizar exploración de la toma, del pecho materno y del niño. La valoración de este último incluye, al menos durante el primer mes de edad, el peso del mismo si de pediatría o enfermería que hace seguimiento de la salud infantil se trata o la derivación con la menor demora posible, preferiblemente de forma inmediata, a la consulta del pediatra para valorar si dicha ganancia ponderal es o no adecuada.

La pérdida de peso en el recién nacido es un motivo frecuente de preocupación para los padres y en muchas ocasiones también para los profesionales. De hecho, es uno de los motivos más frecuentes por lo que se administran suplementos. El peso no debe ser usado como única medida de éxito de la lactancia. Los profesionales deben valorar las micciones y el estado de bienestar del recién nacido y enseñar a las madres su uso para valorar la lactancia. Las tablas de la OMS, o las indicadas en este protocolo, indican el percentil de peso de un lactante comparado con el peso medio de niños de su misma edad óptimamente alimentados, pero no son una herramienta para saber cuándo suplementar con leche de fórmula o introducir la alimentación complementaria.

Escasa ganancia ponderal

La estrategia IHAN señala que una pérdida ponderal superior al 7% durante los primeros 4 días, puede indicar una transferencia inadecuada de leche o una producción baja de la misma. Si no existen problemas y el examen físico es normal, las pérdidas de peso entre el 8 y 10% pueden considerarse dentro de los límites normales, aunque es indicación de una evaluación constante de la lactancia materna y corrección de los problemas que se detecten hasta que el aumento de peso sea satisfactorio. No es adecuado suplementar con fórmula de forma sistemática a todos los



recién nacidos que pierden más de un 7% de peso, pero si es necesario vigilar y prestar el apoyo necesario a la lactancia materna en aquellos casos en los que se identifique una pérdida neonatal igual o superior al 7%

Durante las primeras 4 semanas de vida el lactante debe ganar por lo menos 20 gr / día (las niñas un poco menos). Debe tomarse como referencia el menor peso posparto, no el peso al nacimiento. Si la ganancia ponderal es menor los profesionales deben evaluar la eficacia de la lactancia y corregir la técnica si fuese necesario. Si la ganancia de peso continúa siendo inadecuada se deben descartar problemas médicos.

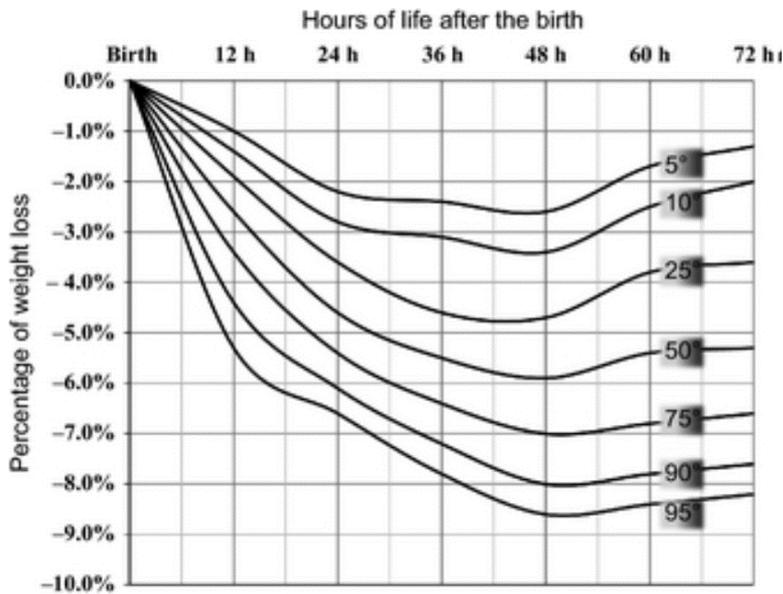
Consideraremos pues que no hay una ganancia de peso adecuada si la pérdida fisiológica supera el 10%, si pierde peso pasado el 10º día, si no ha recuperado el peso al nacer a las 2 semanas o si está por debajo del P10 de incremento de peso al mes. Por el contrario, una curva ponderal ascendente, con una ganancia media de 20-35 gr/día a partir del cuarto día asegura una ingesta adecuada.

Curvas de referencia

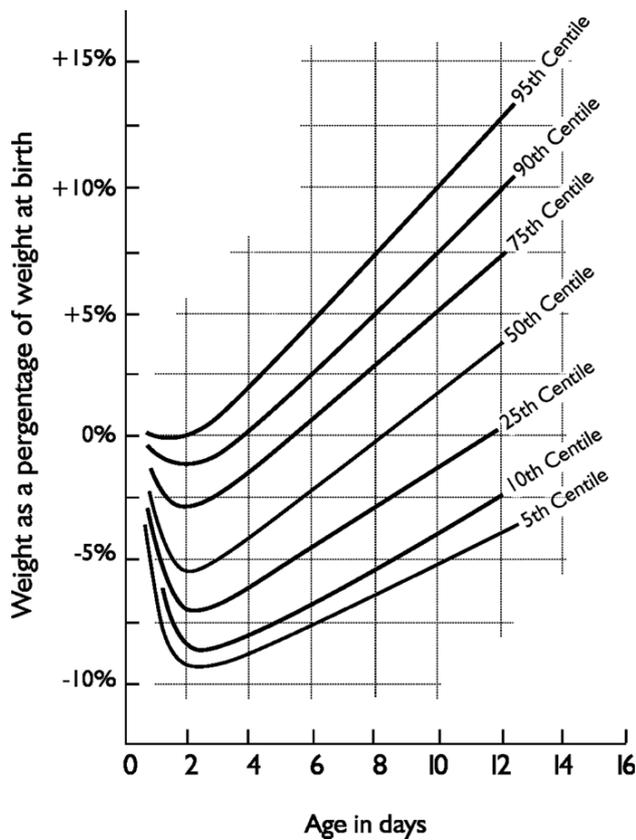
En la primera referencia de este protocolo, se indica que el control del peso debe contrastarse con las gráficas de la OMS, puesto que son las únicas curvas que muestran cuál debería de ser el crecimiento de un niño en condiciones óptimas.

En los primeros días, se recomienda en la segunda referencia de este protocolo utilizar, las curvas de Bertini como el ideal de pérdida de peso del recién nacido sano amamantado al que habría que aproximarse y las curvas de Flaherman como el límite que no se debería superar:

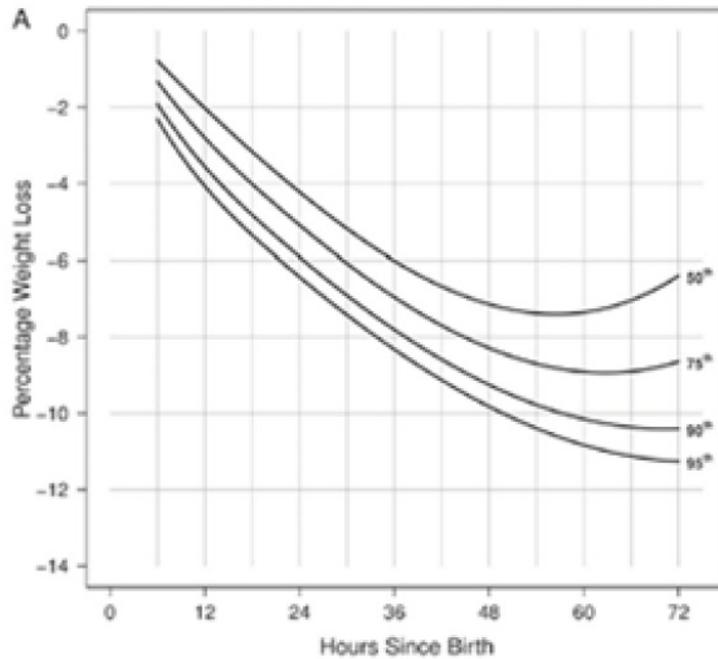
- Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Paediatr* 2015 Oct;104(10):1024-7.
- Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015 Jan;135(1):e16-e23.



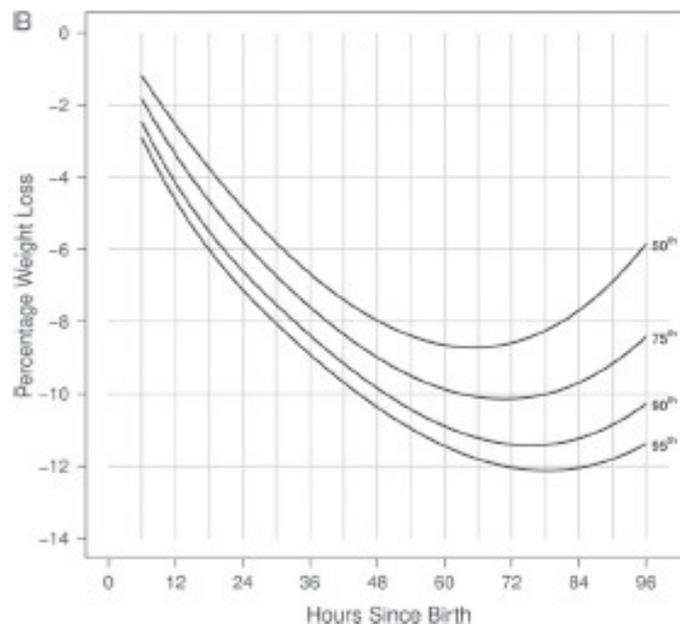
Gráfica percentiles de pérdida de peso en las primeras 72 horas de edad en una población de recién nacidos amamantados de forma exclusiva (Bertini et al, 2015)



Estimación de curvas de percentiles sobre el porcentaje de pérdida de peso en el tiempo tras nacimiento por parto por cesárea (Flaherman et al, 2015)



Estimación de curvas de percentiles sobre el porcentaje de pérdida de peso en el tiempo tras nacimiento por parto vaginal (Flaherman et al, 2015)



Estimación de curvas de percentiles sobre el porcentaje de pérdida de peso en el tiempo tras nacimiento por parto por cesárea (Flaherman et al, 2015)



Pasada la edad a las que se refieren las anteriores curvas, se realizará el seguimiento del crecimiento del lactante, utilizando las curvas de crecimiento de la OMS así como los puntos de corte establecidos por las mismas, puesto que son las únicas curvas que muestran cuál debería de ser el crecimiento en condiciones óptimas. Están disponibles en:

<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/> e incluidas en el documento de seguimiento de salud infantil con que todo recién nacido es dado de alta de cualquier maternidad pública o privada en Andalucía.

