PERÚ | Ministerio de Salud

PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO

Manual del Facilitador

unicef
únete por la niñez

EL PERÚ AVANZA

DOCUMENTO TÉCNICO

CURSO TALLER
"PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO"

MANUAL DEL FACILITADOR

DOCUMENTO TÉCNICO CURSO TALLER
"PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO"

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF
Parque Melitón Porras 350, Miraflores. Lima – Perú.
Teléfono: 213-0707
Página web: www.unicef.org/peru

© Ministerio de Salud – MINSA
Av. Salaverry 801, Jesús María. Lima – Perú.
Teléfono: 315-6600
Página web: www.minsa.gob.pe

Primera Edición, 2009

Tiraje:
1000 ejemplares

Diseño e Impresión:
Tetis Graf E.I.R.L.
Telf.: 431-9855

Fotografías:
Agradecemos a La liga de la Leche Perú, Proyecto Buen Inicio UNICEF, así como a Milagro Raffo, Raúl Urquizo, Mario Tavera, Elvia Campos y Fabiola Quiroz por las fotografías publicadas.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº - 2009-11279

Dr. Oscar Raúl Ugarte Ubilluz
MINISTRO DE SALUD

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Edward Cruz Sánchez
DIRECTOR GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

Dr. Luis Miguel León García
DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL

Dra. Rosa Vilca Bengoa
DIRECTORA SECTORIAL

ELABORACIÓN CON LA ASISTENCIA TÉCNICA DE:

Ministerio de Salud
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dr. Yencey Barranzuela Montoya
Lic. Walter Vilchez Davila
Lic. Yacquelin Lino
Lic. Hortensia Ramírez

UNICEF
Dra. Milagro Raffo Neyra
Dr. Mario Tavera
Lic. Fabiola Quiroz

VALIDACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN DE:

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Lic. Ulalia Cardenas Cruzatti
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL ITS – VIH SIDA
Lic. Ana Magan la Rosa
DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD
Dra. Violeta Barboza Cordero

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Lic. María Elena Florez Ramírez

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
Lic. Luisa Amelia de la Zota Ángeles

INSTITUTO MATERNO PERINATAL
Dra. María Elena Mendoza Tapia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Dra. Julia Sánchez Bermúdez

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
Dr. Raúl Urquizo Apestegui
Dr. Wilfredo Yngar Armijos
Dra. Sonia Villasante Valera
Dra. Lourdes Agüero Fernández
Dr. Manuel Alberto Zaña Asunción
Dr. Carlos Huertas
Dra. Rossana Bautista Guevara

HOSPITAL SANTA ROSA
Dra. Ana Luisa Apac Ascano
Dra. Elsa María García Muentes
Dr. Mario Fernando León Abad
Dra. Dery Centeno Marmanillo
Lic. Nelly Barrantes Cruz

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
Dra. Sicilia Bellomo Montalvo
Dra. María Luz Rospigliosi López
Lic. Licela Rosa Souza Ferreira Flórez
Lic. Ana Ulloa Gavilano
Lic. Estela Terán Moncada

HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Lic. Lucía Zúñiga Solano

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dra. Elena Gamio Munoz

HOSPITAL NACIONAL "MARÍA AUXILIADORA"
Dr. José Hidalgo Palomino

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dr. Jorge Galdós Tejada

HOSPITAL HUARAL
Dra. Margarita Taype Silva

CS NUEVA ESPERANZA
Lic. Ana Gil Altamirano

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD – ESSALUD
Lic. Liliana Chirinos Aponte

HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" ESSALUD
Lic. Rina Pachas Quispe

HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU – ESSALUD
Dr. César Amanzo López
Dra. Carmen Osorio Torres

MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD
Dra. Sara María Vega Sánchez

LA LIGA DE LA LECHE PERÚ
Lic. Fanny Mora Vidal

CEPREN
Lic. Nair Carrasco
Lic. Rosa Saona Yarmas

REVISIÓN TÉCNICA FINAL
Dra. Milagro Raffo Neyra
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Lic. Fabiola Quiroz
Lic. Jacqueline Lino

ÍNDICE

Introducción 13
Finalidad 15
Objetivo 17
Base legal 19
Ámbito de aplicación 21

CAPÍTULO 1.
POLÍTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA
Antecedentes 25
La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños 27
Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño ... 29
Otras políticas que apoyan la lactancia 29
Situación de la lactancia materna en el Mundo y en el Perú 31
¿Cómo una política y el curso pueden ayudar al establecimiento? 33
Resumen 37
Ejercicios 40

CAPÍTULO 2.
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
Habilidades de escuchar y aprender 44
Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo 44
Resumen 57
Ejercicios 58

CAPÍTULO 3.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Estructura anatómica de la mama 67
Cómo se produce la leche materna 70
Rol del bebé en la transferencia de leche 73
Buen agarre y succión eficaz 76
Resumen 79
Ejercicios 81

CAPÍTULO 4.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

Composición de la leche humana 87
Variaciones de la composición de la leche 95
Importancia de la lactancia materna 98
Los riesgos de no amamantar 100
Resumen 102
Ejercicios 104

CAPÍTULO 5.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO

Discusión de la lactancia con la embarazada 111
Preparación prenatal del pecho y de los pezones 117
Mujeres que necesitan atención especial 119
Resumen 121
Ejercicios 122
Lista de chequeo prenatal 123

CAPÍTULO 6.

EL INICIO DE LA LACTANCIA

Prácticas del trabajo del parto y del parto que favorecen
o dificultan el contacto precoz y el inicio de la lactancia 130
Importancia del contacto precoz 134
Superando las barreras para el contacto precoz 136
Ayudando a iniciar la lactancia 140
Resumen 142
Ejercicios 143
Lista de chequeo de las prácticas del parto 145

CAPÍTULO 7.

¿CÓMO AYUDAR CON LA LACTANCIA?

Posición para el amamantamiento 149
¿Cómo evaluar una mamada? 152
Signos de colocación y agarre 154
Ayude a una madre a aprender a colocar a su bebé al pecho 156
¿Cuándo ayudar? 162
Resumen 163
Ficha de observación de la mamada 164
Ejercicios 165
Ayudando a una madre a colocar a su bebé al pecho 166

CAPÍTULO 8.

SI EL BEBÉ NO PUEDE MAMAR – PASO 5

Aprendiendo a extraer leche 169
Conservación de la leche materna 175
Alimentando al bebé con leche materna extraída 176
Uso de leche de otra madre 180
Resumen 183
Folleto: Extracción de leche 185
Folleto: Cómo alimentar a un bebé con taza 187
Folleto: Uso del suplementador de lactancia 188
Ejercicios 189

CAPÍTULO 9.

PRÁCTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA – PASOS 6, 7, 8 Y 9

Importancia del alojamiento conjunto 195
Lactancia a demanda (dirigida por el bebé) 199
Despertar a un bebé soñoliento y calmar a un bebé que llora 203
Evitar suplementos innecesarios 205
Evitar biberones y chupones 206
Resumen 208
Ejercicios 210

CAPÍTULO 10.

PRODUCCIÓN DE LECHE

Preocupación de "no tener suficiente leche" 215
Patrones de crecimiento normal de los lactantes 218
Previniendo la disminución de la producción de leche 220

Ayudando a una madre con problemas de
"no tener suficiente leche" 220
Relactancia 223
Resumen 225
Ejercicios 227

CAPÍTULO 11.

AFECCIONES DEL PECHO

Examen del pecho 233
Pezones planos, invertidos o largos 235
Ingurgitación, conductos obstruidos y mastitis 237
Pezones dolorosos 243
Resumen 248
Ejercicios 250

CAPÍTULO 12.

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Prematuros, de bajo peso o enfermos 257
Amamantando a más de un bebé 265
Preocupaciones clínicas comunes 266
El bebé que tiene dificultad para lactar 270
Razones médicas para dar alimentos diferentes a la leche materna 272
Resumen 273
Folleto: ¿Necesita el bebé sustitutos de leche materna? 275
Ejercicios 277

CAPÍTULO 13.

PREOCUPACIONES DE LA SALUD MATERNA

Necesidades nutricionales de las mujeres que amamantan 281
Lactancia, espaciamiento de embarazos y sexualidad 284
Manejo de la lactancia cuando la madre está enferma 285
Medicamentos, drogas, contaminantes ambientales y lactancia 289
Mitos y creencias 293
Resumen 296
Ejercicios 298

CAPÍTULO 14.

APOYO CONTINUO A LAS MADRESPASO 10

Preparando a una madre para el alta 303

Seguimiento y apoyo continuo después del alta 306
Lactancia de las mujeres que trabajan fuera del hogar 310
Lactancia continuada por 2 años o más 313
Otras estrategias o programas de salud de la madre y el niño 316
Resumen 317
Ejercicios 319

CAPÍTULO 15.

PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Efecto de la comercialización en las prácticas de alimentación infantil 325
El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y el Reglamento de Alimentación Infantil 327
¿Cómo pueden los trabajadores de salud proteger a las familias de la comercialización? 331
Lactancia en situaciones de emergencia 332
Resumen 335
Ejercicios 336

CAPÍTULO 16.

HACIENDO A TU ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

¿Qué significan las prácticas de Establecimiento Amigo? 343
El proceso de Evaluación de Hospitales o Establecimientos Amigos 349
Inclusión de la IHAMN en los programas existentes 352
Resumen 354
Ejercicios 355
Lista de Chequeo de la Política de Lactancia 357

Anexos 367
Práctica Clínica 1. Observando y ayudando a la lactancia 369
Práctica Clínica 2. Hablando con una gestante 375
Práctica Clínica 3. Observando la extracción manual y la alimentación con taza 379
Taller. Cómo hacer a tu Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño 387

Bibliografía 405

Introducción

Si bien la **ENDES Continua 2004-2006** reporta que el 98% de los niños del Perú han lactado alguna vez, sólo el 48 por ciento de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido. Así mismo 28 por ciento de los niños recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar. Estos casos se presentan con mayor frecuencia cuando el parto es atendido por un personal de salud, sobretodo cuando se trata de enfermera (66.2 por ciento) u obstetriz (61.1 por ciento).

Entre la ENDES 2000 y la ENDES Continúa 2004-2006, la proporción de infantes menores de 6 meses amamantados exclusivamente ha disminuído. En el periodo del 2000 al 2004-2006, los infantes de 0 a 1 y 2 a 3 meses de edad que recibían lactancia exclusiva ha disminuído del 79 y 67 por ciento al 76 y 60 por ciento, respectivamente. La alimentación complementaria (incluyendo agua sola) se inicia a edades muy tempranas: antes de los dos primeros meses al 23 por ciento de los niños y entre los 4 a 5 meses al 46 por ciento de ellos. Los porcentajes de niños que reciben alimentación complementaria a edades tempranas (menores de 4 meses) evidencian un incremento de 5 puntos porcentuales respecto a lo observado en el 2000.

La lactancia materna no sólo ofrece la nutrición perfecta para el bebé en desarrollo, también provee protección inmunológica de valor incalculable contra una larga lista de enfermedades (infecciones respiratorias, alergias, enfermedades del intestino, meningitis, síndrome de muerte súbita del lactante, diarrea y neumonía).

Los beneficios del amamantamiento en términos de salud se extienden a la madre. Amamantar reduce el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario, la osteoporosis y la hemorragia posparto y actúa como un espaciador natural de los

nacimientos, asegurando que el cuerpo de la madre tenga tiempo suficiente para recuperarse y prepararse para los nacimientos futuros. La capacidad de una mujer de nutrir su bebé a través del amamantamiento no tiene nada que ver con su condición social, y provee igualdad de comienzo tanto a los niños como a las niñas. El impacto del amamantamiento es sentido no sólo en los países más pobres o en las familias de bajos ingresos que no pueden afrontar el costo de la alimentación artificial o tienen acceso limitado a agua potable y atención médica adecuada. Aún en condiciones económicas óptimas, los sucedáneos artificiales de la leche materna comprometen significativamente la salud y el bienestar de madres y bebés.

Los trabajadores de salud encargados de la atención integral de la salud del binomio madre niño juegan un rol clave en mantener la lactancia. De ahí que exista la necesidad de que estén dotados de conocimientos y habilidades para apoyar y proteger la lactancia materna. En tal sentido el Ministerio de Salud, ha tomado como base el curso de 20 horas de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de OMS/UNICEF, el cual ha sido traducido y adaptado considerando el actual marco normativo internacional y nacional referido al tema ha desarrollado en coordinación con UNICEF –Perú al presente documento técnico: **Curso Taller "Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño" - manual del facilitador, el cual se constituye un instrumento para la capacitación del personal de salud en el ámbito nacional.**

El curso armoniza la aplicación del conocimiento y de las habilidades de los trabajadores de salud en su práctica diaria para fomentar y apoyar la lactancia materna, haciendo énfasis en la importancia del amamantamiento para la madre y el bebé, las técnicas para facilitar la lactancia exitosa evidenciando los cuidados adicionales y riesgos para las madres y los bebés que no amamantan. Así mismo muestra como las prácticas del personal de salud en los establecimientos de salud pueden influir en el éxito de la lactancia, describiendo el proceso para la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños a través de pautas extraídas de documentos técnicos publicados por OMS/UNICEF.[1]

[1] WHO/ UNICEF Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital: A 20 hour Course for Maternity Staff, 2006. OMS/ UNICEF. Consejería en lactancia materna: un curso de capacitación, 1993.

Finalidad

Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica infantil y a la protección de la salud integral de la madre, del recién nacido y del niño a través de la implementación y expansión de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños a los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Objetivos

Actualizar y estandarizar los conocimientos técnicos y habilidades del personal de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Brindar los elementos técnicos necesarios para que el personal de salud desarrolle el proceso de calificación y certificación de los establecimientos de salud como amigos de la madre y el niño.

Base legal

- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA que aprueba la "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad".

- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA que aprueba la Norma Técnica para la Implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal.

- Decreto Supremo 003-2008- PCM, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.

- Decreto Supremo 055-2007-PCM, que aprueba la "Estrategia Nacional CRECER".

- Decreto Supremo N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de Aplicación Obligatoria para todos los Establecimientos que reciban Financiamiento del SIS.

- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.

- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niñas y Niños menores de 5 años.

- Decreto Supremo Nº 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.

- Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (madre niño) del VIH. NT Nº 024-2005 –MINSA/DGSP_V.01 2005.

- Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, que dispuso la implementación de Lactarios en las instituciones del Sector Público.

Ámbito de aplicación

El presente Documento Técnico es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud, de los Gobiernos regionales y gobierno locales, prioritariamente los que se ubican en los distritos ámbito de la Estrategia Nacional CRECER. Así mismo es de alcance a los establecimientos de salud de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional y del sector privado.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA

Objetivos:

Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Conocer los antecedentes de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN);
2. Comprender la Iniciativa Hospital Amigo[2] de la Madre y el Niño;
3. Exponer los objetivos de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de OMS/ UNICEF;
4. Conocer otras políticas, documentos y acciones que apoyan la lactancia;
5. Analizar la situación de la lactancia materna en el mundo y en el Perú;
6. Explicar cómo una política de lactancia y este curso pueden ayudar al establecimiento de salud (Pasos 1 y 2).

Materiales:

- Políticas que apoyan la Lactancia Materna CD interactivo
- ENDES continua (Sección Lactancia, Alimentación y Nutrición).
- Copia de la política nacional (Reglamento de Alimentación Infantil).
- Un cartel de los Diez Pasos hacia la Lactancia Materna Exitosa y/o un folleto para los participantes.

[2] Los términos Amigo de los Niños y Hospital Amigo de los Niños o de la Madre y el Niño son marcas registradas de UNICEF y sólo pueden ser usados relacionados con la designación oficial o con permiso expreso de UNICEF.

POLÍTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA

Hasta hace algo más de 100 años todos los niños eran amamantados. Desde entonces, diversos factores contribuyeron a que la lactancia disminuyera en todo el mundo…

Pregunte a los participantes: ¿Qué factores creen Uds. que contribuyeron a la disminución de la lactancia materna en el mundo?
Espere algunas respuestas.
Muestre la Diapositiva 1/1: Factores para la declinación de la lactancia

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y DEL NIÑO

A fines del siglo XIX, con la industrialización y la incorporación de la mujer como fuerza de trabajo, los patrones de alimentación en los países desarrollados cambiaron.
Ocurrieron avances importantes en la industria de los alimentos infantiles, buscando un producto para sustituir la lactancia.
El parto se institucionalizó. En los servicios materno-infantiles se adoptaron prácticas y rutinas que ocasionaron la separación de madre e hijo después del parto, retardando el inicio de la lactancia o administrando otros líquidos como alimento inicial, entre ellos, fórmulas lácteas industrializadas.
Se perdió la enseñanza de la lactancia de una generación a otra. Las mujeres iban a dar a luz sin tener las habilidades ni la confianza para amamantar a sus bebés porque no habían visto a otras mujeres dando de lactar.

A esto se sumó la falta de educación e información del personal de salud en el manejo de la lactancia, y la publicidad y la promoción indiscriminadas de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud, directamente a los profesionales o mediante muestras y folletos.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los cambios en la alimentación infantil con sus grandes intereses económicos y las rutinas inadecuadas en los servicios de maternidad llevaron a la disminución de la lactancia.

La declinación de la lactancia tuvo consecuencias en todos los medios sociales y económicos, pero fue en los países en vías de desarrollo, con condiciones económicas y sanitarias deficientes, donde las consecuencias fueron evidentes y desastrosas. El abandono de la lactancia trajo como resultado un aumento de las infecciones, la desnutrición y la muerte.

En el Perú, a pesar de ser un país cuyas madres tradicionalmente adoptaban el amamantamiento como modo de alimentación de sus bebés, la exclusividad y la prevalencia de la lactancia materna también disminuyeron, lo que trajo un aumento de la morbilidad y de la mortalidad infantil, como se demostraría en algunas investigaciones.

Muestre las Diapositivas 1/2 y 1/3: Riesgo de diarrea y riesgo de infección respiratoria por tipo de alimentación y explíquelas brevemente (considerando el riesgo de diarrea e IRA con lactancia materna como 1, el riesgo aumenta a más de 1 con los otros modos de alimentación).
Muestre la Diapositiva 1/4: Lactancia Materna: Prioridad en el Mundo.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud advirtió el descenso de la lactancia en el mundo, relacionándolo, entre otros, a la promoción indiscriminada de sucedáneos de leche materna, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctivas. En 1978 la 31ª Asamblea Mundial de la Salud volvió a recomendar la regulación de la promoción de esos productos. En 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y, finalmente, en 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

En 1982, el Perú fue el primer país en Latinoamérica en adoptar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, con fuerza de ley, en el primer Reglamento de Alimentación Infantil (DS N° 020-82).

En 1989, OMS/UNICEF suscriben la declaración conjunta sobre "Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna", instando a todos los sectores de la sociedad, especialmente a los servicios de salud, a que los padres tengan acceso a educación en lactancia materna y apoyo para ponerla en práctica.
En 1990, en Florencia, 32 países firman la llamada Declaración de Innocenti, que insta a los gobiernos a adoptar el Código, así como a dar leyes y otras medidas para proteger la maternidad y los derechos de las madres trabajadoras, y que en 1995 todas las maternidades del mundo cumplan los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa.

En su Estado Mundial de la Niñez de 1991, UNICEF estimó que revirtiendo la declinación de la lactancia, podrían salvarse un millón y medio de vidas cada año.

2. LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

- En 1991 la Organización Mundial de la Salud y UNICEF lanzan la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.
- El Perú contaba ya con una política de promoción de la lactancia materna dentro del Plan Nacional de Acción por la Infancia, que fijaba como meta para 1995 incrementar la lactancia materna exclusiva al 6º mes de edad, a 50%. En 1992, el Ministerio de Salud acoge la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño poniendo en marcha, en 1993, el Plan de Implementación de la Iniciativa, instituyendo además la Semana de la Lactancia Materna en el Perú en agosto.

A esto, siguieron la Autoevaluación, la adecuación de los servicios materno-infantiles y la Evaluación Externa de Hospitales que culminó con la certificación de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño.

Pregunte: ¿Conocen Uds. lo que es la IHAMN y cuáles son sus objetivos?
Espere algunas respuestas.

- La IHAMN es una iniciativa global cuyo objetivo es dar a cada bebé el mejor inicio de la vida creando un ambiente de cuidados de la salud que apoye al amamantamiento como la norma.
- La Iniciativa incluye un esquema de evaluación global y acreditación que reconoce los logros de los establecimientos de salud cuyas prácticas apoyan la lactancia y alienta a los establecimientos de salud a mejorar las prácticas que no sean óptimas.

Muestre la Diapositiva 1/5: Objetivo de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño

> *El objetivo de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño es implementar los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa y terminar con las donaciones y adquisiciones a bajo costo de los sucedáneos de leche materna en los establecimientos de salud.*

Muestre la Diapositiva 1/6: Número de Hospitales Amigos en el Mundo

- Desde que fue lanzada la IHAMN, se han certificado más de 19, 600 hospitales en 152 países.
- En el Perú fueron acreditados 90 hospitales entre 1994 y 1997 y en la actualidad son 92 los hospitales certificados.

Pregunte cuántos establecimientos de salud en el área/región están acreditados como Hospitales Amigos y qué proporción de nacimientos representan en el área/región.

- La IHAMN provee un plan para hacer que las madres adquieran las habilidades que necesitan para amamantar en forma exclusiva por 6 meses y continuar con la lactancia con alimentos complementarios por 2 años o más.
- Un Hospital Amigo también ayuda a las madres que no amamantan, a cuidar a sus bebés lo mejor posible, lo que incluye a las mujeres VIH positivas. Las necesidades especiales de ellas pueden ser totalmente satisfechas sin comprometer la condición de Hospital Amigo.
- En 1998 se publica el documento Evidencias para los Diez Pasos hacia la Lactancia Materna Exitosa, demostrando que existen suficientes pruebas de su impacto, como para extender la IHAMN a todos los establecimientos de maternidad.

Muestre la Diapositiva 1/7: Bebés exclusivamente amamantados según lugar de nacimiento.

- Recientemente, un estudio en Suiza confirmó que la duración de la lactancia exclusiva es significativamente mayor si el parto ocurre en un Hospital Amigo.

> *En la mayoría de países en el mundo, la IHAMN ha contribuido a un aumento en la lactancia materna.*

3. ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

- En el 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y UNICEF respaldan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

Muestre la Diapositiva 1/8: Objetivo de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y léala

> *El objetivo de la Estrategia Mundial es mejorar – a través de una alimentación óptima – el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de esa manera, la supervivencia de los lactantes y de los niños pequeños.*

- Apoya la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida de alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada, mientras continúa el amamantamiento por dos años y más. También apoya la nutrición materna y el apoyo social y comunitario.

- Aproximadamente 5,500 niños mueren cada día debido a malas prácticas de alimentación infantil. Además, muchos niños sufren efectos a largo plazo debido a malas prácticas de alimentación, incluyendo alteraciones del desarrollo, malnutrición, aumento de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas. El aumento de las tasas de obesidad en niños también está relacionado con la falta de lactancia.
  El mejoramiento de la alimentación del lactante y del niño es pertinente en todo el mundo.

Muestre la Diapositiva 1/9: Urge el fortalecimiento de la IHAMN

- La Estrategia Mundial exige la implementación y el fortalecimiento de la IHAMN, la capacitación en lactancia en el currículo de entrenamiento del trabajador de salud y mejores datos sobre la lactancia materna.
- La Estrategia Mundial no reemplaza, sino que se suma a los programas existentes. Está apoyada por las políticas nacionales, leyes y programas que promueven, protegen y apoyan la lactancia y protege los derechos de las mujeres trabajadoras para la protección de la maternidad.

4. OTRAS POLÍTICAS, DOCUMENTOS Y ACCIONES QUE APOYAN LA LACTANCIA

Muestre la Diapositiva 1/10: Otras políticas y acciones que apoyan la lactancia

En el Perú, en 1996 y en el 2001 se restablecen algunos derechos de las madres trabajadoras, como son el descanso prenatal y postnatal y la hora diaria de lactancia hasta el año.

En el 2002, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010 se propone como primer objetivo estratégico: Asegurar una vida sana para niños y niñas de 0 a 5 años y, dentro de ese objetivo, que todos los niños y las niñas menores de 2 años accedan a la lactancia materna y a la alimentación complementaria óptima.
En el 2003 las Series de Supervivencia de Lancet presentan una lista de intervenciones que podrían reducir la mortalidad infantil.

> *La lactancia materna durante el primer año de vida, es la intervención preventiva con el mayor potencial para salvar vidas, ya que puede prevenir el 13% de las muertes infantiles en el mundo.*

En el 2005 se firma una nueva Declaración de Innocenti en Florencia. Teniendo en cuenta que la lactancia por sí sola puede salvar las vidas de 3,500 niños cada día; la protección, promoción y apoyo de la lactancia son medidas urgentes y necesarias para asegurar el logro de los Objetivos del Milenio para el 2015, recomendándose, entre otros, la revitalización de la IHAMN.

Como resultado del interés y del insistente pedido de actualizar la Iniciativa, UNICEF, en coordinación con OMS, lleva a cabo la revisión de los documentos y materiales, que están ahora disponibles para su uso y en los cuales se basa este curso.

En el 2006 la 59ª Asamblea Mundial de Salud insta a los Estados Miembros a reactivar la IHAMN para proteger y promover la lactancia materna, considerando que ha habido un retroceso en los hospitales y que las tasas de lactancia materna exclusiva en el mundo - de 38% - son relativamente bajas.

En el Perú, en el 2006 se promulga un nuevo Reglamento de Alimentación Infantil (D.S. Nº 009-2006-SA). Ese mismo año se dispone la ampliación de la hora de lactancia para madres trabajadoras en caso de nacimientos múltiples y la obligación de las Instituciones del Sector Público de implementar lactarios en donde laboren 20 ó más mujeres en edad fértil (D.S. Nº 009-2006-MIMDES y RM Nº 959-2006/MINSA).

En el 2007, la OMS publica una revisión sistemática y meta-análisis del impacto a largo plazo del amamantamiento, aclarando cómo los riesgos de no amamantar, se prolongan hasta la vida adulta.

En ese mismo año, se aprueba en el Perú, la Estrategia Nacional Crecer que tiene como objetivo reducir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y

niñas menores de 5 años para el 2011, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad.

Diversas políticas, a nivel nacional y mundial, se suman a la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño para promover, proteger y apoyar la lactancia como medida para mejorar la salud de la población y disminuir la mortalidad infantil.

5. SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO Y EN EL PERÚ

Situación de la lactancia en el Mundo

Muestre la Diapositiva 1/11: Situación de la lactancia en el Mundo: Lactancia materna exclusiva en < 6m

Las cifras de lactancia materna exclusiva varían mucho entre los países (desde menos de 30% hasta más de 60%) y no todos reportan datos.

Desde la Declaración de Innocenti, el promedio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41%, pero luego ha bajado a 36-38%.

Situación de la lactancia en el Perú

Muestre la Diapositiva 1/12: Situación de la lactancia exclusiva en el Perú-ENDES.

Desde la Iniciativa Hospital Amigo, en el Perú se produjo una mejora en los indicadores de lactancia hasta el 2000, sin embargo, posteriormente se observa un retroceso en algunos. La última ENDES continua, del 2007, reporta una tasa de 65.6% de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y de 80% de lactancia materna con alimentos complementarios de los 6 a los 9 meses, entre los años 2005 y 2007.

Muestre la Diapositiva 1/13: Situación de la lactancia en el Perú ¿Seguimos siendo amigos en el 2004?

> *Es necesario y urgente impulsar la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, con la acreditación de nuevos establecimientos de salud y la recertificación de los ya acreditados.*

Muestre la Diapositiva 1/14: Situación de la lactancia en el Perú: Inicio de la lactancia.

En el Perú, según la ENDES 2004, la práctica de la lactancia materna es casi generalizada, ya que más del 98% de niños ha lactado alguna vez. Sin embargo, menos de **la mitad inicia la lactancia en la primera hora.**

Muestre la Diapositiva 1/15: Situación de la lactancia en el Perú: Alimento pre-lácteo.

Además, **un 28% de los recién nacidos, recibió un alimento pre-lácteo** (alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar). Estos casos se presentan **con mayor frecuencia entre los niños que nacieron en un lugar diferente a su hogar**, en un establecimiento de salud o en otro lugar (alrededor del 30 % en ambos casos), entre los que recibieron asistencia del médico en el parto (35 %).

Muestre la Diapositiva 1/16: Situación de la lactancia en el Perú: Lactancia materna exclusiva.

Aunque al momento de la encuesta, ENDES 2004, la totalidad de los niños menores de 4 meses estaba lactando, sólo lo hacía en forma exclusiva el 76 % de los menores de 2 meses, el 65 % de los lactantes de 2 a 3 meses y el 53 % de los niños de 4 a 5 meses y estas cifras son menores que las del año 2000.

Muestre la Diapositiva 1/17: Situación de la lactancia en el Perú: Introducción de otros alimentos

El problema radica en la introducción de agua u otros líquidos (tales como caldos, jugos y otras leches), a una edad muy temprana, al 24 % de los niños antes de los 2 primeros meses, al 35.5% entre los 2 y 3 meses y al 47 % entre los 4 y 5 meses. Los porcentajes de niños que reciben alimentación complementaria a edades tempranas evidencian un aumento de 3 y 4 puntos respecto a los observados en el 2000.

Muestre la Diapositiva 1/18: Situación de la lactancia en el Perú: Uso del biberón ENDES 2004

En el mencionado contexto, el **uso del biberón** es **una práctica relativamente común** que se inicia entre los menores de 2 meses (17 %) y alcanza mayor frecuencia entre los niños de 12-15 meses de edad (57 %). En el 2000, el uso fue de 18 % para los menores de 2 meses y 43 % para niños de 12 a 15 meses de edad.

La ENDES continua 2007 reporta que el uso del biberón sigue siendo una práctica común aún en los últimos años, con muy ligeras variaciones respecto a la ENDES anterior.

En el Perú, si bien la mayoría de niños inicia el amamantamiento, se necesita fomentar y apoyar la lactancia materna precoz y exclusiva, el inicio oportuno de una alimentación complementaria adecuada y la erradicación de los biberones.

Muestre la Diapositiva 1/19: El Código y el Reglamento de Alimentación Infantil
De otro lado, se han llevado a cabo monitoreos del Código de Comercialización de Sucedáneos y/o del Reglamento de Alimentación Infantil en 1999, 2000, 2001, 2004 y 2007 los que muestran que **la mayor parte del personal de salud desconoce estos documentos** y que **las donaciones e infracciones**, aunque han disminuido, **siguen produciéndose** en la mayoría de establecimientos, siendo más numerosas en los del sector privado.

Se requiere difundir y socializar el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y el Reglamento de Alimentación Infantil entre los trabajadores de salud para que vigilen activamente su cumplimiento.

6. ¿CÓMO UNA POLÍTICA DE LACTANCIA Y ESTE CURSO PUEDEN AYUDAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- Durante este curso discutiremos qué significan los Diez Pasos, cómo implementarlos y la importancia de los miembros del personal para convertir al establecimiento de salud en Establecimiento Amigo. Hablaremos también sobre las prácticas relacionadas a la comercialización de sustitutos de la leche materna posteriormente en el curso y lo que el proceso de evaluación comprende.

Muestre un cartel con los Diez Pasos para la Lactancia Materna Exitosa o entregue folleto de los Diez Pasos.

Muestre la Diapositiva 1/20: Paso 1 y pida a un participante que lea el primer Paso.

El Primer Paso de los Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa establece:
Tener una política escrita que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.

Muestre la Diapositiva 1/21: ¿Por qué tener una política?

- Una política ayuda a:
  - asegurar un cuidado coherente y efectivo de las madres y de los bebés,
  - proporcionar una pauta de práctica que pueda medirse,
  - acciones de apoyo.

- Una política está orientada hacia el respeto y el cumplimiento de derechos:
  - el derecho del niño a recibir lactancia materna,
  - el derecho de la madre a amamantar a su hijo.

- Una política no es un protocolo de tratamiento ni una pauta de cuidado.

> *"Política" significa que todo el personal concuerda en seguir los protocolos y las guías y que las autoridades se lo exigen así al personal.*

Seguir una política o no seguirla no es una decisión personal.
Esto es similar a otras políticas – un individuo no decide si dar una vacuna o qué información registrar en el certificado de nacimiento.

> *Si no se sigue una política en una ocasión específica, se debe registrar la razón por la cual no se sigue.*

Muestre la Diapositiva 1/22: Política de lactancia ¿Qué debe comprender y cómo debe presentarse?

- Una política incorpora los Diez Pasos y el Código Internacional y explica cómo el personal del establecimiento de salud debe implementar los Diez Pasos, incluyendo los procesos que deben realizar los servicios materno-infantiles.

> *La política sobre lactancia debe estar escrita en lenguaje común y a disposición del personal de maternidad, así como publicada a la vista de las madres.*

Pida a los participantes que refieran brevemente la política de lactancia del establecimiento de salud y si ha sido publicada y difundida. Pídales también examinar la política durante el curso (no durante esta sesión).

El Personal debe estar capacitado.

Muestre la Diapositiva 1/23: Paso 2 y pida a un participante leerlo en voz alta:

El 2° Paso de los Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa dice:
Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

- La política debe apoyar los Diez Pasos y el entrenamiento ayuda a implementar estos Pasos.

- Este entrenamiento en lactancia debe tener, por lo menos, 20 horas en total, incluyendo un mínimo de 3 horas de experiencia clínica supervisada.

- Este curso apunta a ayudarlo a sentir confianza en su conocimiento y habilidades para cuidar y apoyar a madres y lactantes en la práctica diaria.

Muestre la Diapositiva 1/24 y léala

El objetivo de este curso es que cada miembro del personal apoye con confianza y seguridad a las madres en el amamantamiento temprano y exclusivo y que este establecimiento avance hacia el logro de la designación de Establecimiento Amigo

- Durante este curso discutiremos el resto de los Pasos en detalle. Usted tendrá la oportunidad de aprender cómo:
  - usar las habilidades de comunicación para hablar con mujeres embarazadas, madres y compañeros de trabajo;
  - implementar los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa y aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna;
  - dialogar con una gestante sobe la importancia de la lactancia y resumir las prácticas que apoyan el inicio de la lactancia;
  - facilitar el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia;
  - ayudar a la madre a aprender a colocar a su bebé al pecho así como la extracción manual de leche;
  - dialogar con una madre cómo encontrar apoyo para amamantar después del alta;
  - comentar lo que se necesita proponer a una madre que no está amamantando y saber a quién referir a esta madre para una posterior ayuda con la alimentación de su bebé.
  - identificar las prácticas que apoyan la lactancia y aquellas que interfieren con ella;

- plantear a los compañeros de trabajo como detectar las barreras para la lactancia y buscar las maneras de superarlas.

- La participación en este curso ayuda a aumentar el nivel de conocimientos, algunas habilidades y confianza, que le permitan hallar la coherencia entre la información y la práctica de todo el personal de los establecimientos de salud.

- Este curso proporciona un fundamento a las prácticas de Hospitales Amigos.

Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

Hace algo más de 100 años todos los niños eran amamantados, sin embargo con la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los cambios en la alimentación infantil, los intereses comerciales y económicos y las rutinas inadecuadas en los servicios de maternidad, llevaron a la disminución de la lactancia. Esto provocó un aumento de las infecciones, de la desnutrición y de la mortalidad infantil, principalmente en los países pobres, por lo que lo que durante muchos años, la recuperación de la lactancia ha sido y sigue siendo un tema de salud pública.

- En 1981 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, que fue adoptado por el Perú en 1982, con el Reglamento de Alimentación Infantil.

- En 1991 OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN).

> *El objetivo de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño es implementar los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa y terminar con la distribución gratuita y de bajo costo de suplementos de sustitutos de leche materna en los establecimientos de salud.*

- En Perú, el Ministerio de Salud acoge la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño poniendo en marcha, en 1993, el Plan de Implementación de la Iniciativa, que culminó con la certificación de 90 Hospitales Amigos de la Madre y el Niño.

- En el 2002 se lanza la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño que se suma a los programas existentes para ayudar a la nutrición óptima y dar así a los niños un inicio saludable de la vida.

> *El objetivo de la Estrategia Mundial es mejorar – a través de una alimentación óptima – el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo, la salud y, de esa manera, la supervivencia de los lactantes y niños pequeños.*

- Apoya la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida de alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada, mientras continúa

el amamantamiento por dos años y más. También apoya la nutrición materna y promociona el apoyo social y comunitario.

- La Estrategia hace un llamado urgente al apoyo a la lactancia materna exclusiva y al reforzamiento de la IHAMN que continúan siendo importantes en todo lugar.