Peso para la longitud Niñas

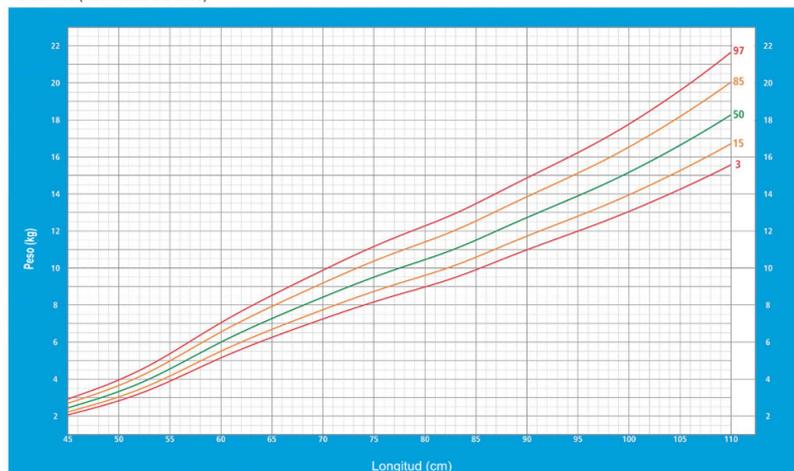
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)

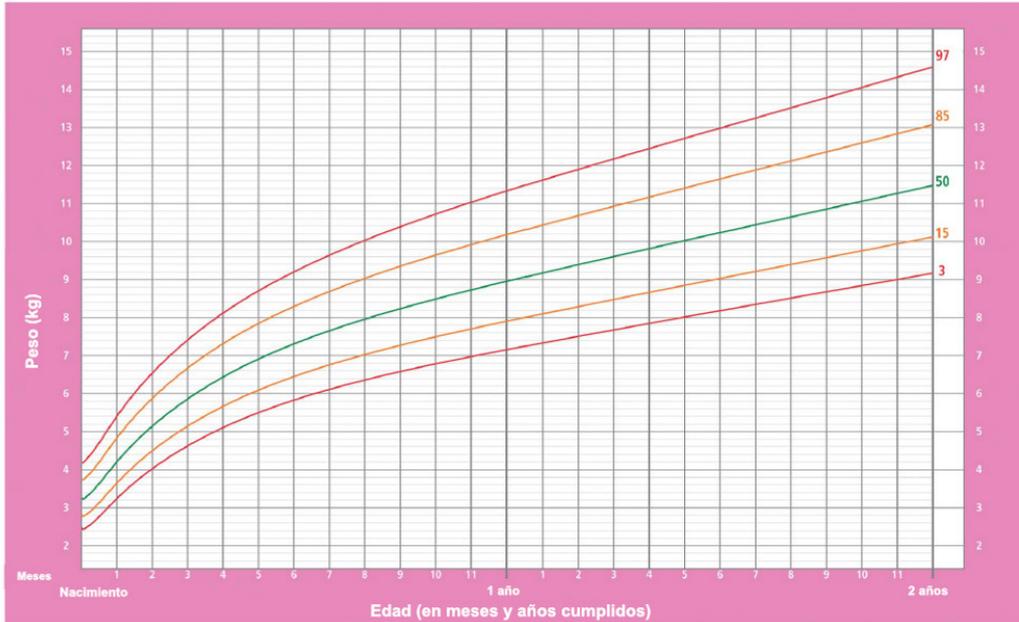


Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 2 años)





Aunque no existen estudios que analicen cómo afecta el uso de una u otra curva al manejo del niño y su efecto sobre su salud y el éxito de la lactancia materna, si existen estudios que analizan las posibles implicaciones de utilizar las curvas de la OMS en comparación con otros patrones utilizados hasta la fecha. Todos los autores alertan de la posibilidad de que el mal uso de las curvas de la OMS lleve a la administración innecesaria de suplementos o de leche artificial a lactantes amamantados menores de seis meses. Para evitarlo, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

La monitorización del crecimiento es insuficiente si se utiliza de forma aislada para valorar el estado nutricional y de salud del niño. Previo a las mediciones se debe realizar una valoración clínica, de desarrollo y comportamiento, así como de la alimentación del niño.

Existe un 3% de niños cuyo crecimiento se sitúa por debajo del percentil tres y otro 3% que se sitúa por encima del percentil 97. Estos niños están creciendo perfectamente, solo si se trata de niños que son constitucionalmente pequeños o grandes.

Una medida aislada, y a menudo incluso dos muy próximas en el tiempo, nunca será suficiente para señalar si el niño crece bien o no: sólo puede ser utilizado como alerta, nunca como criterio de toma de decisiones. Sólo los cambios en la velocidad del crecimiento pueden ayudar en la toma de decisiones y para ello es necesario contar con al menos tres mediciones en el niño para poder construir un perfil de desarrollo.

De forma previa a la toma de cualquier decisión, es necesario que los datos del crecimiento se utilicen junto con la valoración clínica, nutricional y de comportamiento del niño. Lo que implica la realización de historia de lactancia, observación secuencial de la toma y asesoría en lactancia.

Si en esa primera visita con el pediatra, se detecta una pérdida excesiva de peso del 7% o más en los tres primeros días se debe investigar cuál es la causa de esa pérdida de peso excesiva. Una vez identificada la causa, habría que seguir las recomendaciones que se realizan para cada una de las situaciones. El algoritmo que se propone en la segunda referencia es el que se detalla en la siguiente página.

Las preguntas a las que se refiere este algoritmo, son objeto de respuesta en los protocolos específicos para cada situación, son las siguientes:

Pregunta 4 ¿Cómo pueden colocarse la madre y el recién nacido para facilitar el amamantamiento?



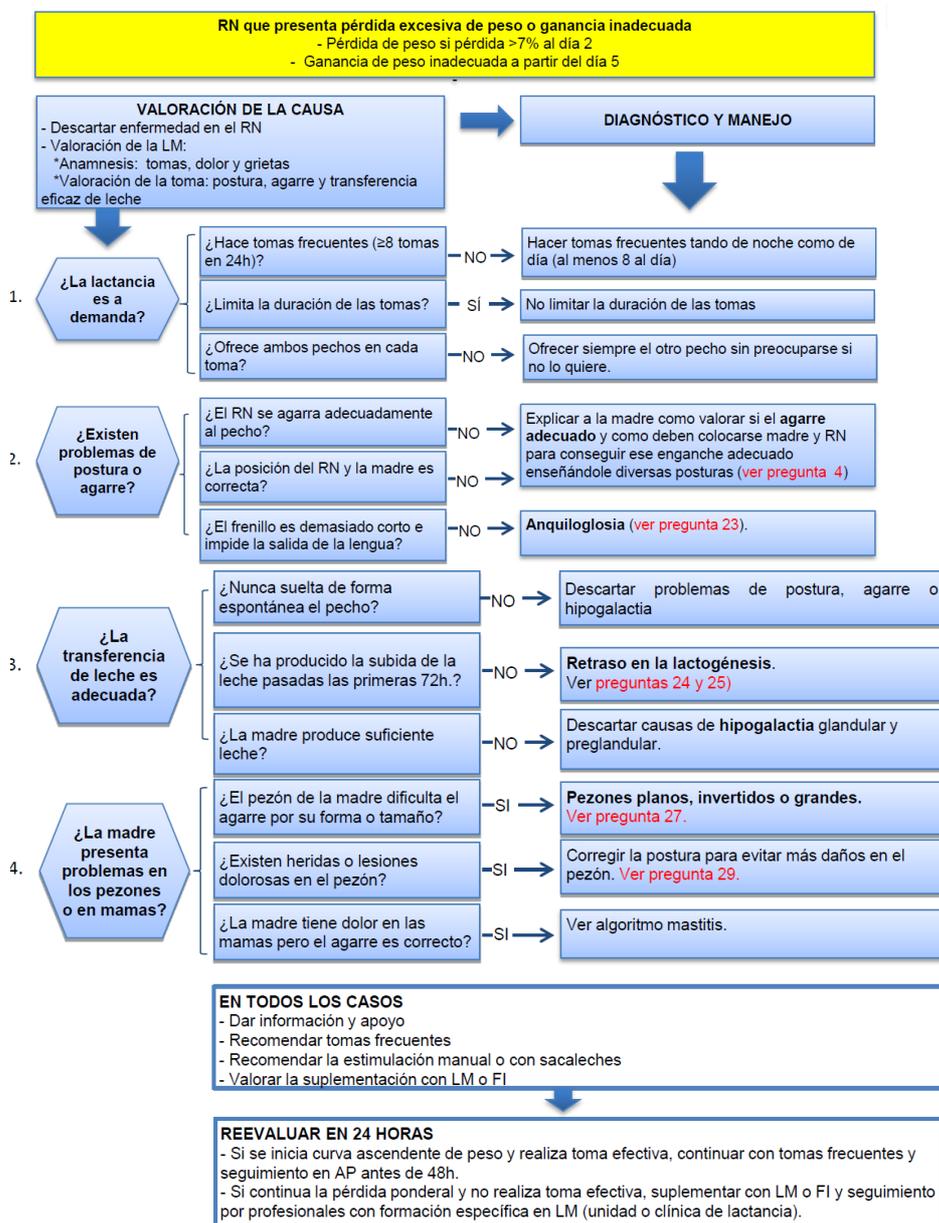
Pregunta 23 ¿Es necesario realizar una frenotomía al lactante amamantado que presenta anquiloglosia?

Pregunta 24 ¿Qué métodos son más eficaces para aumentar la producción de leche?

Pregunta 25 ¿Son eficaces los galactogogos para estimular la producción de leche? ¿Cuál es el galactogogo más eficaz?

Pregunta 27 ¿Qué hacer si hay dificultades en el agarre por las características anatómicas del pezón?

Pregunta 29 ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para tratar el dolor y las grietas en el pezón que pueden aparecer durante la lactancia materna?





HIPOGALACTIA

A propósito de la producción de leche insuficiente, primero, debemos valorar si el niño está tomando leche suficiente. En caso contrario, debemos intentar encontrar la causa. Finalmente debemos ver como prestar ayuda práctica a la madre y al niño.

El modo de actuación implica, comprobar que el bebé no está enfermo; observar una toma y asegurar un buen agarre al pecho y ayudar a la madre, ofreciendo sugerencias.

1 ¿Toma leche insuficiente?

Se consideran signos fiables que indican que el bebé no está obteniendo suficiente leche: el aumento insuficiente de peso (< 500 gr al mes) y que orina pocas veces al día y la orina es concentrada (< 6 micciones al día a partir del 6º día)

Lo normal si buen funcionamiento del pecho, con tomas frecuentes y largas, es que moje 5-6 pañales (orina pálida y diluida), con deposiciones normales, esté alerta y feliz y responda al entorno.

Por el contrario podemos considerar que hay un problema, si pecho blando..., tomas escasas y cortas, moja pocos pañales (< 6 , orina fuerte), deposiciones escasas, apatía y llanto débil.

Las madres mencionan signos variados que les hacen pensar que no están produciendo leche suficiente. Sin embargo, solo hay dos signos que demuestran con fiabilidad que un niño no está obteniendo leche suficiente. Estos dos signos fiables son: Escasa ganancia de peso y micciones de escasa cantidad de orina concentrada.

Como regla de aproximación útil consideraremos que puede estar recibiendo leche insuficiente si el niño está por debajo de su peso al nacimiento después de dos semanas o gana menos de 500 gramos al mes durante los primeros seis meses. Para establecer que la ganancia de peso ha sido escasa, se necesita comparar al menos dos pesos. El intervalo mínimo útil son dos semanas, en las cuales un niño debería ganar 250 gramos ó más.

Si un niño orina menos de 6 veces al día, y la orina es amarilla y de olor fuerte, el niño no está obteniendo leche suficiente. Este signo es útil para monitorizar la ingesta diaria de leche materna del niño, mientras se espera la información de la ganancia de peso. No es útil si el niño está deshidratado por diarrea, si se le están dando otros líquidos junto con la leche materna, o si se usan pañales muy absorbentes que hacen difícil la estimación de la emisión de orina.



El número de micciones va en aumento en los primeros días así en el primer día puede ser normal solo una micción, 2 en el 2ª día, 3 en el tercer día, 4 en el 4º y 5 en el 5º para ser de 6-8 a partir del 6º día.

Hay otros signos que pueden significar que el niño no obtiene leche suficiente. Son signos posibles. Signos posibles relacionados con el niño son: no queda satisfecho tras la toma, llora a menudo, quiere tomas frecuentes, hace tomas muy largas, rechaza el pecho, hace deposiciones duras, secas o verdes; hace deposiciones escasas e infrecuentes.

Son métodos inútiles para comprobar si suficiente cantidad de leche la doble pesada, el biberón de prueba y sacarse leche.

2 Buscar la causa

Si un niño no está obteniendo toda la leche que necesita, debemos intentar averiguar la causa. Ello requiere obligadamente escuchar a la madre, conocer su situación. Averiguar por qué ella cree que su leche es insuficiente, hacer la historia de lactancia, observar una toma y examinar al niño y a la madre.

Las causas más frecuentes por las que un bebe puede estar obteniendo leche insuficiente son problemas psicológicos de la madre: falta de confianza, preocupación, estrés, no quiere amamantar, le disgusta amamantar, rechazo del bebé, cansancio. O bien por problemas con la lactancia por Inicio tardío, horario restringido, tomas cortas o poco frecuentes, tomas sólo de día, agarre deficiente, biberones o chupetes que interfieren.

Otros factores, menos frecuentes, son relativos al estado físico de la madre, Inhibición por estrógenos (retención de placenta, anticonceptivos), embarazo, desnutrición severa, alcohol / tabaco, tejido mamario insuficiente, déficit hormonal (PRL, T4). O bien, por enfermedad o malformaciones del bebé. Estas causas son raras y se dan con escasa frecuencia, pensaremos en ellas solamente si no podemos encontrar razones comunes del párrafo anterior.

Con respecto a los problemas relacionados con la lactancia, si la primera toma se retrasa, es más difícil establecer un flujo de leche adecuado. Esto puede afectar a la cantidad de leche que la madre producirá más adelante. Si un niño mama infrecuentemente, o no mama por la noche, la madre puede producir menos leche. La mayoría de los niños hacen 10-15 tomas o más, especialmente durante las primeras semanas. Si un niño mama menos de 8 veces en 24 horas, puede que su madre no produzca leche suficiente y que un motivo común por el cual un niño no obtiene leche suficiente, es que su madre le ofrezca tomas muy cortas; y por supuesto, que si el bebe no se agarra bien al pecho tendrá una succión ineficaz y puede que no obtenga leche



suficiente. Un motivo común por el cual un niño no obtiene leche suficiente es que su madre le ofrezca tomas muy cortas. La mayoría de los niños maman durante 5-15 minutos o más en cada toma. Cuando han tomado toda la leche que quieren, ellos mismos sueltan el pecho. Si la madre detiene la toma a los pocos minutos, puede que su hijo no obtenga suficiente leche.

Los factores psicológicos de la madre son también causa común, toda situación que provoque estrés a la madre durante el parto, la ansiedad y otros estímulos repentinos desagradables pueden bloquear el reflejo de oxitocina.

Los factores psicológicos y los factores de la lactancia a menudo se encuentran juntos; por ejemplo, la pérdida de confianza en sí misma origina que la madre ofrezca biberones, y dar biberones disminuye más su confianza.

No afectan, en cambio, a la producción de leche: la edad de la madre, relaciones sexuales, menstruación, la falta de aprobación de familiares y amigos, el regreso al trabajo, la edad del bebé, si cesárea o parto prematuro.

Por otra parte con respecto al estado del bebe debemos considerar la escasa ingesta por tomas infrecuentes, mala succión (mal agarre, confusión pezón, anestesia, anoxia, prematuro...); malformación (macroglia, labio leporino, frenillo sublingual...). Pero también el aumento de las pérdidas por Vómitos / diarrea (alergias), malabsorción, infección, enfermedad (galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística) y el aumento de las necesidades por cardiopatía, bajo peso o hiperactividad (café, té, cola ingeridos por la madre, alteración SNC).

3 Reforzar la confianza y dar apoyo.

Con las técnicas de comunicación adecuadas: aceptar, elogiar, prestar ayuda práctica e información pertinente con lenguaje sencillo y sugiriendo. “Puedes intentar...” Ponerlo más frecuentemente al pecho, al menos 8 tomas en 24 h. Amamantar también por la noche. Agotar el contenido de cada pecho, para que obtenga suficiente leche del final. No usar chupetes ni tetinas

4 Tratamiento

El tratamiento requiere corregir problemas de técnica y estimular la producción de leche

En bebés “poco demandantes” hay que garantizar, al menos 8 tomas al día, en las primeras semanas, también por la noche), lo que se hará con vaciado del pecho y tomas frecuentes.

Asegurar un buen agarre comprobando que el bebé esté bien alineado y pegado a su madre. La boca del bebé bien abierta, con el labio inferior evertido. El bebé toma el pezón y gran parte de la areola inferior. Las mejillas no se hundan, se aprecia movimiento mandibular y se oye la deglución.



En la succión del pecho el movimiento de la lengua, en forma de ondas peristálticas de delante hacia detrás, ejerce la función de “ordeñar” los senos lactíferos. Para que esto se produzca el bebé tiene que estar agarrado al pecho de forma eficaz.

Habitualmente el bebé mal colocado tiene la boca poco abierta y sólo agarra el pezón, el movimiento de succión es rápido y afecta sobre todo a los labios, las mejillas se hunden al tragar y puede oírse un chupeteo al tragar aire.

Enseñar a la madre a conseguir una posición correcta no siempre resulta fácil, el lactante que ha mamado semanas en posición inadecuada puede seguir moviendo mal la lengua aunque está bien colocado. Algunos niños se agarran mejor si se colocan sobre su madre y ésta se encuentra en decúbito supino. Se puede conseguir que el lactante abra más la boca apretando su mandíbula inferior sobre el mismo pecho

Para estimular la producción de leche pueden ser útiles

- El reposo materno y “lactancia intensiva”, que la madre dedique toda su energía a la lactancia, que guarde reposo, con el bebé siempre a su lado, para estar disponible para él de forma continua y despertarle, si es necesario, para que haga un mínimo de 8 tomas. Es importante que el padre se responsabilice de las tareas domésticas.
- Exprimir leche en la boca del bebé, cuando el bebé mama con poco vigor, la mamá puede “forzar” la salida de la leche apretando el pecho por su base.
- Extraer leche con sacaleches, es preciso enseñarles la técnica.

Con respecto al uso de galactogogos en caso de hipogalactia, el estado actual de la investigación es poco concluyente y todos tienen efectos adversos.

Aun a falta de metanálisis, los estudios disponibles demuestran incremento en la producción de leche y en los niveles de prolactina de las madres tratadas con domperidona. Además, los estudios no reportaron efectos adversos importantes ni en las madres ni en los niños. Sin embargo, son necesarios estudios que incluyan un mayor tamaño de muestra y seguimiento a largo plazo para evaluar otros posibles efectos adversos. Se usa a dosis de 30 a 40 mg entre el segundo y catorceavo día postparto y aunque parece aumentar el volumen de leche y los niveles de prolactina, no aumenta la tasa de lactancia materna.

También en la segunda referencia y refiriéndose a la revisión de (Zuppa AA, 2010), se sugiere que el tratamiento con metoclopramida, domperidona, sulpiride, oxitocina, hormona del crecimiento y hormona liberadora de tirotropina podrían incrementar el volumen de leche y los niveles de prolactina sin evidenciar cambios en la calidad de la leche ni en la duración de la



lactancia, y señalan que la presencia de efectos adversos moderados desaconsejaría el tratamiento con metoclopramida, sulpiride u hormonas.

En cuanto a los galactogogos herbales (fenogreco, *Gossypium herbaceum*, *Silybum marianum*, *Asparagus racemosus*, etc.), son difícilmente recomendables por la escasa evidencia disponible sobre las hierbas utilizadas como galactogogos. Reciente revisión sugiere efecto beneficioso de las hierbas sobre el volumen de leche y los niveles de prolactina sin aparición de efectos adversos (Mortel M, 2013).

En la segunda referencia se considera que una vez que se han probado todos los demás métodos para aumentar la producción de leche (extracción frecuente, buen agarre, apoyo, amamantamiento frecuente), y cuando no hay otra opción, madres y profesionales pueden plantearse el tratamiento, aunque a la hora de decantarse por un galactogogo en concreto, la decisión no está tan clara.

Ninguno de los medicamentos (domperidona, sulpiride, metoclopramida, etc) recogen en su ficha técnica la indicación de su uso en la lactancia como galactogogo. El Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, define su uso en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica, contemplando su utilización cuando hay datos clínicos que avalan su utilidad terapéutica. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar a la madre de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento.

5 Seguimiento

El seguimiento requiere control clínico cada 24 horas hasta que se comprueba que la lactancia progresa normalmente. Las sucesivas visitas se irán realizando por pediatra o matrona según disponibilidad de los mismos.

En todo caso es conveniente hacer saber a las madres que, en la mayoría de los casos, la producción de leche se ha adaptado a la baja demanda, y que aumentará en unos días, dependiendo del número de veces que el bebé haga una buena toma. Dar apoyo y reforzar la confianza en sí mismas y asegurarle que vigilamos la salud de su hijo.



SUPLEMENTOS

En la segunda referencia de este protocolo se enumeran las condiciones de madres sanas cuyos hijos pueden requerir suplementos temporalmente:

- Retraso en la lactogénesis II (día 3-5) y un consumo inadecuado en el recién nacido.
- Retención de placenta (la lactogénesis probablemente ocurra después de que los fragmentos de placenta sean retirados).
- Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia), ocurre en menos del 5% de las mujeres. Se manifiesta por un pobre desarrollo mamario durante el embarazo y señales mínimas de lactogénesis.
- Patología o cirugía mamaria que ocasiona hipogalactia. Dolor intolerable durante los periodos de alimentación que no se alivia con ninguna intervención.
- Necesidad de separación de la madre y del recién nacido

Con respecto a los suplementos más adecuados la recomendación de más fuerza es la de que en caso de existir una indicación médica para la suplementación, se recomienda el uso de leche materna extraída como primera opción. Otras recomendaciones son:

- No utilizar suero glucosado para la suplementación de recién nacidos a término sanos.
- No utilizar leche donada que no provenga de bancos de leche materna y por tanto no haya pasado los controles de calidad preceptivos.
- Se sugieren las fórmulas de inicio como suplemento de elección cuando no se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin historia familiar de atopía.
Se sugiere el uso de fórmulas hidrolizadas en niños con historia familiar de primer grado de atopía (padres o hermanos con dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma o alergia alimentaria).