- Durante este curso discutiremos especialmente cómo:
  - usar las habilidades de comunicación para hablar con mujeres embarazadas, madres y compañeros de trabajo;
  - implementar los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa y aplicar el Reglamento de Alimentación Infantil (DS 009-2006 SA) y él Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
  - dialogar con una gestante sobe la importancia de la lactancia y resumir las prácticas que apoyan el inicio de la lactancia;
  - facilitar el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia;
  - ayudar a la madre a aprender a colocar a su bebé al pecho así como la extracción manual de leche;
  - dialogar con una madre cómo encontrar apoyo para amamantar después del alta;
  - comentar lo que se necesita proponer a una madre que no está amamantando y saber a quién referir a esta madre para una posterior ayuda con la alimentación de su bebé.
  - identificar las prácticas que apoyan la lactancia y aquellas que interfieren con ella;
  - plantear a los compañeros de trabajo como detectar las barreras para la lactancia y buscar las maneras de superarlas.

RESUMEN

DIEZ PASOS HACIA LA LACTANCIA EXITOSA

Una Declaración Conjunta de OMS/UNICEF (1989)

Cada establecimiento que provea servicios de maternidad y cuidado de los recién nacidos deberá:

1. Tener una política de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

2. Capacitar a todo el personal de salud de modo que pueda poner en práctica esa política.

3. Informar a las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora del nacimiento.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún cuando tengan que separarse de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida, a menos que esté médicamente indicado.

7. Practicar el alojamiento conjunto - permitir a las madres y a los niños permanecer juntos – 24 horas al día.

8. Alentar el amamantamiento a libre demanda.

9. No dar chupones ni biberones a los niños alimentados a pecho.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a ellos, al alta del hospital o clínica.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 1:
POLÍTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA

1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN – INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA

MATERIAL:

Reportes de ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) de 1991 a 2007. CD interactivo

Preparación:

Puede hacerse con todos los participantes o por grupos pequeños. Si se hace por grupos, se les asigna diferentes temas y al final un representante de cada grupo resume las conclusiones.

Desarrollo:

Analizar la situación de la lactancia en el área/región, según los resultados de las ENDES de los siguientes indicadores:

a. Inicio de la lactancia
- En la primera hora
- En el primer día

b. Uso de alimentos pre-lácteos
c. Prevalencia de la lactancia materna
d. Duración de la lactancia materna exclusiva
e. Introducción de alimentos diferentes a la leche materna
f. Uso del biberón

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Un compañero de trabajo le pregunta por qué se está haciendo este curso y cómo podría el curso ayudar a las madres y a los bebés que Ud. atiende.

¿Qué le contestaría?

CAPÍTULO 2

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Objetivos:

Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Conocer las habilidades de comunicación de escuchar y aprender, y de reforzar la confianza;
2. Practicar el uso de esas habilidades

Materiales:

- Una muñeca para la demostración.
- Dos sillas que puedan llevarse al frente del salón.
- Un cartel (elaboración local) con la lista de habilidades de comunicación (ver el resumen de la sesión).

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

A menudo se entrena al personal de salud para buscar problemas y solucionarlos. Esto puede ser útil para hacer diagnóstico de enfermedad, pero no para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud. Una decisión informada implica sentimientos y creencias que se relacionan con factores psicológicos, familiares y culturales.

La buena comunicación significa que se respetan los sentimientos, pensamientos, creencias y cultura propios de cada mujer. No significa dar ordenes ni imponer acciones decirle a una persona lo que *debería* hacer ni presionarla a realizar alguna acción en particular.

El personal de salud necesita saber algo más que sólo ofrecer información. Parte de su trabajo es ayudar a las madres a buscar la causa de sus dificultades (diagnóstico) y sugerir algunas maneras de ayudar a solucionar el problema. A menudo no hay ningún problema que solucionar y la madre sólo necesita la seguridad de que está haciendo bien las cosas.

El personal de salud debe tener la habilidad de escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma. Esto puede ayudarla a tener éxito en la lactancia.

> *El personal de salud debe saber algo más que dar información.*
> *Debe tener habilidades de comunicación.*

Usted puede usar sus habilidades de comunicación para:

- Escuchar y aprender acerca de los sentimientos y las creencias de la mujer, su nivel de conocimiento y sus prácticas;
- Reforzar su confianza y elogiar las prácticas que usted desea fomentar;
- Ofrecer información o complementarla;

- Sugerir cambios que la mujer pueda considerar;
- Ponerse de acuerdo con ella para hacer el seguimiento.

Usted también puede usar esas habilidades para:
- Comunicarse con los compañeros de trabajo que se resistan a cambiar sus prácticas para ser 'amigos de los niños'.
- Comunicarse con miembros de la familia que estén apoyando a la madre, especialmente aquellos que puedan influenciar negativamente en las prácticas de alimentación de su bebé.
- Comunicarse con quienes dictan las políticas para abogar por establecimientos amigos de los niños.

En este curso, mostraremos algunas habilidades de comunicación, como:

Habilidades para Escuchar y Aprender:
- Usar comunicación no verbal útil
- Hacer preguntas abiertas
- Demostrar interés y devolver el comentario
- Dar muestras de empatía
- Evitar palabras enjuiciadoras

- **Habilidades para Reforzar la Confianza y Dar Apoyo**
  - Aceptar lo que la madre piensa y siente
  - Reconocer y elogiar lo que la madre y el bebé están haciendo bien
  - Dar ayuda práctica
  - Proporcionar información pertinente usando lenguaje apropiado
  - Hacer sugerencias, no dar órdenes.

Conforme se utilizan, estas habilidades se sienten más naturales y mejoran.
Usted puede usar estas habilidades de comunicación en su hogar, con su familia y con sus amigos así como en situaciones del trabajo.

Habilidades de Escuchar y Aprender
Puede que una madre no hable fácilmente sobre sus sentimientos. Es necesario que usted tenga la habilidad de escucharla y de hacerla sentir que usted está interesado en ella. Esto la estimulará a que le diga más y habrá menos posibilidades de que se encierre en sí misma y no diga nada.

1. USAR COMUNICACIÓN NO VERBAL ÚTIL.

La comunicación no verbal es la que expresamos a través del lenguaje corporal y es tan importante como la verbal (lo que decimos.

La comunicación no verbal útil hace sentir a la madre que usted está interesado en ella, lo cual le ayudará a hablarle.

Usted también recibe comunicación no verbal muy útil de la madre. Puede observar que una madre está sentada en una posición incómoda o que está mirando alrededor, preocupada de que otros estén escuchando. Cuando usted habla con la madre en un lugar cómodo y, si es posible, en privado, ella se siente segura y eso la ayuda a sentirse más a gusto hablando con usted

Pregunte: ¿Qué maneras hay de brindar comunicación no verbal útil durante una entrevista?
Espere algunas respuestas.
Algunas maneras de brindar comunicación no verbal útil durante una entrevista con una madre son:

- Sentarse al mismo nivel y cerca a la madre.
- Retirar las barreras físicas, tales como una carpeta o cartapacio en los brazos.
- Poner atención a la madre, evitando distraerse y mostrando que se le está escuchando, asintiendo con la cabeza, sonriendo y haciendo otros gestos apropiados.
- Tomarse el tiempo necesario, sin apurarse o mirar el reloj.
- Tocarla sólo de manera apropiada (tal como una mano sobre el hombro). No tocarle los pechos ni a su bebé sin pedirle permiso.

Demostración 1:
- En esta demostración el trabajador de salud saluda a la madre usando las mismas palabras, pero de varias maneras. Observe la comunicación no verbal en cada saludo.
Un participante hace el papel de la madre y se sienta en una silla frente al grupo con una muñeca sostenida en posición de alimentarla.
Un facilitador representa al trabajador de salud y dice exactamente las mismas palabras varias veces:

Trabajador de salud	"Buenos días, ¿cómo le está yendo con la lactancia?"

Pero las dice con diferentes formas de comunicación no verbal cada vez. Por ejemplo:
Se pone de pie, por encima del nivel de la madre o se sienta al lado de ella, o mira a su reloj mientras hace la pregunta, o se inclina hacia adelante y toca al bebé que está lactando (discuta primero con el participante la forma de tocar al bebé).

- Discuta cómo la comunicación no verbal marca una diferencia. Pregunte a la "madre" cómo se sintió cuando fue saludada de cada manera diferente. Pregunte a los participantes lo que han aprendido en esta demostración acerca de la comunicación no verbal.

2. HACER PREGUNTAS ABIERTAS

Cuando ayuda a una madre, usted quiere conocer cuál es la situación, si existe alguna dificultad, qué ha hecho la madre, qué le ha dado resultado y qué no se lo ha dado.

Si usted hace preguntas de manera que anime a la madre a hablar, usted no necesitará hacer muchas preguntas.

Hay preguntas abiertas y cerradas.

- Usualmente las preguntas abiertas son más útiles. Animan a la madre a dar más información. Generalmente empiezan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?". Por ejemplo, "¿Cómo está usted alimentando a su bebé?"
- Las preguntas cerradas pueden ser respondidas con un sí o un no y pueden no darle a usted mucha información. Usualmente empiezan con "¿Está usted ...? ¿Hizo usted…? ¿Hizo el bebé…?" Por ejemplo, "¿Amamantó usted a su anterior bebé?" (¿Hizo usted?).

Usted puede pensar que la madre no desea hablar con usted. La madre puede sentir miedo de dar la respuesta equivocada. A veces, la pregunta cerrada sugiere la respuesta 'correcta' y la madre puede dar esta respuesta, sea verdad o no, pensando que eso es lo que usted desea escuchar.

Demostración 2A:

- En esta demostración escuche si el trabajador de salud está haciendo preguntas abiertas o cerradas y cómo responde la madre a las preguntas.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Están bien usted y su bebé hoy?
Madre	Sí, estamos bien.
Trabajador de salud	¿Tiene alguna dificultad?
Madre	No.
Trabajador de salud	¿Está lactando su bebé con frecuencia?
Madre	Sí.

Comentario: Las preguntas cerradas obtienen respuestas de sí y no. El trabajador de salud no aprendió mucho y es difícil continuar la conversación

Veamos otra manera de hacer esto.

Demostración 2B:
- En esta demostración escuche si el trabajador de salud está haciendo preguntas abiertas o cerradas y cómo la madre responde a las preguntas.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Cómo están usted y su bebé hoy?
Madre	Estamos bien.
Trabajador de salud	Dígame ¿Cómo está usted alimentando a su bebé?
Madre	La amamanté con frecuencia y le di un biberón en la tarde
Trabajador de salud	¿Qué la hizo decidir dar un biberón en la tarde?
Madre	Mi bebé se despierta durante la noche, por lo tanto mi leche no debe ser suficiente para ella.

Comentario: El trabajador de salud hizo preguntas abiertas. La madre ofreció información en su respuesta. El trabajador de salud aprendió más.

3. DEMOSTRAR INTERÉS Y DEVOLVER EL COMENTARIO

Pregunte: ¿Cómo podemos demostrar que estamos interesados en lo que la madre está diciendo?
Espere algunas respuestas.
Usando respuestas tales como asentir con la cabeza, sonreir y frases tales como "Mmm", "Ajá" o "Continúe …".

> *Si usted repite o devuelve lo que la madre dice, demuestra que usted está escuchando y anima a la madre a decir más.*

Usted puede usar palabras ligeramente diferentes a las que la madre usó de modo que no suene como si usted la estuviera imitando.
Es útil mezclar la devolución del comentario con otras respuestas, por ejemplo, "Oh, verdad, continúe…", o hacer una pregunta abierta.

Demostración 3:

- Presente la demostración: En esta demostración observe cómo el trabajador de salud demuestra que está escuchando a la madre y si el usar estas habilidades ayuda al trabajador de salud a aprender más de la madre.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Cómo están ambos hoy?
Madre	Estoy muy cansada; el bebé estuvo despierto bastante tiempo.
Trabajador de salud	Mmm … *(luce preocupado)*
Madre	Mi hermana dice que ya no debería estar despertándose en la noche, que lo estoy malcriando.
Trabajador de salud	¿Su hermana dice que lo está malcriando?
Madre	Sí, mi hermana siempre hace algún comentario sobre cómo lo cuido.
Trabajador de salud	Ajá… *(Asiente con la cabeza)*
Madre	No veo por qué se mete, si la forma cómo cuido a mi bebé no es asunto suyo
Trabajador de salud	Oh, cuénteme más

Comentario: Respuestas tales como Mmm y Ajá demuestran que usted está escuchando. Devolver el comentario puede ayudar a aclarar lo que la persona dice. Vemos aquí que el hecho de que el bebé se despierte puede no ser el principal problema – pueden ser los comentarios de la hermana los que la molesten.

4. DAR MUESTRAS DE EMPATÍA

La empatía demuestra que usted está escuchando lo que la madre dice y tratando de entender cómo se siente ella. Usted está mirando la situación desde el punto de vista de ella.

La empatía es la identificación mental y emocional con la madre

La simpatía es diferente. Cuando usted simpatiza con una persona, usted la mira desde su punto de vista. En el caso de la empatía es mirar desde el punto de vista de la otra persona, en este caso la madre.

Es útil mostrar empatía también con los buenos sentimientos de la madre, no sólo con sus malos sentimientos.

Usted puede necesitar preguntar por más hechos, pero hágalo después de conocer cómo se siente ella acerca de la situación.

Demostración 4A:

- En esta demostración observe si el trabajador de salud está mostrando empatía – que él/ella está tratando de comprender cómo se siente la madre.

Trabajador de salud	Buenos días (nombre). ¿Cómo están usted y (nombre del bebé), hoy?
Madre	(Nombre del bebé), no está mamando bien los últimos días. Estoy muy preocupada.
Trabajador de salud	Yo entiendo cómo se siente. Cuando mi niño no mama, yo también me preocupo. Yo sé exactamente cómo se siente.
Madre	¿Qué hace usted cuando su bebé no mama?

Comentario: ¿Qué vieron? Aquí el foco de atención pasó de la madre al trabajador de salud. Esto no fue empatía – no se centró en cómo se sentía la madre.
Veamos otra manera de hacer esto

Demostración 4B:

- En esta demostración observe si el trabajador de salud está mostrando empatía – que él/ella está tratando de comprender cómo se siente la madre

Trabajador de salud	Buenos días (nombre). ¿Cómo están usted y (nombre del bebé), hoy?
Madre	(Nombre del bebé), no está mamando bien los últimos días. No sé qué hacer.
Trabajador de salud	Usted está preocupada por (nombre).
Madre	Sí, estoy preocupada, él puede estar enfermo si no está mamando bien.

Comentario: En esta segunda versión, la madre es el foco de la conversación. Este trabajador de salud demostró empatía con la madre captando su sentimiento y reflejando esta emoción para mostrar que realmente había escuchado. Esto anima a la madre a compartir más sus propios sentimientos y continuar hablando con el trabajador de salud.

5. EVITAR PALABRAS QUE PUEDAN SONAR ENJUICIADORAS

Palabras que pueden sonar como si usted estuviese juzgando, incluyen: correcto, incorrecto, bien, mal, bueno, bastante, apropiadamente, adecuado, problema. Palabras como estas pueden hacer sentir a una mujer que tiene que alcanzar un patrón o que su bebé no se está comportando normalmente.
Por ejemplo: "¿Su bebé está mamando bien?" implica que hay un patrón para la lactancia y su bebé puede no alcanzar ese patrón.

La madre puede ocultar cómo van las cosas, si siente que se le juzgará como incapaz.

Además la madre y el trabajador de salud pueden tener diferentes ideas de lo que significa "mamar bien". Es más útil hacer una pregunta abierta como "¿Cómo mama su bebé? o ¿Puede hablarme sobre la alimentación de su bebé?"

Puede ser necesario explicar en lenguaje local el concepto de 'palabras enjuiciadoras'. Para mayor información sobre el significado de 'palabras enjuiciadoras' referir a la Sesión 7 del Curso de Consejería en Lactancia: Curso de Capacitación (OMS/UNICEF, 1993).

Demostración 5A:
- Presente la demostración: En esta demostración observe si el trabajador de salud está usando palabras enjuiciadoras o evitándolas.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Su bebé ha ganado suficiente peso desde la última vez que la pesó?
Madre	No estoy segura. Pienso que sí.
Trabajador de salud	Bueno, ¿ella mama bien? ¿su leche es buena?
Madre	No sé… Espero que sí, pero no estoy segura (luce preocupada)

Comentario: El trabajador de salud no está aprendiendo nada y está preocupando más a la madre.

Veamos otra manera de hacer esto.

Demostración 5B:
- Presente la demostración: En esta demostración observe si el trabajador de salud está usando palabras enjuiciadoras o evitándolas.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Cómo está creciendo su bebé este mes? ¿Puedo ver su gráfica de peso?
Madre	La enfermera dijo que ella ha ganado medio kilo este mes, lo que me dio gusto.
Trabajador de salud	Obviamente ella está tomando toda la leche materna que necesita.

Comentario: El trabajador de salud aprendió lo que necesitaba sin preocupar a la madre.

Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo

Sus habilidades de comunicación pueden ayudar a la madre a sentirse bien con ella misma y confiada en que ella será una buena madre. La confianza puede ayudar a una madre a tomar sus decisiones y resistir presiones de otras personas. Para ayudar a reforzar la confianza y dar apoyo, necesitamos:

6. ACEPTAR LO QUE LA MADRE PIENSA Y SIENTE

Podemos aceptar las ideas y sentimientos de una madre sin manifestar desacuerdo con ella ni decirle que no tiene de qué preocuparse. Aceptar lo que una madre dice no es lo mismo que aceptar que ella está en lo correcto. Usted puede aceptar lo que ella dice y dar la información correcta después. Aceptar lo que una madre dice, la ayuda a confiar en usted y la anima a continuar la conversación.

Aceptar lo que la madre piensa y siente es aceptar sus ideas y sentimientos, sin estar de acuerdo con ella, ni en desacuerdo.

Demostración 6A:
- En esta demostración, observe si el trabajador de salud está aceptando lo que la madre dice, está de acuerdo o está en desacuerdo con ella.

Madre	Le doy a mi bebé un biberón de fórmula en las tardes porque no tengo suficiente leche.
Trabajador de salud	Estoy seguro de que su leche es suficiente. Su bebé no necesita un biberón de fórmula.

Comentario: ¿Está este trabajador de salud aceptando lo que la madre siente?
El trabajador de salud está en desacuerdo o desestimó lo que la madre dice.

Veamos otra manera de hacer esto.

Demostración 6B:
- En esta demostración observe si el trabajador de salud está aceptando lo que la madre dice, está de acuerdo o está en desacuerdo con ella.

Madre	Le doy a mi bebé un biberón de fórmula en las tardes porque no tengo suficiente leche.
Trabajador de salud	Sí, un biberón en las tardes parece calmar a algunos bebés.

Comentario: ¿Está este trabajador de salud aceptando lo que la madre dice? El trabajador de salud está de acuerdo con una idea equivocada. Estar de acuerdo puede no ayudar a la madre y al bebé.

Veamos otra manera de hacer esto.

Demostración 6C:
-En esta demostración observe si el trabajador de salud está aceptando lo que la madre dice, está de acuerdo o está en desacuerdo con ella.

Madre	Le doy a mi bebé un biberón de fórmula en la tarde porque no tengo suficiente leche.
Trabajador de salud	Ya veo. Usted piensa que no tiene suficiente leche en la tarde.

Comentario: ¿Está este trabajador de salud aceptando lo que la madre piensa o siente? El trabajador de salud está aceptando lo que la madre dice, pero no está de acuerdo ni en desacuerdo. El trabajador de salud acepta a la madre y admite su punto de vista. Esto significa que la madre sentirá que ha sido escuchada. Ellos pueden continuar hablando de la lactancia en la tarde y discutir la información correcta sobre la producción de leche.

7. RECONOCER Y ELOGIAR LO QUE ESTÁ BIEN

Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están logrando. Por ejemplo, diga a la madre cómo se nota que ella espera que su bebé abra bien grande la boca para prenderse del pecho.

Elogiar las buenas prácticas le refuerza la confianza a la madre y hace más fácil que acepte sugerencias.

8. DAR AYUDA PRÁCTICA

Hacer que la madre se sienta cómoda, ayudará a que fluya su leche.

Puede estar con sed o con hambre; puede querer una almohada o que alguien cargue al bebé mientras va al baño. O la madre puede tener un problema práctico de lactancia, por ejemplo que quiera aprender cómo extraerse leche. Si usted puede dar esa ayuda práctica, ella podrá relajarse.

9. PROPORCIONAR INFORMACIÓN PERTINENTE USANDO LENGUAJE APROPIADO

- Infórmese de lo que ella necesita saber en este momento.
- Use palabras apropiadas que la madre entienda.
- No la abrume con información.

10. HACER SUGERENCIAS, NO DAR ÓRDENES

- Proporcione alternativas y déjela decidir lo que funciona para ella.
- No le diga a ella lo que tiene que hacer o lo que debe hacer.
- Limite sus sugerencias a una o dos sugerencias que sean pertinentes a su situación.

Tener la información adecuada y poder decidir hacen que la madre confíe más en sus propias habilidades.

Demostración 7A:
- En esta demostración observe si el trabajador de salud está dando información pertinente usando lenguaje apropiado y haciendo sugerencias, no dando órdenes.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Qué puedo hacer por usted hoy?
Madre	No estoy segura si debo amamantar o no a mi bebé cuando nazca. Me preocupa que el bebé pueda adquirir el VIH.
Trabajador de salud	Bueno, la situación es esta. Aproximadamente 5-15% de madres VIH-positivas transmiten el virus a través de la lactancia. Sin embargo, las tasas varían en diferentes lugares. Puede ser más alta si la madre ha adquirido la infección recientemente o si tiene una alta carga viral o SIDA sintomático. Si usted tiene sexo no seguro mientras está amamantando, puede adquirir el VIH y entonces es más probable que lo transmita a su bebé. Sin embargo, si usted no amamanta, su bebé puede estar en riesgo de otras enfermedades potencialmente mortales, tales como infecciones gastrointestinales y respiratorias. Ahora, usted ha acudido demasiado tarde a la Consejería, por lo que, si yo fuera usted, yo decidiría…
Madre	Oh.

Pregunte: ¿Qué piensan los participantes sobre esta comunicación? ¿Está dando el trabajador de salud una cantidad de información apropiada?
El trabajador de salud está proporcionando demasiada información. No es pertinente para la mujer en este momento. Utiliza palabras que es improbable que sean familiares. Da alguna información de manera negativa y suena a crítica. El trabajador de salud le dice qué hacer en lugar de ayudarla a tomar su propia decisión.

Veamos otra manera de hacer esto.

Demostración 7B: *(si la prueba está disponible)*
- En esta demostración observe si el trabajador de salud está dando información pertinente usando lenguaje apropiado y haciendo sugerencias, no dando órdenes.

Trabajador de salud	Buenos días. ¿Qué puedo hacer por usted hoy?
Madre	No estoy segura si debo amamantar o no a mi bebé cuando nazca. Me preocupa que el bebé pueda adquirir el VIH.
Trabajador de salud	Si usted tiene el VIH hay un riesgo de que pueda pasar a su bebé. ¿Se ha hecho una prueba para VIH?
Madre	No. No sé dónde hacen la prueba.
Trabajador de salud	Es mejor saber si usted tiene VIH o no antes de que decida cómo alimentar a su bebé. Puedo darle los datos de con quién hablar sobre la prueba. ¿Le gustaría eso?
Madre	Sí, me gustaría saber más sobre la prueba.

Comentario: El trabajador de salud dio la información que era más pertinente en ese momento – que es importante saber si tiene VIH antes de tomar una decisión sobre la alimentación del bebé. El trabajador de salud usó lenguaje sencillo, no fue enjuiciador y refirió a la mujer a Consejería en VIH y a un servicio de laboratorio.

Seguimiento y apoyo continuo

A menudo, cuando la conversación termina, la madre puede tener todavía dudas que no hubo tiempo de discutir, tener algún otro tema sobre el que quería hablar o puede encontrar difícil llevar alguna sugerencia a la práctica. Es importante asegurar el seguimiento y el apoyo continuo.

Es importante asegurar el seguimiento y el apoyo continuo ya que pueden surgir dudas o dificultades en las diferentes etapas de la lactancia.

- Averigüe qué ayuda puede disponer de la familia y amigos.
- Ofrezca un tiempo en el que usted pueda volver a verla o a hablar con ella.
- Anímela a verlo a usted o a otra persona para ayudarla, si tiene dudas o preguntas.

- Refiérala a un grupo de apoyo comunitario si es posible.
- Refiérala a Consejería más especializada si es necesario.

Muchas mujeres no pueden hacer lo que desean o lo que usted pueda sugerirles hacer. En la conversación debe considerarse la situación de la mujer en el hogar. Los miembros de la familia, el presupuesto y la disponibilidad de tiempo en casa, la salud de la madre y las prácticas comunes en la familia y en la comunidad influyen en forma importante sobre lo que una madre pueda hacer.

Recuerde: Usted no puede tomar una decisión por una madre o tratar de que haga lo que usted piensa que es mejor. Usted puede escucharla y reforzar su confianza, de modo que ella pueda decidir lo que es mejor para ella y para su bebé.

Resuma la sesión y responda cualquier pregunta.

RESUMEN

COMUNICACIÓN IMPLICA ESCUCHAR Y REFORZAR LA CONFIANZA, Y NO SÓLO DAR INFORMACIÓN

Escuchar y Aprender.

Use comunicación no verbal útil.
Haga preguntas abiertas.
Demuestre interés y devuelva el comentario de lo que la madre dice.
Muestre empatía para demostrar que entiende sus sentimientos.
Evite palabras que suenen enjuiciadoras.

Reforzar la Confianza y Dar Apoyo.

Acepte lo que la madre piensa y siente.
Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien.
Dé ayuda práctica.
Dé un poco de información pertinente usando lenguaje apropiado.
Haga una o dos sugerencias, no dé órdenes.

Arregle el seguimiento y el apoyo adecuado para la situación de la madre.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 2:
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Verificación del conocimiento

Haga preguntas abiertas

Por cada pregunta cerrada, **escriba** una nueva pregunta que sea abierta.

Ejemplo: *¿Está amamantando a su bebé?*	¿Cómo está Ud. alimentando a su bebé?
Re-escriba estas preguntas como preguntas abiertas: *¿Su bebé lacta con frecuencia?* *¿Tiene problemas de alimentación?* *¿Está ganando peso su bebé?*	

Muestre empatía con los sentimientos de la madre

Las siguientes afirmaciones las hace una madre. **Escoja** la respuesta que Ud. debería dar para mostrar empatía y comprensión con los sentimientos de la madre.

Ejemplo: *Mi bebé mama toda la noche y estoy agotada.*	- ¿Cuántas veces lacta su bebé? - ¿Ocurre esto todas las noches? - Ud. realmente se siente cansada. ✔
Escoja la respuesta que demuestra empatía:	
Mi leche parece aguada – no puede ser buena	- La leche materna siempre parece aguada. - ¿Ud. está preocupada por su leche? - ¿Cuánto pesa su bebé?
Tengo miedo de amamantar en caso tenga VIH.	- ¿Está Ud. preocupada por el VIH? - ¿Se ha hecho una prueba? - Entonces use fórmula de reemplazo.

Evite palabras enjuiciadoras:

Re-escriba cada pregunta para evitar palabras enjuiciadoras y haga también una pregunta abierta.

Ejemplo: *¿Su bebé está lactando bien?*	¿Cómo está lactando su bebé?
Cambie para evitar palabras enjuiciadoras: *¿Llora su bebé demasiado en la noche?* *¿Tiene Ud. problemas con la lactancia?* *¿Es buena la ganancia de peso del bebé?*	

Acepte lo que la madre piensa:

Trace una línea para señalar cuál es la respuesta que acepta, cuál la que está de acuerdo con una idea equivocada y cuál está en desacuerdo con la afirmación de la madre.	
Ejemplo: Madre: "Yo le doy sorbos de agua si el día es caluroso."	
Respuesta: "¡Eso no es necesario! La leche materna tiene suficiente agua." "Sí. Los bebés necesitan agua en climas cálidos." "¿Ud. siente que el bebé necesita agua si hace calor?"	De acuerdo (con una idea errónea). En desacuerdo. Acepta
Una la respuesta con el tipo de respuesta: Madre: "Mi bebé tiene diarrea, por lo tanto no lo amamantaré hasta que le pase." Respuesta "¿Ud. no desea dar leche materna ahora?" "Es totalmente seguro amamantar cuando hay diarrea." "Es mejor suspender la lactancia durante la diarrea"	Tipo de respuesta De acuerdo (con una idea errónea). En desacuerdo Acepta

Madre: "La primera leche no es buena por lo que tengo que esperar hasta que se acabe."	
Respuesta "La primera leche es muy importante para el bebé." "Ud. piensa que la primera leche no es buena para el bebé." "La primera leche se acabará en sólo uno o dos días."	Tipo de respuesta De acuerdo (con una idea errónea) En desacuerdo Acepta

Proporcione información pertinente usando lenguaje apropiado:

Vuelva a escribir el enunciado usando palabras que sean fáciles de entender para la madre.

Ejemplo:

"Si Ud. nota el reflejo de eyección de la leche, se puede decir que la hormona oxitocina está funcionando."

Usando lenguaje apropiado:

"Ud. puede notar que el pecho opuesto gotea cuando el bebé succiona. Esto es una señal de que su leche fluye bien."

Cambie estos enunciados en palabras fáciles de entender:

"La lactancia materna exclusiva proporciona todos los nutrientes que su bebé necesita los primeros 6 meses."

"Las inmunoglobulinas de la leche humana proporcionan a su bebé protección de infecciones virales y bacterianas."

Dé sugerencias, no órdenes:

Vuelva a escribir cada orden cambiándola por una sugerencia.

Ejemplo:

"No dé a su bebé sorbos de agua." (orden)

Cambie por una sugerencia:

"¿Ha pensado Ud. en darle sólo su leche?" (sugerencia)

Cambie cada orden por una sugerencia:

"Cárguelo más pegado a Ud., de modo que tome suficiente pecho dentro de su boca."

"Lacte más frecuentemente, así su producción de leche aumentará."

"No dé otros alimentos a su bebé hasta después de los 6 meses."

Hoja con posibles respuestas:

Haga preguntas abiertas:
Por cada pregunta cerrada, **escriba** una nueva pregunta que sea abierta.

Ejemplo: *¿Está amamantando a su bebé? (cerrada)*	¿Cómo está Ud. alimentando a su bebé? (abierta)
Re-escriba estas preguntas como preguntas abiertas:	
¿Su bebé lacta con frecuencia? *¿Tiene problemas de alimentación?* *¿Está ganando peso su bebé?*	¿Cuándo lacta su bebé? ¿Cómo le esta yendo con la lactancia? ¿Cuánto está pesando su bebé?

Muestre empatía con los sentimientos de la madre:

Las siguientes afirmaciones las hace una madre. **Escoja** la respuesta que Ud. debería dar para mostrar empatía y comprensión con los sentimientos de la madre.

Ejemplo: *Mi bebé mama toda la noche y estoy agotada.*	- ¿Cuántas veces lacta su bebé? - ¿Ocurre esto todas las noches? - Ud. realmente se siente cansada. ✔
Escoja la respuesta que demuestra empatía:	
Mi leche parece aguada – no puede ser buena	- La leche materna siempre parece aguada. - ¿Ud. está preocupada por su leche? ✔ - ¿Cuánto pesa su bebé?
Tengo miedo de amamantar en caso tenga VIH.	- ¿Está Ud. preocupada por el VIH? ✔ - ¿Se ha hecho una prueba? - Entonces use fórmula de reemplazo.

Evite palabras enjuiciadoras:

Re-escriba cada pregunta para evitar palabras enjuiciadoras y haga también una pregunta abierta.

Ejemplo: ¿Su bebé está lactando bien?	¿Cómo está lactando su bebé?
Cambie para evitar palabras enjuiciadoras:	
¿Llora su bebé demasiado en la noche?	¿Cómo pasa su bebé la noche?
¿Tiene Ud. problemas con la lactancia?	¿Cómo le va con la lactancia?
¿Es buena la ganancia de peso del bebé?	¿Cómo está creciendo su bebé?

Acepte lo que la madre piensa:

Trace una línea para señalar cuál es la respuesta que acepta, cuál la que está de acuerdo con una idea equivocada y cuál está en desacuerdo con la afirmación de la madre.

Ejemplo: Madre: "Yo le doy sorbos de agua si el día es caluroso."	
Respuesta: "¡Eso no es necesario! La leche materna tiene suficiente agua." "Sí. Los bebés necesitan agua en climas cálidos." "¿Ud. siente que el bebé necesita agua si hace calor?"	De acuerdo (con una idea errónea). En desacuerdo. Acepta
Una la respuesta con el tipo de respuesta: Madre: "Mi bebé tiene diarrea, por lo tanto no lo amamantaré hasta que le pase." Respuesta "¿Ud. no desea dar leche materna ahora?" "Es totalmente seguro amamantar cuando hay diarrea." "Es mejor suspender la lactancia durante la diarrea"	Tipo de respuesta De acuerdo (con una idea errónea). En desacuerdo Acepta

Madre: "La primera leche no es buena por lo que tengo que esperar hasta que se acabe."	
Respuesta "La primera leche es muy importante para el bebé." "Ud. piensa que la primera leche no es buena para el bebé." "La primera leche se acabará en sólo uno o dos días."	Tipo de respuesta De acuerdo (con una idea errónea) En desacuerdo Acepta

Proporcione información pertinente usando lenguaje apropiado:

Vuelva a escribir el enunciado usando palabras que sean fáciles de entender para la madre.

Ejemplo:

"Si Ud. nota el reflejo de eyección de la leche, se puede decir que la hormona oxitocina está funcionando."

Usando lenguaje apropiado:

"Ud. puede notar que el pecho opuesto gotea cuando el bebé succiona. Esto es una señal de que su leche fluye bien."

Cambie estos enunciados en palabras fáciles de entender:

"La lactancia materna exclusiva proporciona todos los nutrientes que su bebé necesita los primeros 6 meses."

La lactancia materna sola es todo lo que su bebé necesita para su salud y crecimiento en los primeros seis meses.

"Las inmunoglobulinas de la leche humana proporcionan a su bebé protección de infecciones virales y bacterianas."

Su leche ayuda a proteger a su bebé de la enfermedad.

Dé sugerencias, no órdenes:

Vuelva a escribir cada orden cambiándola por una sugerencia.

Ejemplo:

"No dé a su bebé sorbos de agua." (orden)

Cambie por una sugerencia:

"¿Ha pensado Ud. en darle sólo su leche?" (sugerencia)

Cambie cada orden por una sugerencia:

"Cárguelo más pegado a Ud., de modo que tome suficiente pecho dentro de su boca."

¿Le parecería cargarlo más pegado a Ud., de modo que pueda tomar más pecho dentro de su boca?"

"Lacte más frecuentemente, así su producción de leche aumentará."

¿Piensa Ud. que podría amamantarlo más frecuentemente? Esto ayudará a tener más leche.

"No dé otros alimentos a su bebé hasta después de los 6 meses."

La mayoría de los bebés no necesitan otros alimentos, ni agua, hasta después de los 6 meses. ¿Le parece que pueda intentarlo?

CAPÍTULO 3

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Objetivos:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Identificar las partes de la mama y describir sus funciones;
2. Comprender cómo se produce la leche materna;
3. Describir el rol del bebé en la transferencia de leche;
4. Distinguir si un bebé tiene un buen agarre al pecho y una succión eficaz.

Materiales:

- Anatomía y Fisiología de la Lactancia del CD interactivo.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia, o el amamantamiento, es un proceso complejo cuyo principal objetivo es la supervivencia óptima del lactante.

En la lactancia, existen dos elementos necesarios para cumplir el objetivo:
- la madre, que produce y ofrece la leche, y
- el lactante, que extrae la leche del pecho.

Durante ese proceso entran en juego estructuras anatómicas y acontecimientos fisiológicos, cuyo conocimiento es necesario para comprender las posibles dificultades y ayudar a la madre en la prevención y solución de ellas, para una lactancia exitosa, de lo contrario, la supervivencia óptima del lactante puede ponerse en riesgo.

El conocimiento de la anatomía y de la fisiología de la lactancia es fundamental para comprender el proceso del amamantamiento y para poder brindar un eficiente apoyo a las madres.

1. ESTRUCTURA ANATÓMICA DE LA MAMA

Muestre la Diapositiva 3/1: Estructura anatómica de la mama
Pida a los participantes que identifiquen las partes señaladas.
Espere algunas respuestas.
Muestre los nombres de las estructuras.

La glándula mamaria tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos. Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos. Los conductos son tubos ramificados, entrelazados e interconectados.

Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo. La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9, en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama. Adicionalmente debemos mencionar que en ecografías de madres lactantes se ha observado que los conductos lactíferos no se ensanchan cerca del pezón para formar los senos lactíferos, como se creía antes.

Alrededor del pezón hay un área circular pigmentada, de tamaño variable, que es la areola, donde se distinguen los tubérculos de Montgomery, elevaciones de la piel, en las que se abren conductos de glándulas sebáceas y de pequeñas glándulas mamarias que lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola. El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho.