En lo relativo a la forma de administrar los suplementos: en lactantes amamantados que por indicación médica requieran la administración de suplementos utilizar el método de administración que mejor se adecue a las necesidades del lactante y de la madre, evitando el uso de tetinas siempre que sea posible. Considerar los siguientes criterios a la hora de elegir el mejor método en cada caso:

- Cantidad de volumen a administrar (por ejemplo para el calostro o pequeñas cantidades de leche materna madura sería preferible utilizar cucharita, jeringa o vaso).
- Duración prevista: breve o prolongada.



- Necesidad de un método que ayude a desarrollar las habilidades en lactancia materna de la madre y el niño (el suplementador ayuda a estimular el pecho; la administración con técnica digital-sonda adosada al dedo- permite ejercicios de rehabilitación).
- La facilidad de uso y de limpieza (tanto en el caso del hospital como en el domicilio).
- El coste que puede suponer.
- La aceptación del método por el recién nacido.
- Las preferencias maternas.

En base a estos criterios, elegiremos método y la forma de ponerlo en práctica, sobre todo en las primeras semanas de vida del lactante.

Alimentación con cucharita: Administrar la leche extraída con una cucharita es un método extremadamente útil los primeros días de vida. Si la madre se extrae manualmente el calostro, es preferible recogerlo directamente del pecho con una cucharita y dársela al bebé colocando la cuchara sobre el labio inferior y favoreciendo que pueda lamerla.

En niños poco demandantes, dormilones y en todos los que no estimulan el pecho de forma eficaz, este método ayuda a la madre a reforzar su confianza.

Es un método barato y está disponible en cualquier medio. Sirve para administrar pequeños volúmenes durante los dos-tres primeros días. Es menos útil cuando el bebé necesita más cantidad de leche porque puede resultar engorroso.

Recipiente-cuchara: Se trata de un dispositivo parecido a un biberón donde se introduce la leche extraída, que incluye una válvula y en lugar de tetina, tiene un recipiente con el borde contorneado a modo de cuchara.

Es un método útil en niños que tienen que estar separados de sus madres (por ejemplo, por la vuelta al trabajo) para administrar las tomas de leche extraída cuando la madre no está. Al no utilizar tetina se evita el síndrome de confusión del pezón. Admite volúmenes grandes y se puede utilizar a largo plazo. Es sencillo de utilizar y puede resultar una alternativa aceptable cuando la persona que va a alimentar al niño puede percibir otros métodos como “raros” o más complicados.

Existen diferentes modelos que se pueden adquirir en el mercado y tienen un coste bastante asequible.

Alimentación con taza o vaso: La alimentación con taza o vaso, resulta útil tanto en niños prematuros como en recién nacidos a término. Es un método de bajo coste, cómodo y fácil de



limpiar. Se puede utilizar un recipiente casero y también se pueden adquirir vasos especiales comercializados.

Se puede utilizar tanto para suplementar pequeñas cantidades como para volúmenes más grandes en lactantes más mayores.

Requiere cierto adiestramiento para que resulte práctico y la leche no se derrame continuamente. El bebé debe estar colocado lo más vertical posible. El vaso se coloca sobre el labio inferior evertido y se inclina de forma que la leche lo toque ligeramente. No hay que verter la leche dentro de la boca sino dejar que el niño vaya introduciendo la lengua.

Los bebés con bajo peso suelen llevar la leche a su boca con la lengua, mientras que los bebés a término o mayores la succionan.

Alimentación con dedo-jeringa o dedo-sonda. Administrar suplementos con jeringa es una alternativa útil cuando se quiere evitar el síndrome de confusión de pezón en situaciones en las que todavía no está bien establecida la lactancia.

Consiste en introducir un dedo limpio en la boca del niño apoyando la yema en su paladar y dirigiendo la mano hacia abajo haciendo palanca para forzar al niño a abrir la boca.

Hay que comprobar que el labio inferior quede evertido.

Cuando el niño empieza a mamar del dedo en posición correcta, se le comienza a alimentar recompensando las succiones correctas con un poco de leche. De esta forma, es posible enseñar al bebé a mamar de forma adecuada.

Este método es especialmente útil en niños con problemas de agarre o succión ineficaz, en bebés prematuros, cuando madre y bebé tienen que estar separados los primeros días por enfermedad de la madre o del niño y en los que han desarrollado un “síndrome de confusión de pezón” para reeducar la succión.

Para administrar la leche, se pueden utilizar a su vez varias opciones:

- Una jeringa: con la mano libre se apoya la punta de la jeringa sobre el labio inferior del niño, en el hueco entre el dedo y la comisura de la boca, y cuando comienza a succionar se va vertiendo la leche, apuntando la jeringa ligeramente hacia abajo, de modo que el niño va tomando la leche mientras sigue succionando el dedo. La administración de suplementos utilizando sólo la jeringa directamente en la boca, sin estimular la succión con el dedo, puede favorecer que el niño tienda a cerrar la boca y los labios y que acabe desarrollando una succión defectuosa que es precisamente lo que se intenta evitar. Por este motivo es



preferible utilizar siempre la jeringa con el dedo, no la jeringa sola ya que puede ser contraproducente.

- Una jeringa a la que se conecta un FingerFeeder. El Fingerfeeder es un dispositivo de silicona en forma de cono que se conecta a la jeringa, de forma que se puede introducir en la boca hasta la punta del dedo que está tocando el paladar para administrar la leche en la zona de la boca donde el niño la succionaría como si fuera el pecho.
- Una sonda: en este caso, la punta de la sonda (sirve una sonda nasogástrica de alimentación o el tubo del relactador) debe colocarse en la yema del dedo al introducirlo en la boca. La sonda puede ir conectada a una jeringa, a un relactador o a un biberón a modo de relactador casero. Al succionar el niño va vaciando progresivamente el reservorio utilizado.

Para la técnica dedo-jeringa se necesitan las dos manos y puede resultar difícil que lo haga una persona sola. Hay que buscar la forma de sujetar al bebé lo más vertical posible. Una opción puede ser utilizar un almohadón o colocarlo sobre las piernas, colocándolas elevadas apoyadas sobre un escalón o un taburete.

Alimentación con relactador. El relactador es un dispositivo que permite que el bebé reciba suplementos de leche materna extraída o leche artificial mientras succiona del pecho. Consiste en un contenedor de leche (ya sea una bolsa o una botella de plástico) que la madre se cuelga alrededor del cuello. A través de una válvula, salen dos sondas que se deben fijar al pecho de la madre con cinta adhesiva y cuyo extremo se coloca en la punta del pezón cuando el niño va a mamar. Cuando el bebé se agarra al pecho y succiona, obtiene la leche del relactador junto con la leche del pecho de la madre.

La succión ayuda a estimular la oferta de leche materna y la leche del relactador actúa como recompensa para el bebé por succionar correctamente.

Se pueden utilizar sondas de distintos tamaños para que la leche fluya en mayor o menor cantidad según convenga. Se suele empezar por la más ancha, y según mejora la succión del bebé, se van utilizando sondas cada vez más estrechas para que éste tenga que hacer más esfuerzo. Salvo en el caso de alimentación de gemelos, si sólo se utiliza una de las dos sondas, la otra hay que pinzarla para que la leche no se derrame. Tras cada uso hay que limpiar



concienzudamente tanto el recipiente como las sondas para mantener la higiene y que queden permeables.

Está especialmente indicado en procesos de relactación (el restablecimiento de la producción de leche después de un destete prematuro) o de inducción de la lactancia de niños adoptados. También sirve para animar a bebés reacios a succionar, para que se prendan del pecho, ya que con relactador el alimento fluye más rápidamente y en mayor cantidad que si únicamente mamaran.

El manejo del relactador puede resultar complicado, pero con práctica las madres adquieren mucha destreza y puede resultar muy eficaz.

Alimentación con biberón. A pesar de ser un método utilizado frecuentemente se desaconseja su uso. Hay evidencia científica que demuestra que en estos casos hay varios inconvenientes añadidos.

- Lactancias más breves, especialmente si se introduce de forma temprana.
- Aparición de “Síndrome de Confusión de Pezón”.
- Provoca pérdida de confianza de los padres.

Referencias

Estrategia centros de salud IHAN. Manual para la acreditación. UNICEF/OMS. IHAN España.
www.ihan.es

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco–OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Not enough milk” Organización Mundial de la Salud. División de Salud y Desarrollo del Niño. N° 21, Marzo 1996 Traducido al español por: Juan José Lasarte Velillas. Disponible en <http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/pubnutrition.htm>



PROTOCOLO DE ASISTENCIA A LA MADRE CON DOLOR AL AMAMANTAR Y MASTITIS

La acreditación de nuestro Centro de Salud en la fase de 3 D de Centros de Salud IHAN, requiere la aplicación de un protocolo de apoyo al mantenimiento de la lactancia materna y la alimentación infantil y dentro de este, disponer, entre otros, de protocolos consensuados de asistencia a la madre con dolor al amamantar y protocolo de atención a la mastitis que se desarrollan en este documento.

La importancia de la correcta atención por nuestra parte a estas afecciones del pecho que causan dolor, es que al ser tan molestas para la madre, pueden ser causa de destete precoz y porque pueden ser objeto de prevención primaria con exploración de la técnica de lactancia y consejería en lactancia materna y, en cualquier caso, aliviadas y tratadas. El manual para la acreditación www.ihan.es puntualiza al respecto lo siguiente:

“la detección activa y precoz de los problemas de la lactancia mediante una evaluación adecuada, realizada por profesionales bien formados y libres de influencias comerciales, es fundamental para prestar el apoyo necesario que permita a la madre superar las dificultades y conseguir una lactancia satisfactoria. Dado que la causa más frecuente de problemas con la lactancia es la mala técnica, siempre que haya problemas como dolor, grietas, mastitis, tomas largas y frecuentes o escasa ganancia ponderal, se debe realizar una observación de la toma para descartar dificultades con la postura o el enganche del bebé al pecho”.

Como ya se acordó en el protocolo para el seguimiento de la lactancia materna en las sucesivas visitas, no debemos esperar que la madre refiera espontáneamente dolor al amamantar, ni que ese sea el motivo de consulta, sino que tenemos que interesarnos por la marcha de la lactancia en cada contacto de la madre con el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Si refiere las dificultades arriba mencionadas, es necesaria la valoración de la diada madre-hijo con exploración de la toma y realización de la oportuna asesoría en lactancia. Si quien detecta el problema es médico o personal de enfermería, pueden derivar a pediatría para valoración de la anatomía oral del bebé. Si quien detecta el problema es pediatra o personal de enfermería pueden derivar al médico de familia por la necesidad de tratar a la madre. Derivaciones que se harán previo contacto telefónico inmediato con el profesional correspondiente o el que esté de guardia en caso de que su médico o pediatra esté de tarde. El profesional contactado, decidirá,



en función de cada caso, si prestar atención inmediata o concertar cita con su médico o pediatra en plazo no superior a 24 horas.