Una gran proporción del tejido glandular (más del 70%) se localiza en un radio de 30 mm a partir del pezón. En algunas mujeres la glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence.

El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%). La asimetría de ambos pechos es común.

> *El tamaño de las mamas se debe a la cantidad de grasa. El volumen de leche que se produce no depende del tamaño del pecho. Las mujeres con pechos pequeños pueden amamantar normalmente.*

Los pechos pequeños pueden tener menor capacidad de almacenar leche entre mamadas que los pechos más grandes. Los bebés de madres con pechos pequeños pueden necesitar mamar más frecuentemente, pero la cantidad de leche producida en un día es igual que en los pechos más grandes.

Fisiología del pezón

Muestre la Diapositiva 3/2: Fisiología del Pezón - Protractilidad

En reposo, los pezones son blandos y poco elevados. Al estímulo táctil, se vuelven

más prominentes y firmes, debido a la contracción de sus fibras musculares, lo que se denomina **protractilidad**.
Aunque el bebé forma una tetilla no sólo del pezón sino también del tejido blando circundante, la protractilidad del pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño al pecho ("agarre").
Algunas mujeres tienen poca protractilidad del pezón, pero ésta mejora con el transcurso del embarazo y con la lactancia.
Cuando el pezón, en vez de sobresalir, se retrae al estímulo (pezón plano o invertido), puede haber alguna dificultad para la lactancia.

Otras estructuras anatómicas
Tejido conectivo firme, da soporte a la mama, parte importante de ello son los ligamentos suspensorios de Cooper, que van desde la fascia toráxica hasta la piel.
La inervación es principalmente sensitiva y mayormente localizada en la areola y en el pezón. Procede del cuarto, quinto y sexto nervios intercostales.
El riego sanguíneo está dado principalmente por las arterias mamarias internas (60%) y las arterias torácicas laterales (40%).
El riego linfático es abundante y drena principalmente hacia los ganglios axilares.

Desarrollo de la glándula mamaria
Se inicia a la 4ª semana de vida embrionaria, con la aparición de los surcos mamarios, Luego, se forman las yemas primarias que constituirán las glándulas mamarias, múltiples en un inicio y ubicadas bilateralmente en la línea mamaria, desde la axila hasta la región pubiana. Luego involucionan todas, menos las que constituirán las glándulas definitivas. La falta de involución de otras yemas iniciales dará lugar a las mamas supernumerarias o politelia.

A partir de allí habrá un crecimiento celular, el desarrollo de yemas secundarias y la diferenciación de las distintas estructuras anatómicas.

A las 28 semanas de edad gestacional, las hormonas placentarias inducen la canalización de los conductos. Se forman la areola y el pezón como una elevación, que cuando no se produce, da lugar al pezón invertido. A las 32 semanas es posible observar calostro en los alvéolos. El recién nacido puede tener glándulas mamarias aumentadas de volumen que, a veces, producen leche (leche de brujas) debido al efecto hormonal del embarazo, lo que revierte espontáneamente en 3 ó 4 semanas.

En la pubertad y en la vida adulta aumenta el crecimiento y desarrollo glandular, pero es en la gestación cuando se dan los mayores cambios: crecimiento de la mama con proliferación de conductos y alveolos y aumento de tamaño y

pigmentación de la areola y del pezón. La glándula mamaria de la mujer gestante es capaz de producir leche desde las 12 - 16 semanas de gestación, pero no se secreta en gran cantidad porque las hormonas, principalmente los estrógenos, el lactógeno placentario y la progesterona, inhiben su producción.

Después del parto y del alumbramiento, los cambios hormonales y la succión del bebé, inician el estímulo para aumentar el volumen de leche.

2. ¿CÓMO SE PRODUCE LA LECHE MATERNA?

La primera etapa de producción de leche está bajo un control endocrino.
Dos hormonas – prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la *producción* y al *flujo* de leche, respectivamente.

Muestre la Diapositiva 3/3: Producción de leche materna – Control endocrino
Prolactina
Producido el parto, la salida de la placenta determina un descenso brusco de las hormonas placentarias, permitiendo la acción de la prolactina que, por estímulo de la succión del pecho, se libera del lóbulo anterior de la hipófisis, en forma pulsátil.
La prolactina es alta en las primeras 2 horas después del parto. La prolactina funciona después que el bebé ha lactado, para producir la leche para la siguiente mamada.
La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos en la glándula mamaria. Esos receptores aumentan durante la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables. Parece haber una precoz "ventana de oportunidad" para que la succión del pecho estimule los receptores de prolactina. La acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de leche. Las multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas, lo que explicaría el aumento más rápido de la leche en ellas, a pesar de tener menores niveles de prolactina.

Pregunte: Según esto, ¿cómo se puede aumentar la producción de leche de la madre?
Espere algunas respuestas.

> *Si el bebé succiona precoz y frecuentemente, se producirá más leche.*

La mayoría de las mujeres pueden producir más leche de la que sus bebés toman.
Si una madre tiene gemelos y ambos lactan, producirá leche para los dos.
Si el bebé succiona menos, los pechos producen menos leche.
La prolactina es alta durante la noche, de ahí que la lactancia en la noche permite más producción de leche.

La lactancia nocturna es útil para mantener elevada la producción de leche.

Además, la prolactina:

- tiene un efecto relajante, haciendo que la mujer que da de lactar se sienta calmada y soñolienta.
- demora el retorno de la ovulación, haciendo de la lactancia un método de espaciamiento de embarazos.
- está presente en la leche, donde tendría un rol en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y en el intercambio intestinal de líquidos y electrolitos del lactante.

Oxitocina

En respuesta a la succión del pecho, la hipófisis posterior libera oxitocina al torrente sanguíneo produciendo la contracción de las células mioepiteliales de los alveólos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso se llama el reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o de bajada. Es esencial para que el bebé obtenga leche. Puede ocurrir varias veces durante una mamada.

Muestre la Diapositiva 3/4: El reflejo de oxitocina

El reflejo de eyección, o de oxitocina, puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad. La nicotina y el alcohol pueden inhibir el reflejo.
La forma cómo se le habla a una madre puede ayudar u obstaculizar el flujo de leche – esto se verá más adelante en el capítulo de Habilidades de Comunicación.
Si se hace que ella se preocupe por su producción de leche, esta preocupación puede afectar la liberación de oxitocina.

Las sensaciones positivas de la mujer estimulan la liberación de oxitocina y las negativas la inhiben, por lo que se deben propiciar las primeras y evitar las otras durante el parto y la lactancia.

Pregunte: Según esto, ¿cómo se puede ayudar a que funcione el reflejo de oxitocina?
Espere algunas respuestas.

- La madre puede ayudar a la oxitocina a funcionar:
  - Teniendo al bebé cerca, de modo que pueda verlo, olerlo, tocarlo y responder a él,
  - Sintiéndose a gusto con su bebé y confiada en que su leche es buena, disfrutando la lactancia,
  - Relajándose y poniéndose cómoda para las mamadas,
  - Extrayendo un poco de leche y estimulando suavemente el pezón,
  - Si es necesario, puede pedir a alguien que le dé masajes en la zona superior de la espalda, especialmente a lo largo de ambos lados de la columna.
- El personal de salud puede ayudar a la oxitocina a funcionar, escuchando a la madre, reforzando su confianza y brindándole apoyo.

Muestre la Diapositiva 3/5: Ayudando al reflejo de oxitocina
La oxitocina produce también contracciones uterinas durante el amamantamiento, lo que contribuye a la involución uterina en el puerperio. Esta hormona provoca además una conducta maternal en la mujer.

Pronto después de que nace el bebé, la madre puede presentar signos del reflejo de oxitocina, que incluyen:

- contracciones uterinas dolorosas ("entuertos") a veces con un flujo de sangre,
- sed súbita,
- salida o goteo de leche del pecho opuesto cuando su bebé está succionando,
- sensación de hormigueo en el pecho.

Pero, no siempre las madres tienen una sensación física, aunque su reflejo funcione, o el reflejo puede sentirse diferente, o ser menos notorio conforme pasa el tiempo.
Cuando la leche se eyecta, el ritmo de succión del bebé cambia, de succiones y degluciones rápidas, a lentas y profundas, (cerca de una succión por segundo).

Muestre la Diapositiva 3/6: Producción de leche: Control autocrino
Factor Inhibidor de Lactancia
Después de más o menos 48 horas, la secreción láctea pasa a un control autocrino, es decir que depende del vaciamiento del pecho.
Esto es porque la leche contiene una proteína que es un Factor Inhibidor de la Lactancia que es capaz de disminuir la producción de leche.
Si no se extrae la leche y el pecho queda lleno, el inhibidor reduce la producción de leche. Si se extrae la leche del pecho, los niveles del inhibidor caen y la producción de leche aumenta. Por consiguiente, la cantidad de leche producida depende de cuánta leche se extrae.

Esto explica por qué, cuando un bebé succiona sólo un pecho, la leche se produce en ese pecho y el otro deja de producirla, a pesar de que la prolactina llega por el torrente circulatorio a ambos pechos.
Probablemente el factor inhibidor de la lactancia inhibe la síntesis láctea alterando la sensibilidad de las células a la prolactina.

> *Para asegurar una producción abundante de leche, esta debe ser extraída del pecho.*

La secreción abundante de leche generalmente se inicia al 3er día postparto, lo que se conoce como la "bajada" de la leche.
Algunas mujeres no experimentan esta "bajada" al 3er día post parto, a pesar de una adecuada succión del pecho, esto podría deberse a factores externos (cesárea, estrés, analgesia obstétrica, diabetes tipo I, obesidad, ovario poliquístico, retención de placenta, quistes luteínicos tecales).

Pregunte: ¿Qué controla la producción de leche?
Espere algunas respuestas
La succión del bebé controla la producción de leche.

> *Succionando, el bebé controla la producción de prolactina, el reflejo de oxitocina y la extracción del inhibidor de lactancia. La succión hace que los pechos produzcan leche.*

3. ROL DEL BEBÉ EN LA TRANSFERENCIA DE LECHE

Muestre la Diapositiva 3/7: Contacto piel a piel

Contacto piel a piel y primera mamada

Cuando un recién nacido es colocado desnudo, en posición prona, sobre la madre, después del parto; aproximadamente a los 15 minutos realiza movimientos de la lengua y de la boca (reflejo de orientación o búsqueda), luego, más o menos a los 30 minutos, se lleva la mano a la boca y, a los 50-60 minutos es capaz de arrastrarse o gatear hacia el pecho materno (reflejos del Bauer, de la escalera, de la marcha automática, de la reptación), tomar el pezón y la areola dentro de la boca y succionar espontáneamente (reflejo de succión) a los 60-70 minutos.

Si: de inmediato al parto, se coloca al recién nacido sobre su madre, en contacto piel a piel y se le permite actuar espontáneamente, sin interrumpirlo, tendrá un agarre correcto del pecho y una succión eficaz.

La succión espontánea en este periodo, se relaciona con menores problemas de lactancia y un período de amamantamiento más largo.

Posteriormente, algunas madres pueden tener dificultades para conseguir que el bebé tenga un buen agarre y necesitan ayuda.
Mientras estén presentes los reflejos del recién nacido (durante, por lo menos, las primeras seis semanas de vida), puede ocurrir el agarre espontáneo del pecho en el contacto piel a piel y ayudar a que el bebé aprenda a mamar.

La acción de succionar y extraer la leche
Muestre la Diapositiva 3/8: La acción de succionar y extraer la leche
Para que el recién nacido extraiga la leche, requiere un buen "agarre" del pecho que consiste en la introducción del pezón y de la areola profundamente en la boca, de tal manera que la punta del pezón alcance el paladar blando.
Para lograrlo, al estimular los labios del lactante con el pezón (o cuando el bebé huele la leche), se desencadena el reflejo de búsqueda, que produce la apertura de la boca y la ubicación de la lengua en el piso de aquella.
Una vez que el pezón toca el paladar, se produce el reflejo de succión, el niño desplaza la lengua hacia adelante, por encima de la encía inferior, y comprime la areola contra el paladar duro por medio de movimientos ondulares de la lengua, de adelante hacia atrás, extrayendo la leche de los conductos a la región posterior de la boca. Al mismo tiempo, el reflejo de oxitocina hace que la leche fluya a lo largo de los conductos.
La succión estimula la liberación de hormonas intestinales que preparan al bebé para la digestión del calostro, además de provocar la liberación de prolactina.
Cuando la boca se llena de leche, se desencadena el reflejo de deglución.

Los reflejos de orientación, succión y deglución ocurren automáticamente en un bebé a término, sano. Un buen agarre del pecho no siempre es completamente automático y el bebé puede necesitar ayuda.

Un bebé soñoliento debido a medicamentos administrados a su madre durante el trabajo de parto, un prematuro o un bebé enfermo necesitan más ayuda para prenderse del pecho en forma eficaz.

Siguientes mamadas

Un bebé sano mostrará ciertas señales cuando esté nuevamente con ganas de lactar:

- Movimientos de succión o de búsqueda
- Sonidos de succión o sonidos suaves o suspiros
- Movimientos de la mano hacia la boca
- Movimientos rápidos de los ojos
- Intranquilidad
- Llanto

Cuando es por hambre, el llanto es un signo tardío y puede interferir con la lactancia adecuada.

> *La madre debe aprender a reconocer las señales del bebé para ponerlo al pecho.*

Las mamadas son a libre demanda y su frecuencia es variable de un bebé a otro, se ha observado una mediana de 8 mamadas en 24 horas en los bebés con lactancia materna exclusiva (6 en el día y 2 en la noche). El vaciamiento gástrico es más rápido en los bebés amamantados que en los que toman fórmula.

Tamaño del estómago del recién nacido

Muestre la Diapositiva 3/9: La combinación perfecta

El primer día, un recién nacido tiene capacidad gástrica para recibir un volumen de 5 a 7 ml, aproximadamente, cada vez que se alimenta. No es casualidad que esa sea la cantidad de calostro que produce el pecho.

Los investigadores reportan que el primer día, el pequeño estómago no puede estirarse como lo hará después. Esto explica que, cuando se alimenta a los recién nacidos con una onza o dos (30 a 60 ml) durante el primer día de vida, la mayor parte del volumen es expulsado hacia fuera.

A medida que el bebé toma mayores cantidades de leche, su estómago se expande y al tercer día, con la bajada de la leche, alcanza un volumen aproximado de 22 a 27 ml y al décimo día, 45 a 60 ml.

El bebé en las primeras semanas tiene mamadas cortas y frecuentes, a libre demanda y establece un modelo de alimentación saludable desde el principio. El forzar a un bebé dándole fórmula en volúmenes mayores a los del calostro, en la creencia de que éste es insuficiente, lleva a la sobrealimentación y sentirse más que satisfecho en forma rutinaria, puede generar hábitos de alimentación no saludables, que contribuyen a la obesidad infantil más adelante.

Chupones artificiales y dificultades en la succión

Los chupones artificiales pueden causar dificultades para el bebé que amamanta.

Al succionar el pecho hay una acción diferente de la boca. El bebé puede preferir el chupón artificial y encontrar difícil amamantar.

El uso de chupones de entretenimiento puede reducir el tiempo de succión al pecho, disminuyendo la extracción y la producción de la leche.

¿Cómo mantener una abundante producción de leche?

Pregunte: ¿Qué le recomendaría a una madre para asegurar una buena producción de leche?

Espere algunas respuestas.

Enseñe a las madres cómo pueden mantener una abundante producción de leche:

- Ayude al bebé a lactar pronto después del nacimiento.
- Asegúrese de que el bebé esté bien agarrado al pecho y no le dé ningún chupón que confundiría su succión y reduciría la estimulación del pecho.
- Amamante en forma exclusiva.
- Alimente al bebé frecuentemente, cuantas veces quiera (a libre demanda) y por tanto tiempo como quiera en cada mamada.
- Deje que el bebé termine el primer pecho antes de ofrecerle el segundo.
- Amamante al bebé de noche, cuando la liberación de prolactina en respuesta a la succión es más alta.
- Si es necesario, haga que el bebé empiece a mamar del pecho con el que terminó la vez anterior.
- Si el bebé no succiona, la leche debe ser extraída.

Para que una madre produzca la leche que su bebé necesita, su bebé debe succionar con frecuencia y de la manera correcta.

4. ¿CÓMO DISTINGUIR SI UN BEBÉ TIENE UN BUEN AGARRE AL PECHO Y UNA SUCCIÓN EFICAZ?

Buen y mal agarre del pecho

Muestre la Diapositiva 3/10: ¿Qué diferencias observan? – vista interior

Los 2 cuadros muestran lo que pasa dentro de la boca del bebé, cuando está lactando.

- En el cuadro 1: Buen agarre
  - El pezón y la areola están estirados para formar una tetilla larga en la boca del bebé.
  - Los grandes conductos que yacen bajo la areola están dentro de la boca del bebé.
  - La lengua del bebé llega hacia adelante, sobre la encía inferior y puede extraer la leche.

Cuando un bebé toma el pecho dentro de su boca de esta manera, el bebé está bien agarrado y puede conseguir leche fácilmente.

- En el cuadro 2: Mal agarre
  - El pezón y la areola no están estirados para formar una tetilla.
  - Los conductos de leche no están dentro de la boca.
  - La lengua del bebé está atrás, dentro de la boca y no puede extraer la leche.

Este bebé está mal agarrado. Está succionando sólo el pezón, lo cual puede ser muy doloroso para la madre. El bebé no puede succionar efectivamente ni conseguir leche fácilmente.

Un bebé no puede obtener leche succionando sólo el pezón.

¿Cómo distinguir si un bebé está bien o mal agarrado al pecho?
Ud. necesita ser capaz de distinguir el agarre del pecho mirando desde fuera.

Muestre la Diapositiva 3/11: ¿Qué diferencias observan? – vista exterior
Los 2 cuadros muestran lo que usted puede ver desde fuera.

- En el cuadro 1: Buen agarre
  - La boca del bebé esta bien abierta.
  - El labio inferior está hacia afuera.
  - El mentón está tocando el pecho (o casi lo toca).
  - Se ve más areola arriba de la boca del bebé que debajo de ella.

Ver mucha areola no es un signo confiable de mal agarre. Algunas madres tienen una areola muy grande y se puede ver bastante, aún si el bebé tiene un buen agarre. Es mucho más confiable comparar cuánta areola se ve por encima y cuánta por debajo de la boca del bebé.

Estos son signos de buen agarre. Si usted puede ver todos estos signos, entonces el bebé está *bien agarrado*. Cuando el bebé está bien agarrado, la madre se siente cómoda, no siente dolor y el bebé puede succionar eficazmente.