En cualquier caso, lo que todos debemos hacer es anamnesis, que debe incluir historia de lactancia, y exploración, que debe incluir observación de la toma. Se revisarán las observaciones de las tomas previas realizadas, para ver qué problemas se detectaron, si hubo alguno y, comprobar si están o no resueltos con la observación de la toma que realizaremos en ese momento.

Como cada observación de la toma que hagamos, se registrara en la historia de la madre de la siguiente forma: abrimos una Hoja de Seguimiento de Consulta o de Atención de enfermería y como motivo de consulta escribimos "Observación de la toma" → botón rojo → icono de observación de la toma → crear → responde todos los ítems → emitir informe solo en el caso de que haya alguna dificultad → copiar el informe (Ctrl c) → pegarlo en la Hoja de Seguimiento de Consulta que tengamos abierta para prestar atención a la madre (Ctrl v).

Si no hubiese ninguna anomalía, podemos evitar desde el emitir informe en adelante y escribir en la HSC "Todo ok".

El dolor mamario puede ser evaluado mediante una escala visual analógica o mediante la escala SF-MPQ:

Imagen 7: Escala SF-MPQ (objetivar dolor materno).

- escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos).
- escala analógica visual.
- escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos).

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| A. Describa su dolor durante la última semana: | |
| Como pulsaciones | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Como una sacudida | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Como un fatigazo | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Pinchazo | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Calambre | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Retorción | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Ardiente | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Entumecimiento | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Pesado | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Escorzor | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Como un desagarró | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Que consume | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Que maree | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Temble | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| Que atormenta | () 0 NO () 1 LEVE () 2 MODERADO () 3 SEVERO |
| B. La línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad, desde «no dolor» hasta «dolor extremo». Marque con una línea () la posición que mejor describa su dolor durante la última semana. | |
| NO DOLOR ----- DOLOR EXTREMO | |
| C. Intensidad del dolor en este momento: | |
| () 0 No Dolor | |
| () 1 Leve | |
| () 2 Molesto | |
| () 3 Intenso | |
| () 4 Horrible | |
| () 5 Insufrible | |



Duración: 2- 5 minutos en realizar. 3 secciones
 – **escala afectiva y sensitiva en 15 palabras (de 0 a 4 puntos)**
 – **escala analógica visual**
 – **escala intensidad del dolor (de 0 a 5 puntos)**

El patrón de succión y agarre del pecho se valorará mediante observación de la toma con escala LATCH o la herramienta de la OMS disponible el botón rojo de Diraya que ya hemos mencionado. En la escala LATCH según la puntuación obtenida concluimos:

Puntuación :
0-4: succión ineficaz
5-7: dificultad media
8-10: eficaz

Opción 1. Escala LATCH (Adaptado de Báez León, 2008)

| ÁREAS | ESCALA DE PUNTUACIÓN | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Coger | <ul style="list-style-type: none"> Demasiado dormido No se coge al pecho | <ul style="list-style-type: none"> Repetidos intentos de cogerse Mantiene el pezón en la boca Llega a succionar | <ul style="list-style-type: none"> Agarra al pecho Lengua debajo Labios que ajustan Succión rítmica |
| Deglución audible | <ul style="list-style-type: none"> Ninguna | <ul style="list-style-type: none"> Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación | <ul style="list-style-type: none"> Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida Espontáneo y frecuente si más 24h de vida |
| Tipo de pezón | <ul style="list-style-type: none"> Invertidos | <ul style="list-style-type: none"> Planos | <ul style="list-style-type: none"> Evertidos tras estimulación |
| Comodidad/ Confort (pecho / pezón) | <ul style="list-style-type: none"> Ingurgitados Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes Disconfort, dolor severo | <ul style="list-style-type: none"> Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas Molestia leve o moderada | <ul style="list-style-type: none"> Mamas blandas No dolor |
| Mantener colocado al pecho | <ul style="list-style-type: none"> Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) | <ul style="list-style-type: none"> Minima ayuda (colocar una almohada) Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro El personal lo obliga y luego la madre sigue | <ul style="list-style-type: none"> No es necesaria la ayuda del personal La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho |

El dolor en el pezón al amamantar puede ser considerado normal en los primeros días y al principio de las tomas. Su persistencia suele deberse a una posición y agarre incorrectos.

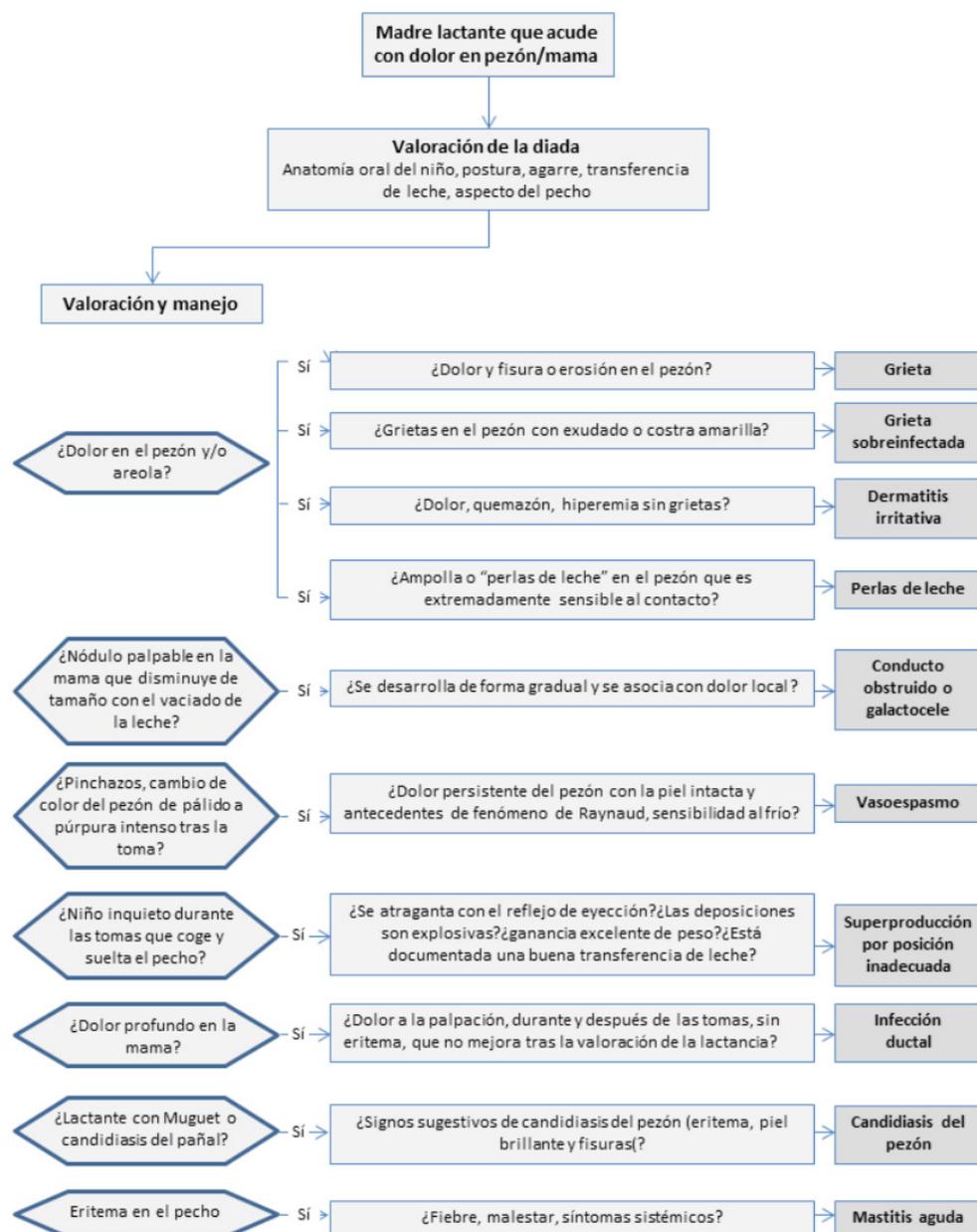


Evaluados y corregidos estos, hay que plantearse la existencia de grietas, infecciones, lesiones ocasionadas por la dentición y frenillo lingual.

Utilizaremos como base para los mismos el abordaje del dolor del pezón y las mamas y el algoritmo para el abordaje de las mastitis agudas de la Guía de práctica clínica de lactancia materna de 2017, en adelante (GPC, 2017), que son adaptaciones de: Pain protocol. University of North Carolina School of Medicine, 2016; disponibles en:

<http://www.mombaby.org/wp-content/uploads/2016/04/PainProtocols.v3.pdf>

Abordaje del dolor en pezón y las mamas





GRIETAS

La mayoría de las grietas en los pezones y las infecciones suceden en las dos primeras semanas postparto, aunque también pueden ocurrir en cualquier momento durante la lactancia. Los síntomas y signos pueden incluir dolor, enrojecimiento, hinchazón, irritación, úlceras o exudados y costras en el pezón.

Además de la colocación incorrecta del bebé, y técnica incorrecta de lactancia, ya mencionadas, sus causas incluyen causas físicas del bebé como la existencia de frenillo lingual corto; introducción de chupetes o tetinas, uso inadecuado de sacaleches lavado de pezones o persistencia de humedad en los mismos por los empapadores; aplicación en los pezones de sustancias irritantes, como pomadas, etc y el frotado brusco de los pezones.

En su abordaje, se recomienda identificar la causa y prestar el apoyo necesario hasta conseguir una posición y agarre adecuados. Instar a la madre a amamantar con frecuencia y a comenzar la toma por el pecho no afectado. Instruirla en la utilización adecuada del sacaleches, en el caso de que lo esté usando.

Otras medidas que se usan no tienen suficiente consenso o evidencia: aplicación de leche en el pezón; colocación de pezoneras o conchas y aplicación de pomadas o cremas con vitamina A, lanolina, caléndula, etc. Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad para ella y para el lactante, Purelan ® por ejemplo, respetar su uso siempre y cuando se trate de una crema que no haya que retirar. En cualquier caso es importante apoyar a la madre en la superación del problema.

Una grieta que tenga mala evolución, que no mejoran tras corregir posición y agarre, sugieren dermatitis infecciosa. Su etiología más frecuente es el *Staphylococcus Aureus*, aunque en algún caso puede ser de origen micótico. El cultivo y antibiograma del exudado, previa a la toma y sin lavado medio, puede ser una opción, aunque no tiene consenso ni evidencia suficientes para que sea obligado. Debemos iniciar tratamiento precoz y completo de forma empírica hasta recibir, en su caso cultivo y antibiograma.

El tratamiento empírico de la grieta sobreinfectada requiere limpieza del pezón con agua y jabón, preferentemente sin perfume y evitando los jabones antibacterianos y la aplicación de un antibiótico tópico como la pomada de mupirocina, cuyos restos deben ser retirados antes de la toma. Si precisa antibioterapia oral se recomienda ciprofloxacino.

CANDIDIASIS DEL PEZÓN

La infección por *Cándida* se caracteriza por eritema y placas blancas en el pezón que se acompaña de dolor lacerante durante la toma que persiste después. La infección por *cándida*



tiene menos frecuencia de lo que se creía hasta el punto de que algunos autores hablan del “mito de las candidas”. En cualquier caso la presencia de dermatitis del pañal sospechosa de micótica (afecta a los pliegues y no a las superficies convexas y/o presenta lesiones satélites) y/o la presencia de muguet en el niño, puede sugerir este diagnóstico y llevarnos a tratamiento empírico con antifúngicos tópicos con los que también trataremos la boca del bebe (Daktarin gel oral ® por ejemplo).

INGURGITACION MAMARIA

Una mama mal vaciada, que produce más leche de la que se le extrae, aparece distendida y decimos que esta ingurgitada. Cuando la leche se acumula en los alveolos, estos al distenderse comprimen el tejido circundante. Se produce edema secundario a la distensión y si no se rompe el círculo, el problema puede ir en aumento y producirse una obstrucción de los conductos que acabe desencadenando una mastitis.

La obstrucción del drenaje venoso y linfático, se manifiesta por hinchazón y edema de la mama, al distenderse la areola, se borra el pezón, lo que dificulta que el niño se agarre bien al pecho y produce dolor y grietas. En la ingurgitación no tiene por qué haber fiebre ni sintomatología general aunque puede haberla.

Es necesario saber diferenciar la sensación de plenitud y tensión de las mamas que se produce en los primeros días del postparto, de la ingurgitación, que no se debe solo a acumulo de leche sino a algo más, a aumento del flujo sanguíneo y un cierto grado de edema intersticial. Estas son las diferencias entre pecho lleno y pecho ingurgitado:

| <u>Pecho lleno</u> | <u>Ingurgitado</u> |
|---------------------|---------------------------------------------|
| Calientes | Dolorosos |
| Duros | Edematosos, tensos, brillantes, enrojecidos |
| Pezón normal | Pezón aplanado |
| Leche que fluye | Leche no fluye después de la toma |
| No hay fiebre | Puede haber fiebre |
| Bebe succiona | Difícil agarre |
| Se queda satisfecho | Bebé insatisfecho después de la toma |

La ingurgitación mamaria suele estar correlacionada con el retraso de las primeras succiones. Es mucho menos frecuente cuando el bebé se pone al pecho desde el primer momento tras el nacimiento y muy a menudo (unas 12 veces) los primeros días. Además de la separación de la



madre y el bebé con retraso en el inicio de la lactancia, otras causas de la ingurgitación son, agarre deficiente, extracción insuficiente de leche por frecuencia escasa de las tomas, limitación en el tiempo de succión y/o suplementación con fórmula artificial o sueros. Evitar estas prácticas prevendrá la mayoría de estas ingurgitaciones.

Ante esta situación, nunca debemos suspender o restringir las tomas y siempre debemos prestar ayuda en la colocación y agarre para aumentar la frecuencia y efectividad de las tomas.

Se recomendará a la madre que utilice las 24 horas del día un sujetador de lactancia bien ajustado pero elástico y que tome analgésicos si lo precisa. Se recomienda, si no hay alergia o contraindicaciones, tomar ibuprofeno con preferencia al paracetamol.

Se recomiendan realizar tomas frecuentes e “ilimitadas”, primero del pecho ingurgitado.

ANTES DE LA TOMA se dé una ducha caliente o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho (con la punta de los dedos desde la periferia a la areola), y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho. Extraer justo la suficiente para ablandar la areola y facilitar el agarre.

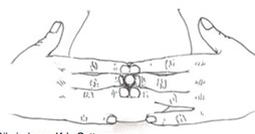
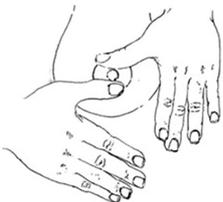
Recomendar a la madre descanso y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina. También favorecen la liberación de oxitocina y ayudan a la madre a relajarse el masaje paravertebral de cuello y espalda (ver debajo); y, en caso de necesitar más ayuda, se puede realizar la presión inversa suavizante (ver debajo) para conseguir un drenaje linfático manual.

DESPUES DE LA TOMA, si las molestias no se alivian o persisten en el pecho que menos ha vaciado él bebe debe extraerse toda la leche que sea preciso para ablandarlos. Si a pesar de todo persiste el dolor, podemos recurrir a un analgésico o puede bastar con aplicar durante media hora compresas muy frías o una bolsa de hielo o de verduras congeladas o la clásica hoja de col enfriada o no. Que no tendrá mucha evidencia acerca de su uso pero que pueden ser reconfortantes y es improbable que sean dañinos.

El masaje paravertebral es tan sencillo como se ve en esta imagen. Con la mujer recostada sobre un cojín en una mesa haciendo giros con los pulgares hacia columna cervical y columna lumbar:



En caso de necesitar más ayuda, se puede realizar la presión inversa suavizante (PIS) (NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.) Citado en GPC, 2017.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Dibujado por Kyle Cotterman</p> <p>Método de dos manos y un solo paso Uñas cortas, puntas de los dedos curvadas; cada uno tocando el lado del pezón.</p> |  <p>Dibujado por Kyle Cotterman</p> <p>Método de dos manos y dos pasos Coloca dos o tres dedos rectos a cada lado, con los primeros nudillos tocando el pezón. Desplaza los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón.</p> |
|  <p>Dibujado por Kyle Cotterman</p> <p>Método de dos dedos pulgares y dos pasos (Primer paso) Coloca los dos pulgares rectos con la base de las uñas a la misma altura y al lado del pezón.</p> |  <p>Dibujado por Kyle Cotterman</p> <p>Método de dos dedos pulgares y dos pasos (Segundo paso) Desplaza los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón.</p> |



Consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de dos a cuatro cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objeto de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho.

El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente antes de poner al bebé al pecho y durante el número de tomas que resulte necesario:

Es posible que la madre prefiera aplicarse la técnica ella misma; el profesional de la salud también puede hacerlo, siempre que tenga consentimiento de la madre, de una de las siguientes maneras: Colocándose frente a ella.

Desde detrás, pasándole las manos por encima de los hombros.

Colocando los dedos encima de los de la madre para reforzar la presión.

El tiempo necesario de aplicación de la técnica para ablandar el tejido areolar dependerá de la dureza o del estado de hinchazón del mismo. Es frecuente que la aplicación de la PIS dé lugar a la aparición de “depresiones” o “fóveas” en el tejido, que se vuelven a rellenar por el edema en cuanto deja de aplicarse la presión.

En casos de edema agudo, acostar a la madre boca arriba ayuda a retrasar la reaparición de la hinchazón, proporcionando así más tiempo para el agarre.

De forma suave pero firme, presiona sobre la areola, justo en la base del pezón.

La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, aplica menos presión durante intervalos más largos.

Mantén la presión en dirección al tórax durante 60 segundos o más (10–20 minutos o más si resulta necesario; éste es un buen momento para dar instrucciones).

Puede utilizarse cualquier combinación de dedos (ver diagramas). Es posible que las madres encuentren que el método de uñas cortas y punta de los dedos curvada sea el más efectivo. Los métodos de una mano son convenientes si la otra mano está ocupada. Puede que los profesionales de la salud encuentren más conveniente el uso de los métodos de aplicación de presión con los dedos rectos o con los pulgares.

Tras la utilización de la PIS, la extracción manual adicional para ablandar aún más la areola resulta más fácil, más cómoda y más productiva (GPC, 2017).

CONDUCTO OBSTRUIDO

Se produce como consecuencia de un vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario.

Los principales factores predisponentes son: tomas cortas o infrecuentes debidas a madre muy ocupada o estresada o por cambios de rutinas (con espaciamiento brusco entre las tomas); el



drenaje insuficiente de todo o parte del pecho, por mala técnica de lactancia (colocación o agarre inadecuados); la utilización de ropas apretadas, especialmente sujetadores de talla o modelo inadecuado, que producen una compresión excesiva y, por último, la presión de los dedos colocados en forma de pinza alrededor de la areola, al dar la toma. En casos raros se puede deber a una malformación u otras lesiones de la mama (quistes, tumores) que favorecen la estenosis y obstrucción del conducto.

Se manifiesta por un bulto doloroso en el pecho, que se acompaña a menudo de enrojecimiento de la piel de esa zona; succión muy dolorosa. Son posibles la expulsión de fragmentos (caseína sales cálcicas, etc) que alivian. Pueden presentar también la llamada “perla de leche” una ampolla blanca en el pezón 1 mm. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales.

Una vez resuelta la obstrucción, puede quedar un bulto indoloro denominado galactocele (quiste de leche) que requiere extracción quirúrgica con anestesia local sin interrumpir la lactancia; previa confirmación diagnóstica y localización por ecografía por la obligada necesidad de hacer el diagnóstico diferencial con el fibroadenoma, absceso mamario o cáncer de mama.

VASOESPASMO

Otra causa de dolor intenso en el pecho es el síndrome de Raynaud del pezón, descrito en la década de los 90. Se manifiesta con cambios de coloración en el pezón con palidez (por vasoconstricción), color azul (por la desoxigenación de la sangre venosa) y finalmente rojizo (por vasodilatación refleja). No tiene porque presentar esta secuencia completa de cambio de coloración. El motivo de consulta suele ser el dolor intenso, sensación de quemazón y parestesia que presenta además de los cambios de coloración descritos.

Lo desencadenan el frío, la estimulación mecánica y situaciones estresantes, con lo que es fácil entender que, aunque se puede dar en cualquier momento, sea en la lactancia cuando más probablemente nos lo refieran.

La sintomatología asociada a este problema se puede controlar con nifedipina, y no con antibióticos como en muchas ocasiones erróneamente se trata.

MASTITIS AGUDA

Es la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. Puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia aunque la mayoría se presentan en los tres primeros meses y sobre todo entre la segunda y tercera semana postparto.



La retención de leche da lugar a una mastitis no infecciosa con respuesta inflamatoria que si no se resuelve puede evolucionar a una mastitis infecciosa. Así pues, los factores predisponentes principales son los mismos que para la ingurgitación y la obstrucción de un conducto lácteo, no tratado o con tratamiento inadecuado, que como denominador común, tienen una mala técnica de lactancia con posición, agarre o vaciamiento del pecho inadecuados que den lugar a un éxtasis de leche. De aquí la importancia en la prevención de las mismas, de una adecuada consejería en lactancia, tras un adecuado diagnóstico de la situación, que incluye obligadamente una observación de la toma, entre otros. De hecho, la frecuente asociación entre grietas del pezón y mastitis, no se cree tanto debida a que la grieta pueda ser la puerta de entrada, que también, sino a que ambas tienen como causa primera una mala posición del niño al pecho, con la que no puede realizar una extracción eficaz de leche, lo que predispone a la retención de leche y la ingurgitación.

| | Ingurgitación | Conducto Obstruido | Mastitis |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Inicio | Precoz | Tardío | Tardío |
| Distribución | Bilateral | Unilateral | Unilateral |
| Extensión | Global | Sectorial | Sectorial |
| Dolor | Más o menos intenso y generalizado | Leve y localizado | Intenso y localizado |
| Inflamación | Inflamación sin calor | Poco o ningún calor | Calor, inflamación y enrojecimiento |
| Fiebre | <38,4 °C | <38,4 °C | >38°C |
| Sint general | Se siente ± bien | Se siente ± bien | Síndrome gripal |

La mastitis se manifiesta con dolor intenso, profundo con sensación de quemazón, constante o intenso en la mama que empeora durante o justo después de la toma (que puede ser insoportable y que puede acompañarse de dolor hacia el brazo o la espalda). Acompañado de signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afecto. Se acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal (fiebre, escalofríos, decaimiento, dolores articulares, náuseas, etc). En el 80% de los casos hay lesiones en el pezón.