- En cuadro 2: Mal agarre
  - La boca no está bien abierta y hace una especie de pico.
  - El labio inferior no está hacia afuera.
  - El mentón está lejos del pecho.
  - Se ve más areola debajo de la boca del bebé (o se puede ver igual cantidad de areola encima de la boca que debajo de ella).

Estos son signos de mal agarre. Si usted ve *cualquiera* de estos signos, entonces el bebé está *mal agarrado* y no puede succionar bien. Si la madre siente incomodidad o dolor, también es un signo de mal agarre.

Signos de que el bebé está succionando en forma eficaz

Si un bebé está bien agarrado, es probable que esté succionando bien y obteniendo leche durante la mamada. Los signos de que el bebé está obteniendo leche fácilmente son:

- tiene succiones lentas y profundas, haciendo a veces pausas cortas;
- se puede ver u oir al bebé deglutir;
- las mejillas del bebé están llenas y no se hunden durante una mamada;
- el bebé termina de mamar, suelta el pecho por sí mismo y luce satisfecho.

Estos signos le dicen a Ud. que el bebé está tomando la leche y tiene una succión eficaz.

Signos de que el bebé NO está succionando en forma eficaz

Si un bebé

- hace sólo succiones rápidas;
- hace ruidos con la boca;
- tiene las mejillas hundidas;
- está inquieto y parece inestable en el pecho, agarrándolo y soltándolo;
- mama muy frecuentemente - más seguido que cada hora TODOS los días;
- lacta por mucho tiempo - por más de una hora en CADA mamada, a menos que sea de bajo peso;
- no se muestra satisfecho al final de la mamada,
- La madre siente dolor.

Estos son signos de que la succión es ineficaz y el bebé no está obteniendo la leche fácilmente. Aunque sea uno solo de estos signos indica que puede haber alguna dificultad.

Pregunte si hay alguna pregunta. Luego, resuma el capítulo.

RESUMEN

Estructura anatómica de la mama

- Las unidades básicas son los alvéolos formados por células secretoras de leche y rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche.
- La capacidad para amamantar no se relaciona con el tamaño ni con la forma del pecho.
- Los pezones planos o invertidos (que, al estímulo, se retraen en vez de protruir) pueden causar alguna dificultad para la lactancia.

¿Cómo se produce la leche materna?

- La prolactina ayuda a producir leche y hace que la madre se sienta relajada.
- La oxitocina eyecta la leche de modo que el bebé pueda extraerla mediante la succión. Relajarse, estar cómoda, ver, tocar, oir o pensar en el bebé pueden estimular el reflejo de oxitocina. El dolor, la duda, la vergüenza, la nicotina o el alcohol pueden temporalmente inhibirlo.
- La lactancia precoz y frecuente ayudan a iniciar la producción de leche.
- Después de las 48 horas, la secreción láctea depende del vaciamiento del pecho, por el cual se extrae el factor inhibidor de lactancia, presente en la leche.

El rol del bebé en la transferencia de leche

- El contacto piel a piel y el inicio del amamantamiento en la primera hora del nacimiento, favorecen la lactancia materna y el desarrollo emocional del bebé.
- Para que el recién nacido extraiga la leche, requiere un buen "agarre" del pecho.
- La capacidad gástrica del recién nacido, está de acuerdo a la cantidad de calostro que recibe y aumenta progresivamente después del segundo día.
- Para que una madre produzca la leche que su bebé necesita, el bebé debe succionar frecuentemente, a libre demanda y con técnica correcta de agarre al pecho.

¿Cómo distinguir un buen agarre al pecho y una succión eficaz?

Signos de buen agarre

- El mentón toca el pecho (o casi lo toca)
- La boca bien abierta
- El labio inferior hacia afuera
- Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca

RESUMEN

Signos de mal agarre

- El mentón lejos del pecho
- La boca no está bien abierta
- El labio inferior dirigido hacia adelante o doblado hacia adentro
- Se ve más areola abajo que arriba de la boca o igual a ambos lados

Signos de succión eficaz

- Succiones lentas y profundas y sonidos de deglución
- Mejillas llenas y no hundidas
- El bebé mama tranquilamente
- El bebé termina de mamar por sí mismo y luce satisfecho
- La madre no siente dolor

Signos de que un bebé no está succionando eficazmente

- Succiones rápidas y superficiales, ruidos al succionar
- Mejillas hundidas
- Bebé fastidiado al pecho, lo agarra y lo suelta
- El bebé mama muy frecuentemente o por largo tiempo pero no suelta el pecho y parece insatisfecho
- La madre siente dolor.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 3:
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

1. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Enumere algunos conocimientos de anatomía y fisiología de la lactancia en la columna de la izquierda y escriba su aplicación en la práctica clínica en la columna de la derecha.

Conocimiento de Anatomía y Fisiología	Aplicación Clínica
Ejemplo: Las glándulas de Montgomery lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola.	No se deben lavar los pezones ni usar sustancias antisépticas, ya que se quita la protección natural y el olor.
El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%).	El tamaño de las mamas no se relaciona con la producción de leche. Pechos pequeños pueden dar de mamar perfectamente.
La glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence.	El dolor e hinchazón que presentan algunas puérperas en la zona axilar puede deberse a congestión mamaria.
La prolactina es alta en la noche.	La lactancia en la noche permite más secreción de prolactina.

2. JUEGO DE ROLES

Pida a 2 participantes hacer los roles de la Sra. Fátima (que acaba de tener un bebé) y de un profesional de salud que está hablando con ella, en la siguiente situación:

- La Sra. Fátima le pregunta al profesional de salud qué puede hacer ella para tener abundante leche.
- El trabajador de salud le explica cuáles son las principales maneras de asegurar una buena producción de leche.

3. SIMULACIÓN DE LA TÉCNICA DE "SÁNDWICH" DE AGARRE AL PECHO

Adaptada de Wessinger, DA. A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. J Hum Lact 1998; 14 (1):51-56)

Objetivo	Aprender la técnica del "sándwich" para facilitar el agarre del bebé al pecho, haciendo una simulación con globos.
Materiales	- Un globo mediano para cada participante. (Use globos de color claro, como blanco, amarillo o rosado. Evite los colores oscuros). - Lápices labiales de colores oscuros o brillantes. (Evite colores pálidos. Las estudiantes pueden usar sus propios lápices de labios). - Torundas de algodón (para la aplicación del lápiz labial). **Advertencia:** Este ejercicio usa globos de látex. Algún estudiante puede tener razones médicas o personales para no usarlos. Utilice sólo globos de calidad, resistentes. Advierta a los participantes no morder los globos.
Procedimiento	Que los estudiantes inflen sus globos hasta el tamaño de una mama. Esta instrucción usualmente motiva preguntas sobre cuál es el tamaño normal del pecho, ¡lo que es una gran oportunidad para discutir la anatomía mamaria!Anude el extremo del globo en forma segura. ***Primer intento: Agarre central.*** Aplique algo de lápiz labial a sus labios y abra ampliamente la boca. Ahora dirija el extremo del globo (la parte contraria al nudo) direc-

	tamente al centro de la boca. Póngalo en su boca, colocando sus labios firmemente en la superficie. (Opcional: Succione suavemente el globo, permitiendo que se estire un poquito dentro de su boca. **No lo muerda)**. Saque el globo de su boca y observe la localización de la marca de lápiz labial. ***Segundo intento: Agarre sándwich.*** Aplique más lápiz labial en sus labios. Esta vez sostenga el globo en sus dos manos como lo haría con un gran sándwich, comprima (aplane) el globo configurando una línea recta paralela a su labio superior. Repita el agarre con el globo aplanado. Observe que las marcas de lápiz labial de este intento indican que entró más globo en su boca. ***Tercer intento: Técnica del sándwich más agarre no central.*** Aplique más lápiz labial y comprima (aplane) el globo nuevamente. Empiece con el globo a nivel de su mentón, con el extremo apuntando a su nariz. Abra ampliamente la boca y ponga el globo-sándwich hacia arriba, sobre su labio inferior y rote el extremo del globo hacia el centro de su boca mientras lo lleva hacia ella. Use el labio inferior como pivote. Repita el agarre. Observe que las marcas de lápiz labial indican que aún más globo entró en la boca. Discuta las diferencias entre estas técnicas y sus implicancias con las madres. Si alguno succionó el globo, que describa las diferencias.

CAPÍTULO 4

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

Objetivos:

Al finalizar esta sesión, los participantes podrán:

1. Conocer la composición de la leche humana y sus diferencias con otras leches y fórmulas;

2. Identificar las variaciones de las composición de la leche materna y su relación con la fisiología del niño;

3. Saber por qué la lactancia materna es importante;

4. Reconocer los peligros de no amamantar y de la alimentación artificial.

Materiales:

- ¿Por qué es Importante La Lactancia Materna? (CD interactivo).

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

Las mujeres han dado de lactar en forma natural, durante muchos años sin conocer las ventajas de la lactancia materna. Ha sido últimamente que se han adquirido nuevos y más precisos conocimientos sobre su composición y sus beneficios, aunque todavía queda mucho por investigar.
Siendo la lactancia materna el patrón de alimentación normal del ser humano al inicio de la vida, cualquier otra sustancia que pueda usarse como alimento para lactantes, debe compararse con ella y no al revés como suele hacerse.
Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindárseles para decidir y llevar a cabo la alimentación de sus bebés, el personal de salud debe conocer tanto las ventajas del amamantamiento, como los riesgos de no amamantar como base para poder dar ese apoyo.

Cómo la leche materna es única
La leche humana no es sólo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional y otra de protección contra las infecciones o de estímulo del desarrollo.

Muestre la Diapositiva 4/1. Lea el texto en voz alta.

> *La leche humana es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano.*
>
> *Stephen Buescher*

Por todo ello, la leche humana no es intercambiable con leches de otras especies o con fórmulas artificiales y hacerlo, pone en desventaja a la madre y al bebé.

1. COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA

Los principales componentes de la leche materna son sintetizados y secretados por la glándula mamaria. La composición de la leche humana no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante. Cambia durante la mamada, de una mamada a otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes. También tiene variaciones individuales. Sin embargo, estos cambios se dan entre ciertos límites, por lo que se puede decir que su composición es estable dentro de la especie.

Nutrientes en la leche materna

Muestre la Diapositiva 4/2: Composición de la leche humana – Agua y sólidos
Pregunte: ¿Qué observan en la diapositiva?

Agua

El agua constituye el 87.6% de la leche. Todos los otros componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en agua.

> *La leche materna provee toda el agua que el bebé necesita.*

Estudios en climas calientes y secos han demostrado que los neonatos se mantienen bien hidratados, sólo con leche materna a libre demanda.
Dar agua y otros líquidos tales como infusiones (té, anís,…), puede disminuir la producción de leche materna, disminuir la ingesta de nutrientes del bebé e incrementar el riesgo de infecciones y desnutrición.

> *Un bebé, que lacta a libre demanda, no necesita agua suplementaria, aún en climas calientes y secos.*

Proteínas

Muestre la Diapositiva 4/3: Comparación de la leche humana con otras leches
Pregunte: ¿Qué diferencias hay entre estas leches?
La leche humana tiene una composición diferente a las leches de otros mamíferos.

> *La leche materna es específica de cada especie.*

Las leches de los animales contienen más proteínas que la leche humana. Los animales necesitan más proteínas porque su crecimiento corporal es más rápido, pero ello no significa que es mejor.
La concentración de proteínas en la leche humana madura es de 0.9 g/dl - la más baja de todos los mamíferos - y cubre perfectamente las necesidades nutricionales del lactante humano. Además el lactante humano no puede excretar fácilmente el exceso de proteínas de las otras leches.

Muestre la Diapositiva 4/4: Calidad de proteínas de diferentes leches
La calidad de las proteínas también es diferente. En general, las proteínas de la leche consisten en proteínas del suero y caseína.
En la leche humana predominan las proteínas del suero (en la leche de vaca, la caseína) y son más altas al inicio de la lactancia. La relación proteínas del suero/ caseína es aproximadamente 90:10 al inicio, 60:40 en la leche madura y 50:50 en la lactancia tardía.
Las proteínas del suero contienen principalmente alfa-lactoalbúmina (a diferencia de la leche de vaca que contiene beta-globulina) y muy pequeña cantidad de albúmina sérica, pero una buena parte de las proteínas del suero son proteínas antiinfecciosas: lactoferrina, inmunoglobulinas y lisozima.
La alfa-lactoalbúmina juega un papel importante en la síntesis de lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente triptofano, lisina y cistina.
La caseína de la leche humana está formada sobre todo por beta-caseína y facilita la absorción de calcio y zinc.

Las proteínas de la leche humana cubren las necesidades nutricionales del lactante, se digieren fácilmente y tienen funciones inmunológicas.

La lactoferrina es más alta en la leche de madres con deficiencia de hierro, por lo que se piensa que protege al lactante contra la deficiencia de hierro.
La leche humana contiene todos los aminoácidos esenciales.
La taurina, aminoácido que aunque no es considerado esencial para el adulto, sí lo es para el recién nacido. Es neurotransmisor y neuromodulador del cerebro y de la retina, además de conjugar los ácidos de las sales biliares facilitando la absorción de los lípidos, entre otras funciones. No se encuentra en la leche de vaca y últimamente la han añadido a algunas fórmulas.

La taurina es un aminoácido esencial para el desarrollo neurológico del recién nacido, se encuentra en la leche humana y no en la de vaca.

Muestre la Diapositiva 4/5: Otras proteínas de la leche humana

Otras proteínas - enzimas, factores de crecimiento y hormonas - están presentes en bajas concentraciones en la leche materna, pero tienen importantes funciones, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune o favorecen el desarrollo intestinal.

Entre las enzimas, la lipasa y la amilasa, ayudan a la digestión de los lípidos y de los carbohidratos complejos, respectivamente, compensando la inmadurez enzimática del lactante.

> *Las enzimas en la leche humana: lipasa y amilasa, comienzan la digestión de grasas y carbohidratos, de modo que estén rápidamente disponibles para el bebé.*

El nivel de proteínas en la leche materna no es afectado por el consumo de alimentos de la madre.

La leche de vaca y las fórmulas artificiales tienen proteínas diferentes a las de la leche humana que son difíciles de digerir, o pueden causar intolerancia o alergia, resultando en erupciones, diarrea y otros signos. Además carecen de proteínas antiinfecciosas.

> *Algunos bebés pueden desarrollar intolerancia o alergia con sólo recibir unas pocas tomas de fórmula artificial en los primeros días de vida.*

Muestre la Diapositiva 4/6: Nitrógeno no proteico

Nitrógeno No proteico

Comprende el 18 a 30% del nitrógeno total, comparado con el 3 a 5 % de la leche de vaca. Lo constituyen carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azúcares (glucosamina, ácido neuramínico), poliaminas, úrea, creatina y creatinina.

La carnitina es esencial para la oxidación de los ácidos grasos, lo que permite al recién nacido utilizarlos como fuente de energía alternativa a la glucosa, para el metabolismo cerebral, en el periodo de transición a la vida extrauterina. Los recién nacidos alimentados con fórmula tienen bajos niveles de carnitina en comparación a los amamantados.

> *La carnitina de la leche materna permite la utilización de sustratos diferentes a la glucosa, como fuente de energía para el cerebro.*

Los nucleótidos, son necesarios para el metabolismo energético, las reacciones enzimáticas, el crecimiento y el desarrollo intestinal, además de tener funciones inmunológicas. Algunos fabricantes han añadido nucleótidos a la fórmula.

Grasas

El contenido total de grasa de la leche humana varía entre 3 y 5 g/dl. La grasa es la principal fuente de energía para el lactante, proporciona el 50% de las calorías de la leche.

La grasa en la leche está en pequeños glóbulos grasos, que se forman en las células alveolares mamarias, y están rodeados por una membrana formada por proteínas, fosfolípidos y otros.

Muestre la Diapositiva 4/7: Grasas de la leche humana

Los principales componentes de la grasa de la leche son los triglicéridos (98–99%) que son desdoblados en ácidos grasos libres y glicerol, por la lipasa, que se encuentra tanto en el intestino como en la misma leche materna.

El 88% de la grasa de la leche humana está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, los cuales son principalmente, los omega-6 y los omega-3, que son esenciales porque el organismo no los produce, deben ser ingeridos en la dieta y no los contiene la leche de vaca.

Los ácidos grasos omega-6, son el linoleico y el araquidónico (AA). Este es un componente de los fosfolípidos de la membrana celular y precursor de las prostaglandinas.

Los ácidos grasos omega-3, cuyo ácido básico, es el linolénico, precursor del eicosapentaenoico y del docosahexaenoico, (DHA), son constituyentes de las membranas celulares. El DHA se concentra sobre todo en cerebro y retina.

Muestre la Diapositiva 4/8: Diferencia entre las grasas de diferentes leches

La presencia de DHA y AA, se asocia a una mayor agudeza visual y una mejor capacidad cognoscitiva del niño. Estos ácidos pueden mejorar o prevenir alteraciones del desarrollo neurovisual tales como la retinopatía de la prematuridad.

La leche humana contiene también un 10% de ácidos grasos de cadena mediana, cuya digestión y transporte son más rápidos que los de cadena larga, proporcionando una fuente rápida de energía al bebé.

El colesterol, parte importante del cerebro y necesario para la mielinización, se encuentra en alta concentración (10–20 mg/dl) en la leche humana, lo que parece inducir una programación para manejar el colesterol durante toda la vida, ya que los adultos que fueron amamantados presentan cifras menores de colesterol que los alimentados con fórmula.

La grasa es el componente más variable de la leche materna.
El contenido de grasa puede variar:

- durante la mamada: es mayor al final,
- de una mamada a otra: es mayor a menor tiempo transcurrido entre las tomas
- durante el día: aumenta de la mañana hasta el mediodía, siendo menor durante la noche
- con la dieta de la madre: si una madre tiene alto nivel de grasas poliinsaturadas en su dieta, su leche será alta en esas grasas. Sin embargo, la cantidad total de grasa en la leche no se afecta, a menos que la madre esté severamente desnutrida, sin reservas de grasa.

> *La grasa es la principal fuente de energía de la leche humana, proporciona elementos importantes para el desarrollo del sistema nervioso y es el componente más variable.*

Las fórmulas artificiales carecen de enzimas digestivas, tienen poco o ningún colesterol y no cambian durante la mamada. Algunas marcas pueden tener ácidos grasos añadidos, sin embargo no está probado que sean seguros, provienen de algas, aceites de pescado, huevo o vegetales como hongos. Los ácidos grasos humanos son estructuralmente diferentes e interactúan en una forma especial que no puede ser replicada.