El germen que con más frecuencia causa la mastitis infecciosa es el estafilococo aureus productor de betalactamasas. Muchos de estos gérmenes están presentes en la microbiota normal de la leche humana y no es fácil distinguir lo que es normal o patológico.

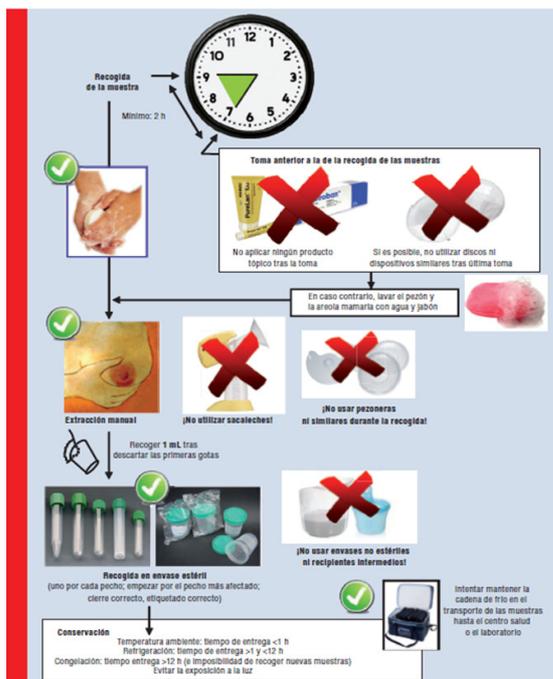
Esto es lo que hace tan difícil la interpretación de los cultivos de leche que solo se solicitarán para las mastitis crónicas o recurrentes y en las mastitis agudas, en los casos que ahora veremos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en ocasiones pueda precisarse ecografía para diferenciarla del absceso mamario y cáncer de mama y solicitaremos recuento leucocitario, cultivo y antibiograma de leche si no mejora después de 48 h de tratamiento de primera línea, si la mastitis es recurrente, o de adquisición nosocomial, cuando la paciente es alérgica a los antibióticos habituales y en los casos graves o raros. Siempre antes de cualquier prescripción antibiótica en caso de mastitis grave (sepsis o shock séptico, absceso mamario, necesidad de ingreso hospitalario).

Para la obtención de la muestra, se recomienda, seguir las siguientes instrucciones:

Debe llevar al menos 2 horas sin haber lactado, preferentemente la muestra de primera hora de la mañana.

Lavado de manos, extracción manual, nunca mecánica. Recogida en un frasco estéril como el de los urocultivos que se apoya directamente en la areola pero que no se debe tocar con los dedos. El lavado previo del pezón no afecta a la positividad del cultivo si este lo es.

Si no es posible cultivar de forma relativamente rápida, las muestras pueden conservarse en nevera (refrigeración, no congelación) hasta 24 horas, únicamente se deben congelar cuando el transporte al laboratorio se retrase más de dos horas y no puedan ser conservadas en nevera.





El tratamiento general no difiere del ya visto para la ingurgitación y obstrucción. Recomendaremos aumentar la ingesta de fluidos, reposo en cama, mantener la lactancia materna y el vaciado adecuado del pecho mediante extracción de la leche restante tras las tomas como tratamiento inicial durante 24 horas para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves. Transcurridas esas horas se debe valorar la evolución del cuadro. Si los signos y síntomas continúan por más de unas horas de automanejo, se debería aconsejar a la mujer volver a contactar con el profesional sanitario (acción urgente).

No es posible distinguir clínicamente entre una mastitis no infecciosa y una mastitis infecciosa, y que ante un cuadro de este tipo lo que debería llevar a sospechar una infección sería lo siguiente. Los síntomas no mejoran o empeoran tras estar 12-24 horas realizando un vaciamiento efectivo de las mamas afectadas o si la mujer presenta fisuras infectadas en el pezón. Si no ha habido respuesta al tratamiento inicial durante las primeras 24 horas, se iniciará tratamiento antibiótico, eligiendo empíricamente los antibióticos activos frente al germen más frecuentemente implicado (*Staphylococcus Aureus*), siguiendo el que según el mapa de resistencias bacterianas de nuestra AGS Norte de Cádiz. El de elección es amoxicilina-clavulánico. Si la madre es alérgica a los betalactámicos, se puede utilizar clindamicina). Cuando el lactante tenga más de 4-6 semanas de vida puede utilizarse también trimetoprim sulfametoxazol.

La mastitis cursa con severa inflamación por lo que es fundamental no solo tratar la fiebre y el malestar de las mastitis agudas, sino también la inflamación en todo tipo de mastitis con 600 mgr de ibuprofeno cada seis horas. En cualquier caso, habría que evitar el empleo de corticoides ya que, aunque pueden aliviar momentáneamente la sintomatología, también pueden favorecer una progresión de la infección.

Tras iniciar antibioterapia, se debe realizar una reevaluación a las 48-72 horas para comprobar la respuesta al tratamiento, puesto que la adición empírica de un antibiótico no garantiza la resolución del cuadro.

La GPC,2017 refiere que con evidencia muy baja, el tratamiento con probióticos es más eficaz que el tratamiento con antibióticos en reducir la puntuación del dolor en las mamas y la recurrencia de los síntomas a los tres meses de haber conseguido valores fisiológicos normales en mujeres con presencia de inflamación de la mama, una lactancia dolorosa, un nivel de unidades formadoras de colonias (UFC) por ml mayor a 4 log10 en la leche materna y de leucocitos mayor a 6 log10) (Chakrabarti K, Basu S. Management of flat or inverted nipples with simple rubber bands. *Breastfeed Med.* 2011 Aug;6(4):215-9).



Pero, existen pocas pruebas sobre su eficacia, los trabajos publicados fueron realizados por un único equipo de investigación por lo que son necesarios más estudios sobre su eficacia y su relación coste-beneficio para conocer su papel en el tratamiento de mastitis y dolor mamario.

Por ahora podrían estar indicados en los controvertidos casos de mastitis subclínicas, definidas como la elevación de sodio, índice Na / K e interleucina-8 en leche materna, en ausencia de síntomas clínicos.

Y en las mastitis subagudas que se definen como cuadro de dolor intenso punzante y sensación de quemazón o calambres durante la toma o al finalizarla que puede irradiarse hacia la axila y puede acompañarse de disminución de la producción láctea. El dolor se debe a que las bacterias se disponen en forma de películas biológicas (biofilms) en el epitelio de los acinos y los conductos galactóforos. Si la concentración bacteriana rebasa los límites biológicos, la luz de los conductos se reduce, de manera que la presión que ejerce la leche sobre un epitelio que está inflamado es considerablemente mayor.

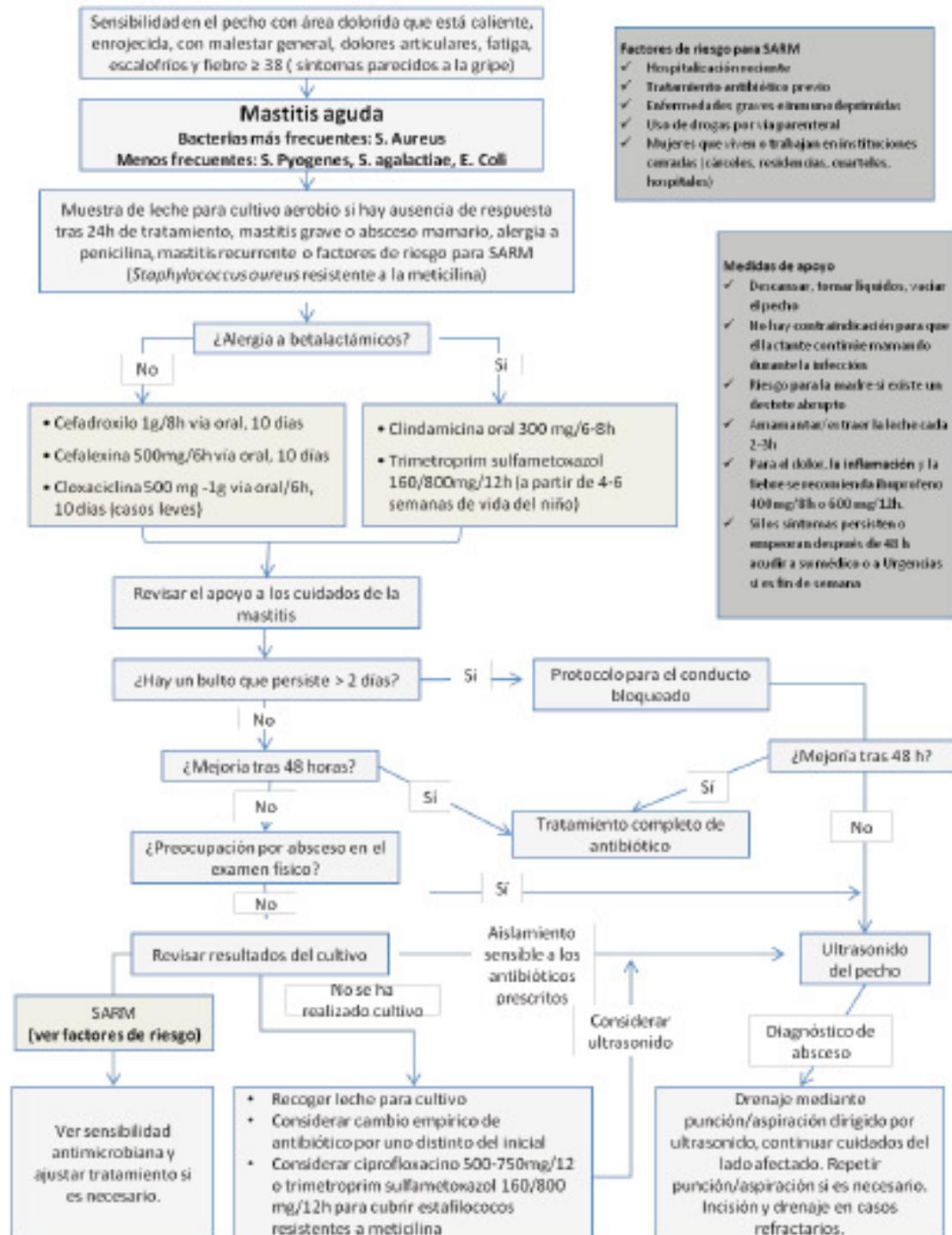
En general, algunas cepas de *Lactobacillus salivarius* aisladas de leche humana (CECT5713 o PS2) parecen ser las mejores candidatas para el tratamiento de las mastitis subagudas ya que son eficaces en más de un 90% de los casos. Los efectos probióticos dependen de cada cepa, las condiciones de empleo y su posología. En el caso de las cepas de *L. salivarius* citadas anteriormente, la dosis recomendable con fines terapéuticos sería de 10⁹ ufc, 3 veces al día, durante 2-3 semanas, mientras que se podría tomar una dosis diaria de 10⁹ ufc con fines preventivos.