Muestre la Diapositiva 4/9: Carbohidratos de la leche materna

Carbohidratos

La lactosa es el principal carbohidrato en la leche humana, se encuentra en una concentración de 7 g/dl en la leche madura (la más alta de las especies).
Se produce en la glándula mamaria y es constante a lo largo del día. Es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobla para ser absorbida por el intestino. La galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales.
La lactosa ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento del cerebro y retrasa el crecimiento de organismos patógenos en el intestino. Es digerida lentamente. La presencia de lactosa en las heces de un niño amamantado no es signo de intolerancia.
Otros carbohidratos presentes en la leche son los oligosacáridos (cuya función es principalmente protectora), la galactosa y la fructosa.
No todas las fórmulas artificiales contienen lactosa. Se desconocen los efectos de alimentar a lactantes sanos con sustitutos de leche materna sin lactosa.

Muestre la Diapositiva 4/10: Vitaminas en las diferentes leches

Vitaminas

La leche humana contiene gran cantidad de vitaminas A y C, a diferencia de la leche de vaca, en la que predominan las vitaminas del complejo B.

La cantidad de vitaminas en la leche humana varía de una madre a otra debido a diferencias de la dieta. Las vitaminas hidrosolubles de la leche materna se afectan más por la dieta de la madre que las vitaminas liposolubles. Sin embargo, en general, satisfacen los requerimientos del lactante nacido a término sano.

Para su metabolismo, la vitamina D requiere que el bebé tenga una exposición solar de unos minutos diariamente, la que se ha cuantificado en dos horas a la semana, vestido y sin gorro, aunque esté nublado.

Minerales

La leche materna contiene todos los minerales necesarios para cubrir los requerimientos del lactante. La dieta de la madre no influye en ellos.

Muestre la Diapositiva 4/11: Hierro en la leche

La cantidad de hierro en la leche materna, 0.5 – 0.7 mg/dl, es suficiente para los primeros 6 a 8 meses en los lactantes - que nacieron sanos, a término y con un pinzamiento oportuno del cordón al nacimiento - porque las reservas de hierro del recién nacido y el hierro de la leche materna, cuya absorción es facilitada por los altos niveles de lactosa y de vitamina C, suplen los requerimientos y evitan la anemia ferropénica.

Pregunte: ¿Qué muestra esta gráfica sobre la absorción del hierro?

El hierro de la leche materna se absorbe en un 50%, mientras que el de la leche de vaca sólo se absorbe en un 10%. En las fórmulas tampoco se absorbe bien (sólo el 4%) por lo que se les añade hierro, lo que puede favorecer el crecimiento de bacterias patógenas.

El calcio aparece también en pequeñas cantidades en la leche humana (20–34 mg/dl), pero su absorción es del 67-75 %, en comparación con la leche de vaca que es de sólo 25%. Su absorción es facilitada por la relación calcio: fósforo que es de 2:1 (a diferencia de 1:3 de la leche de vaca) y por la lactosa.

Factores inmunológicos en la leche materna

El sistema inmune del niño no está totalmente desarrollado al nacimiento y no lo estará hasta los tres años o más. La leche materna proporciona protección para el bebé, complementando al sistema, de varias maneras:

A. Inmunidad pasiva

a. Factores Humorales

Muestre la Diapositiva 4/12: Protección contra la infección

- Circulación entero-mamaria y bronco-mamaria: Cuando la madre ingiere o inhala gérmenes, su organismo produce anticuerpos contra esos gérmenes. Estos anticuerpos pasan al bebé a través de la leche materna y son principalmente inmunoglobulina A secretoria, que se une a los microorganismos patógenos, impidiendo su ingreso a las mucosas. Sus concentraciones son muy altas en el calostro (1-2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta el 2º año.

En la mayoría de casos, el bebé no necesita ser separado de su madre cuando ésta tiene infección, porque su leche lo protege contra la infección.

Muestre la Diapositiva 4/13: Cómo protege la leche materna

- Oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas y de toxinas bacterianas. Estimulan también al Lactobacilo.
- Lisozima, degrada la pared bacteriana de los gérmenes gram positivos y es bactericida de gram negativos.
- Lactoferrina es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, se une al hierro evitando que las bacterias causantes de enfermedad lo usen para multiplicarse.
- Factor bífido (N acetilglucosamina) y oligosacáridos estimulan el crecimiento de bacterias benignas *(lactobacillus bifidus*) evitando el de bacterias patógenas.
- Factores de crecimiento de la leche materna estimulan el desarrollo de la pared intestinal del bebé formando así una barrera contra los microorganismos y alergenos, así como ayudando a reparar el daño de las infecciones.
- Lactoperoxidasa y péptidos procedentes de la digestión de la lactoalbúmina, son bactericidas.
- nterferon, ácido acético y monoglicéridos generados por la lipasa, actúan contra virus, bacterias y hongos.

b. Factores Celulares

Los leucocitos presentes en la leche materna son capaces de destruir bacterias, pero no producen inflamación.

Los macrófagos son las células que están en mayor cantidad, seguidas por linfocitos T, B y neutrófilos. Su función es la fagocitosis y la secreción

de sustancias inmunes específicas, contra las que la madre ha tenido contacto.
Los linfocitos secretan IgG, IgA e IgM. Los macrófagos secretan IgA, lisozima y lactoferrina.

B. Inmunidad activa

La leche de la madre estimula al sistema inmune del bebé:

- Los niños amamantados producen más anticuerpos al ser vacunados, que los que toman fórmula.
- La leche materna induce inmunidad en el tracto urinario
- Existiría un factor desconocido en la leche humana que estimula al lactante a producir su propia fibronectina.
- La proteína alfa-lac induce la apoptosis de las células cancerígenas y de otras células inmaduras y de rápido crecimiento.

La fórmula artificial no contiene células vivas, ni anticuerpos, ni factores anti-infecciosos vivos y no protege activamente al bebé de las infecciones.

Muestre la Diapositiva 4/14: Información

Información

Este beneficio de la lactancia es el que menos ha sido estudiado. El único aspecto que se conoce es el relacionado con el sabor. Se sabe que el sabor de la leche materna se afecta por lo que la madre come. La variación de sabor de la leche puede ayudar al bebé a acostumbrarse al sabor de los alimentos de la familia y facilita la transición a estos alimentos después de los seis meses de edad.
La fórmula artificial tiene el mismo sabor en cada toma y durante la toma. El sabor de la fórmula no está relacionado a ningún alimento que el bebé comerá cuando sea mayor.
Es posible que la lactancia brinde otros tipos de información al organismo del bebé, que se relacione con el funcionamiento adecuado de órganos y sistemas.

Otras características de la leche materna

La leche humana tiene también propiedades antiinflamatorias y antioxidantes. Existen componentes en la leche materna cuya función aún no se ha determinado.

Muestre la Diapositiva 4/15 y 4/16: Resumen de las diferencias entre las diversas leches. Léalo o pida a un participante que lo lea.

2. VARIACIONES NORMALES DE LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

Los términos que se usan convencionalmente para explicar estas variaciones no son exactos ya que los cambios en la composición de la leche se dan en forma progresiva.

Muestre la Diapositiva 4/17: Calostro

Calostro: La primera leche

Se puede producir desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14 cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido.
Su principal función es protectora – tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los patógenos. Si se da agua o alimentos artificiales, algo de ese 'tapiz' puede salirse, permitiendo a los agentes infecciosos ingresar al bebé.
El calostro ayuda a establecer la flora bifida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas.
Es particularmente rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos (como lactoferrina, lisozima, interleucina-10) leucocitos, especialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros.

El calostro es el primer alimento perfecto para el recién nacido.
Es la primera inmunización contra muchas bacterias y virus.

El calostro es laxante, estimula el pasaje de meconio (la primera deposición, negra, pegajosa). Esto ayuda a prevenir la ictericia.

Muestre la Diapositiva 4/18: Calostro, leche de transición, leche madura
Pregunte: ¿Qué diferencias nota aquí?
El calostro contiene mayor concentración de proteínas que la leche madura.

También contiene más zinc, cloro, potasio, vitamina A, vitamina E y carotenoides.
El calostro tiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidro-solubles que la leche madura.

Leche de transición

Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 ó 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposolubles.
Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.

Leche madura

La leche madura contiene <u>todos</u> los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones.

El volumen de la leche madura depende de la demanda del bebé. En general el volumen aumenta progresivamente hasta, aproximadamente, 700 cc/día a los 30 días del parto y 800 cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva con límites entre 550 y 1 150 cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para ambos.

Muestre la Diapositiva 4/19: Leche materna durante el segundo año de vida
Pregunte: ¿Qué porcentaje de calorías, proteínas, vitamina A y vitamina C de las que necesita un niño puede proporcionar la leche materna en el segundo año de vida?
Después de los seis meses de edad, el bebé necesita otros alimentos mientras continúa recibiendo suficiente leche materna.

La leche materna continúa proporcionando nutrientes, protección y otros beneficios conforme el niño crece. Por eso, es recomendable continuar con la lactancia materna hasta más allá de los 2 años de edad.

Leche inicial y leche final
Muestre la Diapositiva 4/20: Leche del comienzo, leche del final
Pregunte: ¿Qué diferencias nota aquí?
El nivel de grasa es más bajo en la leche al inicio de la mamada — esta es llamada **'leche del comienzo' o 'inicial',** tiene mayor proporción de agua, proteínas y lactosa, y calma la sed del bebé. El nivel de grasa es más alto en la leche, posteriormente en la mamada — esta es llamada **'leche final'** y da la saciedad.

Es importante que el bebé reciba tanto leche del comienzo como leche del final para recibir una comida completa y toda el agua que necesita.

Muestre la Diapositiva 4/21: Leche del pre-término
¿Cuál es la diferencia entre estas leches?
La leche de la madre del prematuro tiene más proteínas que la del recién nacido a término.

Leche materna pre término
Muestre la Diapositiva 4/22: Propiedades Especiales de la Leche de Pre-término
La leche de la madre que da a luz antes de las 37 semanas de gestación, tiene más proteínas, lípidos, calorías, más altos niveles de algunos minerales incluyendo hierro, sodio, cloro, potasio, calcio, magnesio y zinc, que la leche madura, así como más propiedades inmunes, haciéndola apropiada para las necesidades del prematuro. Esta variación persiste por 3 a 4 semanas

> *La leche de la madre es apropiada para su propio bebé, especialmente si es prematuro, ya que se adapta a las necesidades del lactante.*

3. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Muestre la Diapositiva 4/23: Importancia de la lactancia
El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes.

La acción de amamantar
Pregunte: ¿Por qué es importante la acción de amamantar?
- La acción de amamantar proporciona calor, cercanía y contacto, lo que favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y puede ayudar al desarrollo físico y emocional del niño. Las madres que amamantan disfrutan especialmente de ese contacto, lo que se traduce en mayor satisfacción y mejor autoestima. Se ha demostrado que existe menos probabilidad de abandono o maltrato de los bebés.

- La acción de amamantar ayuda a la mandíbula del niño a desarrollar así como a los músculos tales como la lengua y los músculos de la trompa de Eustaquio. Esto:
  - Reduce la incidencia de infecciones de oído;
  - Ayuda a un lenguaje claro;
  - Reduce el riesgo de problemas de maloclusión dental.

- Los lactantes parecen ser capaces de auto-regular su ingesta de leche. Esto puede tener efecto en la posterior regulación del apetito y la obesidad. Este

control del apetito no parece suceder con los alimentados con biberón – donde la persona que alimenta al bebé controla el alimento, más que el bebé.

La leche materna es importante para los niños

Pregunte: ¿Por qué es importante la leche materna para los niños?

La leche humana:

- Proporciona la nutrición ideal para cubrir las necesidades cambiantes del lactante para su crecimiento y desarrollo;
- Protege contra muchas infecciones como otitis media, infecciones respiratorias, diarrea, caries dental, infección urinaria, sepsis neonatal y enterocolitis necrotizante. Más recientemente se ha reconocido que esta protección frente a infecciones dura varios años. Esto se comprobó para otitis media, infecciones respiratorias, diarrea, bronquiolitis e infecciones por el *Haemofilus influenza* b.
- Puede evitar muertes infantiles. Si todo bebé fuera amamantado exclusivamente hasta los 6 meses, se salvaría en el mundo un estimado de 1.3 millones adicionales de vidas cada año y más millones de vidas mejorarían.
- Programa los sistemas corporales que pueden ayudar a la regulación y reducción del riesgo de obesidad y ciertas enfermedades cardiovasculares en la vida posterior.
- Reduce el riesgo de alergias y de condiciones tales como diabetes juvenil, en familias con historia de estas condiciones;
- Disminuye la posibilidad de leucemia y linfoma en la niñez.

No en todos los casos la lactancia materna evita la alergia. Parece haber otros factores que favorecen la aparición de enfermedad alérgica en el hijo de madre alérgica.

Muchos de los efectos del amamantamiento son 'dependientes de la dosis'. Esto significa que la lactancia exclusiva y prolongada muestra mayores beneficios.

La lactancia materna es importante para madres, familias y comunidades

Pregunte: ¿Por qué es importante la leche materna para madres, familias y comunidades?

- La leche materna está fácilmente disponible. No hay nada que comprar y no necesita preparación ni almacenamiento.
- La lactancia es simple y no necesita utensilios ni preparación.
- Es ecológica. No tiene desperdicios ni requiere combustibles, que contaminen el medio ambiente.

La lactancia es importante para los niños, para las madres y para las familias. La lactancia protege la salud del lactante.

4. LOS RIESGOS DE NO AMAMANTAR

Muestre la Diapositiva 4/24: Riesgos de no amamantar

Al no amamantar se pone en riesgo a los bebés, a las madres, las familias y las comunidades.

Los riesgos de no amamantar son debidos a:

- la falta de elementos protectores de la leche materna,
- la ausencia de cantidad, balance óptimo y calidad de nutrientes,
- los peligros del uso de los sustitutos de la leche materna. Estos peligros pueden incluir:
  - La fórmula puede estar contaminada o contener ingredientes no seguros.
  - El agua usada para lavar los biberones o para mezclar la fórmula infantil puede estar contaminada,
  - Errores en la mezcla de la fórmula, mayor o menor concentración, pueden causar enfermedad,
  - Puede darse fórmula para calmar al bebé cada vez que llora, lo que puede conducir a sobrepeso,
  - Puede darse agua y té, en vez de fórmula, lo que resulta en menor consumo de leche y menor ganancia de peso,

Algunos de los riesgos de usar sustitutos de la leche materna pueden reducirse, teniendo cuidado con el *proceso de preparación*, pero se mantienen los riesgos por la diferencia en los componentes.

Pregunte: ¿Qué riesgos tienen los niños que no son amamantados?

Los niños que no son amamantados tienen más probabilidad de:

- Enfermar o morir de infecciones como diarrea, infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario,
- Enterocolitis necrotisante en prematuros,
- Pesar menos y no crecer bien, si viven en situación pobre y no existen las condiciones para preparar adecuadamente la alimentación de reemplazo.
- Tener sobrepeso, obesidad, si viven en situación próspera.
- Tener diabetes mellitus juvenil insulino-dependiente, presión arterial más alta, y problemas cardiacos posteriores.
- Eczema y otras condiciones atópicas,
- Mayor riesgo de muerte súbita en la lactancia.
- Mayor incidencia de caries y maloclusión.
- Menor desempeño en el desarrollo intelectual y logros educativos reduciendo así su potencial.

Los peligros de no amamantar ocurren en todas las circunstancias sociales y económicas.

Muchos estudios indican que un niño no amamantado que vive agobiado por la enfermedad y en condiciones antihigiénicas tiene entre 6 y 25 veces más probabilidades de morir de diarrea y 4 veces más probabilidades de morir de neumonía que los amamantados. Estos riesgos disminuyen aún más con la lactancia exclusiva.

Pregunte: ¿Qué riesgos tienen las mujeres que no dan de lactar?

- **Las mujeres que no dan de lactar** tienen menos oportunidades de estar cerca de su bebé eso puede interferir con el vínculo afectivo y **son más propensas a:**
  - desarrollar anemia debida a baja contracción del útero después del parto y retorno temprano de la menstruación,
  - retener la grasa depositada durante la gestación,
  - salir embarazada pronto después del nacimiento del bebé,
  - desarrollar cáncer de mama y y algunas formas de cáncer ovárico,
  - tener fracturas de cadera a edad avanzada,
  - tener menos oportunidades de estar cerca a su bebé.

Pregunte: ¿Cómo son afectadas las familias cuando el bebé no amamanta?

- **Las familias también son afectadas** cuando un bebé no es amamantado:
  - La compra de la fórmula infantil crea gastos innecesarios y significa menos alimento para los otros miembros, necesidad de tiempo extra para dar esos alimentos y de mantener los utensilios limpios.
  - Tienen aumento de enfermedades, por lo tanto usan los servicios de salud y aumentan los costos de los cuidados de la salud. Los costos del hospital son más altos por personal y equipos para tratar los problemas de salud.
  - Puede haber pérdida de los ingresos por la ausencia de un padre del trabajo para cuidar a un niño enfermo.
  - Preocupación por la escasez de fórmula infantil o por un bebé enfermo.
  - Los frecuentes embarazos pueden ser una carga para la familia y la sociedad?

Pregunte: ¿Cómo se perjudican las comunidades cuando los niños no amamantan?

- **Las comunidades se perjudican** con:
  - los mayores gastos en alimentos artificiales y en cuidados de la salud y
  - la contaminación ambiental consecuente de la producción, comercialización y preparación de los sucedáneos de la leche materna.

RESUMEN

Cómo la leche materna es única

La leche humana es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano, como lo dice S. Buescher.

Composición de la leche humana

La composición de la leche humana varía constantemente, dentro de ciertos límites, para adaptarse a las necesidades del lactante, las que cubre perfectamente.
La leche materna contiene el 87.6% de agua.
Las proteínas son específicas de la especie. Comprende proteínas del suero y caseína, proteínas antiinfecciosas (lisozima, lactoferrina), enzimas, factores de crecimiento y hormonas. Las proteínas de la leche humana son fácilmente digeribles y proveen todos los aminoácidos esenciales, incluyendo la taurina que es considerado esencial para el recién nacido, pues es un neurotransmisor y neuromodulador.
El nitrógeno no proteico comprende carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azúcares, poliaminas, úrea, creatina, creatinina.
La carnitina es esencial para utilizar los ácidos grasos como fuente alternativa de energía para el cerebro, en la adaptación del recién nacido.
La grasa es el componente más variable de la leche materna, es la principal fuente de energía y comprende principalmente triglicéridos. El 88% de la grasa está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL), principalmente, omega-3 y omega-6, que son ácidos grasos esenciales, entre los cuales están los ácidos araquidónico y docosahexanoico, que se asocian a mejor desarrollo visual y cognoscitivo. Otros componentes de la grasa son fosfolípidos y colesterol.
El principal carbohidrato es la lactosa, se encuentra en una concentración de 7 g/dl en la leche madura, ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento y evita la proliferación de microorganismos en el intestino. Otros carbohidratos en la leche son los oligosacáridos, cuya función es principalmente protectora.
La leche materna contiene todos los minerales y las vitaminas necesarios para cubrir los requerimientos del lactante.
La lactancia proporciona protección a través de factores inmunológicos como inmunoglobulinas, principalmente inmunoglobulina A secretoria, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, así como, factores celulares, como macrófagos, linfocitos y neutrófilos.
La leche humana es también antiinflamatoria y antioxidante.