Ya está comercializada otra cepa aislada de leche humana (*L. fermentum* CECT571613, eficaz en un 65-70% de los casos) con el mismo fin. Se denomina Lactanza Hereditum elaborado y comercializado por Angelini.

REFERENCIAS

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
2. Estrategia centros de salud IHAN. Manual para la acreditación. UNICEF/OMS. IHAN España. www.ihan.es

Algoritmo para el abordaje de las mastitis agudas





INDICACIONES PARA EL USO DE SUCEDANEOS DE LECHE MATERNA

El Manual de Acreditación para Centros de Salud IHAN-España, 2017, nos indica que en las sesiones de educación prenatal, es obligado tratar la importancia de la lactancia materna para la madre y el hijo y los riesgos y costes que suponen para ambos la alimentación con sucedáneos.

En aplicación de lo cual, todas las mujeres embarazadas recibirán, antes de la semana 32 de gestación, información actualizada y clara sobre los beneficios que aporta el amamantamiento y el manejo del mismo, independientemente de sus planes para alimentar al bebé que no serán preguntados en ningún momento de la formación prenatal.

Ni en la información grupal, ni en la individual, ni en el material escrito que se entrega a cada futura madre, se informara sobre la preparación de biberones de sucedáneos de leche materna.

En aquellas mujeres en las que esté contraindicada la lactancia o que habiendo recibido información adecuada no deseen amamantar, se dará información adecuada y completa sobre este tema en sesión individual aparte y reforzada mediante folleto.

Para ello la matrona le indicará a la madre que el tema se tratará en la próxima sesión individual de las previstas, o en una nueva cita si no quedasen pendientes sesiones individuales. Se le ofertara a la gestante consulta con la matrona o con el pediatra para hablar de la alimentación del bebé.

En dicha sesión se preguntará a la gestante si hay algún aspecto de la alimentación del bebe en que precise aclaración, para proporcionarle información apropiada, basada en la evidencia científica y respetuosa con el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Si una vez aclarados, la gestante manifiesta que no desea amamantar, se le informará sobre la forma adecuada de preparar sucedáneos de leche materna y se le hará entrega de un folleto con el siguiente texto, mínimamente modificado del homónimo elaborado por la OMS.

RAZONES MEDICAS PARA USO DE SUCEDANEOS

Los efectos positivos de la lactancia materna en la salud de los niños y las madres han sido observados en todo lugar. La lactancia materna reduce el riesgo de infecciones tales como diarrea, neumonía, otitis, *Haemophilus influenza*, meningitis e infección urinaria. Protege también contra condiciones crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La lactancia materna durante la infancia se asocia con menor presión arterial media y colesterol sérico total, y con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad durante la adolescencia y edad adulta. Retarda el retorno de la fertilidad de la mujer y reduce el riesgo de hemorragia post-parto, cáncer de mama premenopáusico y cáncer de ovario.



Sin embargo, un número pequeño de afecciones maternas y del recién nacido podría justificar la recomendación que no amamante o que introduzca los sucedáneos de manera temporal o permanente. Estas afecciones, que se relacionan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación, junto a otras condiciones maternas que, aunque serias, no son razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna.

AFECCIONES INFANTILES

Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:

- Galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar un poco, por un tiempo, con monitorización cuidadosa)

Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna:

- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g).
- Muy prematuros, (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación)
- Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pretérmino, pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glucemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

AFECCIONES MATERNAS

Madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar.

Madres que podrían requerir el evitar la lactancia

- Infección por VIH1 – si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS).

Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia.
- Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo ente las lesiones en el pecho materno y la boca del bebe hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.
- Medicación materna:
 - medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión



respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles;

- es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones más seguras disponibles - la madre puede reiniciar la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia;
- el uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados;
- la quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia

Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes

- Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
- Hepatitis B – los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B , en las primeras 48 horas o apenas sea posible después.
- Hepatitis C.
- Mastitis – si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.
- Tuberculosis – la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis.
- Uso de sustancias :
 - se ha demostrado efecto dañino en los bebés amamantados de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados;
 - el alcohol, opioides, benzodiacepinas y cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como el bebé

Las madres deberían ser alentadas a no utilizar estas sustancias y tener oportunidad y apoyo para abstenerse.



CÓMO PREPARAR BIBERONES DE ALIMENTO PARA LACTANTES

CONSEJOS DE HIGIENE

Las preparaciones en polvo para lactantes no son estériles. Pueden contener bacterias nocivas capaces de provocar graves enfermedades en los lactantes. La preparación y la conservación correctas de estos sucedáneos de la leche materna reducen el riesgo de enfermedad.

LIMPIEZA

Es muy importante que todos los utensilios utilizados para alimentar a los bebés y para preparar las tomas (biberones, tetinas, tapaderas, cucharas) hayan sido concienzudamente limpiados y esterilizados antes de utilizarlos.

La limpieza y la esterilización del material eliminan las bacterias nocivas que podrían proliferar en la toma y hacer enfermar al bebé

Paso 1: Lávese las manos con agua y jabón y séquelas utilizando un paño limpio.

Paso 2: Lave concienzudamente en agua jabonosa caliente todos los utensilios que vaya a utilizar para preparar y administrar el alimento (biberón, tetinas...). Utilice un cepillo limpio especial para biberones y tetinas para frotar el interior y el exterior, asegurándose de eliminar todos los restos de los lugares de difícil acceso.

Paso 3: Aclare bien en agua potable limpia.

ESTERILIZACION

Los utensilios una vez limpios pueden esterilizarse mediante un esterilizador comercial (siga las instrucciones del fabricante) o una cazuela y agua hirviendo:

Paso 1: Llene una cazuela grande con agua.

Paso 2: Sumerja en el agua los utensilios una vez limpios. Asegúrese de que el material esté completamente cubierto por el agua y de que no queden en su interior burbujas de aire.

Paso 3: Cubra la cazuela con una tapadera y lleve a ebullición a fuego vivo, asegurándose de que el agua no llegue a evaporarse por completo.

Paso 4: Mantenga la cazuela cubierta hasta que necesite los utensilios.



ALMACENAMIENTO

Lávese y séquese las manos antes de manipular el material esterilizado. Se recomienda utilizar pinzas esterilizadas para manipular los utensilios esterilizados. Si extrae los utensilios del esterilizador antes de que los necesite, manténgalos cubiertos en un lugar limpio. Si extrae los biberones del esterilizador antes de utilizarlos, siempre debe ensamblarlos por completo, para impedir que el interior de la botella y el interior y el exterior de la tetina vuelvan a contaminarse.

CÓMO PREPARAR UNA TOMA PARA ADMINSTRARLA EN BIBERON

Paso 1: Limpie y desinfecte la superficie en la que preparará la toma.

Paso 2: Lávese las manos con agua y jabón y séquelas con un paño limpio o un paño desechable.

Paso 3: Hierva agua potable limpia. Si utiliza un hervidor automático, espere hasta que se desconecte. Si utiliza una cazuela, asegúrese de que el agua hierva a fuego vivo.

Paso 4: Lea las instrucciones que figuran en el envase del sucedáneo en polvo para saber qué cantidad de agua y de polvo necesita. Utilizar más o menos polvo del indicado puede hacer enfermar al bebé.

Paso 5: Cuidando de evitar las quemaduras, vierta la cantidad apropiada de agua hervida en un biberón limpio y esterilizado. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no la deje enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla.

Paso 6: Agregue la cantidad exacta de polvo al agua contenida en el biberón. Lo habitual suele ser un cacito de polvo raso y sin comprimir por cada 30 cc de agua.

Paso 7: Cierre el biberón y mezcle bien los ingredientes agitándolo suavemente.

Paso 8: Enfríe inmediatamente el contenido hasta la temperatura apropiada para alimentar al bebé, colocando el biberón bajo el chorro del grifo o sumergiéndolo en un recipiente con agua fría o con hielo. Para no contaminar el contenido, asegúrese de que el nivel del agua quede por debajo de la tapa del biberón.

Paso 9: Seque el exterior del biberón con un paño limpio o desechable.

Paso 10: Compruebe la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca. La toma estará tibia, no caliente. Si sigue estando caliente, enfríela un poco más antes de alimentar al bebé.

Paso 11: A continuación alimente al bebe, manteniendo contacto físico cercano con el niño y mirándolo de frente.

Paso 12: Deseche todo resto de la toma que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.



Advertencia: Nunca utilice el microondas para preparar o calentar tomas. Estos hornos no calientan los alimentos de modo uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” capaces de quemar la boca del bebé.

COMO CONSERVAR LOS BIBERONES PARA DARLOS MÁS ADELANTE

Lo más higiénico es preparar el alimento de nuevo para cada toma y administrárselo al bebé de inmediato. Ello se debe a que el alimento preparado ofrece las condiciones idóneas para la proliferación de bacterias, especialmente si se mantiene a temperatura ambiente. Si necesita preparar tomas por adelantado para alimentar al bebé más adelante, habrá de preparar cada biberón por separado, enfriar los biberones rápidamente y meterlos en el frigorífico (a menos de 5°C). Deseche toda toma refrigerada que no haya sido utilizada en 24 horas.

COMO CALENTAR LOS BIBERONES REFRIGERADOS

Extraiga un biberón del frigorífico justo antes de utilizarlo.

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

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

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

¿PUEDO PREPARAR BIBERONES POR ADELANTADO PARA LLEVÁRMELOS EN UN VIAJE?

Sí, pero asegúrese de que el biberón esté frío antes de llevárselo y de que se mantenga frío durante el viaje. Así retrasará o detendrá la multiplicación de bacterias nocivas.

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

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

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

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



¿QUÉ DEBO HACER SI NO DISPONGO DE AGUA HIRVIENDO?

La forma más segura de preparar una toma es utilizar agua que haya sido hervida y enfriada a no menos de 70°C.

Si no puede disponer de agua hirviendo, tal vez desee utilizar preparaciones para lactantes líquidas estériles.

También puede preparar las tomas utilizando agua potable limpia a temperatura ambiente y administrar el alimento de inmediato.

Las tomas preparadas con agua a menos de 70°C deben consumirse inmediatamente; no deben almacenarse para utilizarlas más adelante.

Deseche todos los restos de tomas al cabo de dos horas.

Cuando lo alimentes, que sea sobre tu regazo, con el niño semi-incorporado, y mirándole a los ojos. Lo ha de tomar estando despierto (si está dormido no tiene hambre, con lo cual no necesita comer). Siempre que sea posible intenta ser tú quien le dé el biberón, y así reforzar el vínculo madre-hijo.

A partir de los 6 meses cambiarás a la fórmula de continuación (2) y empezaremos a darle otros alimentos no lácteos (ver protocolo de alimentación complementaria); estos alimentos (papillas) deben darse “con plato y cuchara”, no con biberón.