Variaciones normales de la composición de la leche materna

La composición de la leche varía para adaptarse a las necesidades del bebé.

RESUMEN

Se distinguen, según la etapa de producción:

Calostro: Es la leche que se produce desde el embarazo hasta los primeros días del nacimiento. Especialmente rica en factores inmunológicos.

Leche de transición: La que se produce después del calostro, hasta los 10 ó 14 días del parto.

Leche madura: Hasta el final de la lactancia.
En relación con el momento de la mamada, se distinguen, la **leche inicial,** con mayor proporción de agua, proteínas y lactosa y la **leche final,** más rica en grasas.
La **leche de pre-término** también tiene diferente composición las primeras 3 a 4 semanas, para adaptarse a las necesidades del bebé.

Importancia de la lactancia materna
El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico y emocional del niño. La madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis. La leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño y lo protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo.

Los riesgos de no amamantar
Los niños que toman fórmula están en mayor riesgo de enfermar y de morir, principalmente de enfermedades infecciosas, pero también tiene mayor riesgo de obesidad o desnutrición y de enfermedades a largo plazo, así como un menor rendimiento intelectual.
Las madres que no amamantan son más propensas a presentar anemia, sobrepeso, cáncer de mama, ovarios y osteoporosis.
La familia y la comunidad también se perjudican con los gastos de la alimentación artificial, los costos de la mala salud y la contaminación ambiental por los desechos de la fabricación y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 4:
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

1. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Enumere algunas características de la composición de la leche en la columna de la izquierda y escriba su aplicación práctica en la columna de la derecha.

Composición de la leche	Aplicación Clínica
Ejemplo: La leche final contiene más grasa.	La leche tiene toda el agua que el bebé necesita durante los primeros 6 meses.

- Enumere algunos componentes de la leche humana en la columna de la izquierda y escriba cómo se afecta con la dieta de la madre en la columna de la derecha.

Componente de la leche	Cómo se afecta con la dieta de la madre
Ejemplo: Vitamina B12	Disminuye en la leche de las madres vegetarianas si no ingieren un suplemento.

2. DISCUSIÓN DEL TALLER

A. ¿Hay alguna diferencia entre que Ud. diga "Los bebés amamantados enferman menos" y "Los bebés no amamantados enferman más"?

La primera frase implica que la enfermedad es normal en bebés y que los bebés amamantados tienen menos enfermedades que las tasas normales encontradas en bebés no amamantados.

La segunda frase implica que la lactancia es la norma y no amamantar pone a los bebés en mayor riesgo.

B. ¿Cómo contestaría a un colega que dijera: "Ud. hace sentir mal a las madres si les dice que hay riesgos para ella y su bebé si no amamantan"?

Los trabajadores de salud no dudan en decirles a las mujeres que existe riesgo si ellas fuman durante el embarazo o si no disponen de una persona entrenada en el parto o si dejan a su hijo solo en la casa. Existen muchos riesgos para un bebé que les decimos a las mujeres que traten de evitar. Las mujeres tienen derecho a saber qué es mejor para el bebé y pueden sentirse molestas si se les oculta información.

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN - EL COSTO DE NO AMAMANTAR

Pregunte a los participantes si conocen los costos de usar sucedáneos de leche materna para una familia durante seis meses.

El formulario siguiente puede usarse para discutirlo en esta sesión o posteriormente.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna pide a todos los trabajadores de salud que conozcan las implicancias económicas de la decisión de no amamantar e informen a los padres.

¿Las conoce Ud.? Esta hoja de trabajo está basada en una

actividad de capacitación[1] UNICEF/OMS y se ha simplificado para incluir sólo el costo directo de preparar los alimentos. El valor de amamantar se extiende después de los primeros seis meses. Para facilitar los cálculos, este gráfico se relaciona sólo con los primeros seis meses.

Costos de la Leche

Una lata de fórmula cuesta _____ por _____ gramos.
Se necesitan aproximadamente 20 kg. de fórmula infantil en polvo los primeros seis meses.
Eso costará Costo de la Fórmula _____

Costos del combustible

Siguiendo las instrucciones de la etiqueta, la madre le dará aprox. _____ tomas de leche artificial durante los primeros seis meses. ____ litros de agua serán hervidos para hacer estas tomas, más el agua extra para calentar y lavar _____(aprox. 1 litro por toma para lavar y calentar) Cuesta _____ hervir un litro de agua x _____ litros por día, multiplicado por 180 días .

Costo del Combustible _____

Tiempo del cuidador

Siguiendo las instrucciones de la etiqueta, el cuidador debe preparar tomas ____ veces al día, y la preparación toma ____ minutos cada vez, o un total de ___ horas por día.

Costo de preparar alimentos artificiales para un bebé de seis meses

Salario mínimo de una enfermera _____
Salario mínimo de una trabajadora de fábrica _____
Costos de la alimentación artificial por seis meses
- % de salario de una enfermera _____
- % de salario de un trabajador de fábrica _____

Más el tiempo adicional de preparación que mantiene a la madre fuera de otros fines financieros y familiares.

Hay también costos a largo plazo de no amamantar. Los costos del cuidado de la salud se incrementan por no amamantar (planificación familiar o nacimiento de otro niño, enfermedades del niño no amamantado, por ejemplo), lo que afecta a la familia, a los servicios de salud y de asistencia social y a los contribuyentes.
No se puede hacer un cálculo monetario del costo psicológico de la enfermedad o de la muerte del bebé o de la madre, aunque éste es obviamente grande, ya sea en una infección aguda o en una condición crónica.
No se recomienda el uso de biberones ya que son difíciles de mantener limpios. Sin embargo, si se usaran, son costos adicionales:

Costos de equipo

____biberones a____cada uno, costarán Biberones____
____chupones a____cada uno, costarán Chupones____
____ escobilla para limpiar biberones a ____ cada una, costarán Escobillas____

Costos de esterilización

Costo ____ por día de uso de una solución química x 180 días. Esterilización _____
Si se usa la esterilización química, se necesitará otro litro de agua hervida por biberón para enjuagar el esterilizante de los biberones y chupones antes de su uso.
(o calcule otros métodos tales como hervir biberones y chupones).

CAPÍTULO 5

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO

Objetivos:

Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Determinar qué información se necesita discutir con las embarazadas;
2. Explicar qué tipo de preparación prenatal del pecho necesitan las mujeres para la lactancia, qué es efectivo y qué no es efectivo;
3. Identificar a las mujeres que necesitan atención extra.

Materiales:

- Promoción de la Lactancia durante el embarazo del CD interactivo.
- Lista de chequeo prenatal– una copia por cada participante.
- Folletos para demostración de su uso (opcional).

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO – PASO 3

La estrategia de la promoción de la lactancia materna involucra a la mujer gestante y se desarrolla a través de la educación, un componente importante, porque incrementa la lactancia.

1. DISCUSIÓN DE LA LACTANCIA CON EMBARAZADAS

- Muestre la Diapositiva 5/1: El Paso 3 y pida a un participante que la lea en voz alta.

> *El Paso 3 de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa estipula:*
> ***Informar a todas las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica.***

Agradezca al participante y continúe.

En algunas culturas, donde la lactancia natural es la norma, las mujeres asumen que darán de lactar. En otras culturas, las mujeres deciden si amamantarán o no, antes de que su bebé nazca, y esta decisión puede ser influida por la promoción de la lactancia materna, o por la promoción de sustitutos de la leche materna que en algunos lugares está ampliamente difundida.

La educación sobre la lactancia materna, durante el embarazo, mejora los índices de lactancia en los primeros meses, especialmente en las primíparas, por eso es necesario ponerla en práctica, tan pronto como sea posible.

- Muestre la diapositiva 5/2: Influencia de la información prenatal
Las mujeres que tuvieron controles prenatales regulares fueron más propensas a iniciar la lactancia pronto y a dar el calostro a sus bebés.

- Muestre la diapositiva 5/3: Meta-análisis de estudios de la educación prenatal
Los programas de educación tuvieron mayor efecto en el inicio de la lactancia y en la lactancia materna a corto plazo.

Lamentablemente no todas las gestantes acuden a las sesiones prenatales sobre lactancia, por lo que se deberá individualizar el apoyo necesario después del parto.

- Muestre la Diapositiva 5/4: Gestantes en el consultorio prenatal
Durante los controles prenatales, los proveedores de salud (médico, obstetriz, enfermera y/o técnico) deben educar y preparar psicológicamente a las mujeres para la lactancia, ayudarlas a aprender cómo ponerla en práctica e identificar a las que puedan estar en riesgo de dificultades para la lactancia. Idealmente, todas las gestantes ya deben estar informadas antes de las 32 semanas.
Para tomar una decisión informada sobre la alimentación de su bebé, una mujer necesita:

- Información verbal y escrita, exacta y objetiva acerca de la importancia de la lactancia, la forma de ponerla en práctica y los riesgos de la alimentación de reemplazo – no la opinión personal del trabajador de salud o la información de mercadeo de la compañía de fórmulas. Otros puntos a informar son: la importancia del contacto piel a piel, el inicio precoz de la lactancia, el alojamiento conjunto, la lactancia frecuente y a demanda, la buena posición y agarre, la lactancia continuada hasta los 2 años o más, debiendo ser exclusiva en los primeros 6 meses y acompañada de una alimentación complementaria adecuada después del sexto mes. Se deben tratar también los mitos y creencias que la mujer tenga sobre la lactancia (Capítulo 12).
- Comprensión de la información para su situación individual – esto significa dar información en palabras que sean apropiadas para la mujer y discutir la información en el contexto de su situación.
- Confianza, que significa reforzar la seguridad de la mujer en su capacidad para amamantar en forma exclusiva. Esto implica hablar acerca de las preocupaciones que tiene y hablar sobre las prácticas que ayudan a que la lactancia se establezca bien.

Si ella no va a dar de lactar, necesita tener confianza en que puede encontrar un método de alimentación de reemplazo lo más seguro posible en su situación.

- Apoyo para llevar a cabo su decisión sobre la alimentación. Incluye apoyo para alimentar exitosamente a su bebé y superar las dificultades.

> *Para el personal de salud no debe ser suficiente pensar que ha proporcionado bastante información o apoyo, es necesario verificar con la mujer que ella ha conseguido la información y el apoyo que necesitaba.*

- Muestre la Diapositiva 5/5: Educación prenatal en grupo

Charla en grupo durante el embarazo

Las gestantes no son niños de escuela que necesitan un profesor al frente de la "clase". Los adultos aprenden mejor cuando la información es pertinente a sus necesidades, y pueden relacionarla con otra información que conocen y pueden hablar sobre ello con otros en el grupo.

Pregunte: ¿Cuáles piensa Ud. que son los principales puntos a incluir en una charla en grupo acerca de la alimentación de los bebés?

Espere las respuestas de los participantes.

- Muestre la Diapositiva 5/6:

Dé una charla prenatal en grupo

- El facilitador presenta la siguiente información como si fuera una charla a un grupo de embarazadas.

- Inicio de la charla

Charla para Gestantes: **Por qué es importante la lactancia**

Recuerde hablar de la leche materna como la forma ideal de alimentación o la norma y comparar la fórmula con la leche materna, no al contrario.

- La lactancia es importante para los niños, para las madres y para las familias.

Importancia para los niños

- La lactancia protege la salud del lactante.
- Los niños que no son amamantados tienen más probabilidad de:
  - Enfermar o morir de infecciones como diarrea e infecciones gastrointestinales y respiratorias.
  - Pesar menos y no crecer bien, si viven en situación pobre.
  - Tener sobrepeso y problemas cardiacos posteriores, si viven en situación próspera.
  - Pasar menos tiempo con su madre

Importancia para las madres

- La madre disfruta del vínculo que establece con su bebé y también protege su salud a través de la lactancia.
- Las mujeres que no dan de lactar son más propensas a:
  - desarrollar anemia y retener la grasa depositada durante la gestación,
  - salir embarazada pronto después del nacimiento del bebé,
  - desarrollar cáncer de mama y de ovario,
  - tener fracturas de cadera a edad avanzada.

Importancia para la familia

- La leche materna es simple y está fácilmente disponible. No hay nada que comprar y no necesita utensilios ni preparación ni almacenamiento.
- Si un bebé no es amamantado:
  - la familia necesitará comprar fórmula y tiempo para prepararla, así como mantener limpios los utensilios.
  - puede haber pérdida de ingresos por la inasistencia de uno de los padres al trabajo para cuidar al niño cuando se enferma, además de los gastos por la enfermedad.

La leche de la madre es lo que un bebé necesita

- La primera mamada debe realizarse pronto después del nacimiento. El bebé entonces toma la primera leche (calostro), que lo protege de las infecciones y aunque parece poco, es todo lo que necesita en los primeros días, hasta que la leche aumente, lo que ocurre generalmente al tercer día.
- La lactancia ayuda a la madre a formar una relación estrecha con el bebé.
- La lactancia materna debe darse por dos años o más, porque continúa siendo importante, debiendo ser exclusiva (sin agua ni otros líquidos o alimentos) en los primeros seis meses.
- La leche de la madre es especialmente apropiada para su bebé, ya que cambia su composición constantemente para satisfacer las necesidades del bebé y lograr un desarrollo óptimo (inmejorable), en especial, del cerebro.
- La leche materna es única (especial). La leche humana es un líquido vivo que protege activamente contra la infección. La fórmula artificial no proporciona protección contra las infecciones.

- Los beneficios de la lactancia van más allá de la época en que el niño lacta, ya que lo protege de enfermedades aún mucho tiempo después de haber dejado de lactar, por eso se dice que "el amamantamiento es un regalo para toda la vida".
- Cuanto más tiempo lacta un niño, mayores son los beneficios.

Es importante aprender cómo colocar y prender el bebé al pecho

Para que haya una buena transferencia de la leche al bebé, este debe tomar una buena cantidad de pecho dentro de su boca -no sólo el pezón- y debe estar colocado frente a la madre y muy cerca al cuerpo de ella. La madre debe estar cómoda.

La mayoría de las mujeres pueden amamantar y la ayuda de los miembros del personal estará disponible, cuando sea necesaria.

Prácticas que pueden ayudar a que la lactancia vaya bien (Opcional)

- Las prácticas hospitalarias que pueden ayudar a que la lactancia vaya bien incluyen:
  - Tener una acompañante durante el parto, que pueda ayudarla a estar más cómoda y controlada,
  - Evitar intervenciones en el trabajo de parto y en el parto tales como sedación, alivio medicamentoso del dolor y cesárea, a menos que sean médicamente necesarias,
  - Tener contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento, lo que calma y mantiene tibio al bebé y permite un inicio temprano de la lactancia,
  - Mantener al bebé al lado de la madre (alojamiento conjunto), de modo que esté seguro y sea fácil de amamantar,
  - Enseñar a la madre los signos de hambre de su bebé, de modo que la lactancia sea a demanda y no por horario,
  - Anime a la madre a dar de lactar frecuentemente, lo cual ayuda a tener una buena producción de leche. "A mayor succión, mayor producción".
  - No dar suplementos, biberones ni chupones. Ninguna edad es adecuada para dar biberones. Los biberones son difíciles de mantener limpios y por eso causan diarrea, los chupones pueden confundir al niño y hacer que rechace el pecho. La succión del biberón no permite un óptimo desarrollo de la boca y de la dentición.

- Fin de la charla

- Se puede dar más información a las embarazadas sobre cómo poner en práctica la lactancia, así como usar muñecas para demostrar cómo colocar el bebé al pecho.
- Durante la charla, se puede pedir a las mujeres que han amamantado antes, que expongan sus experiencias positivas e identificar las causas por las que otras tienen problemas y cómo prevenirlos.
- La discusión en grupo puede también ser útil para que emerjan asuntos culturales tales como vergüenza delante de los hombres, miedo a perder la figura, lo que los padres/compañeros piensan, preocupaciones sobre separarse del bebé si está amamantando, equilibrar el trabajo dentro y fuera de la casa con la lactancia u otros temas como la diferencia entre la leche materna y la fórmula infantil o el costo de usar fórmula.

Algunos tópicos pueden ser más fáciles de discutir como parte de un grupo con pares más que individualmente con el trabajador de salud.

- Muestre la Diapositiva 5/7: Educación prenatal individual

Entrevista individual durante el embarazo

Pregunte: ¿Cómo puede el proveedor de cuidados del embarazo saber si una gestante conoce la importancia de la lactancia o si tiene preguntas?
Espere a que los participantes respondan.

Empiece la entrevista con una pregunta abierta.

- Empiece con una pregunta abierta como:
  "¿Qué sabe Ud. acerca de la lactancia?"
  Este tipo de pregunta abierta da oportunidad para reforzar una decisión de amamantar o discutir cualquier barrera para la lactancia que la mujer pueda ver, o discutir problemas que la mujer pueda haber tenido con una anterior lactancia.

Pregunte: ¿Qué podría contestar la madre si Ud. hace una pregunta como "¿Va Ud. a amamantar?" o "¿Cómo planea alimentar a su bebé?"
Espere que los participantes respondan.

- Si Ud. hace una pregunta como "¿Va Ud. a amamantar a su bebé" es difícil continuar la entrevista si la gestante dice que ella no va a amamantar.

Use sus habilidades de comunicación para continuar la entrevista.

- Es importante que la conversación sea bidireccional, entre la gestante y el trabajador de salud, y no un discurso a la mujer. Deje a la embarazada exponer sus preocupaciones e inquietudes sobre amamantar a su bebé. Estimúlela a hacer preguntas.
- Averigüe qué experiencias anteriores ha tenido con la lactancia. Si ha tenido alguna experiencia negativa, explíquele qué hacer para prevenir los problemas y tener éxito.
- Si los comentarios de la mujer le dicen a Ud. que ella ya sabe mucho acerca de la lactancia temprana y exclusiva, Ud. puede reafirmar y reforzar su conocimiento. No necesita darle la información que ella ya sabe.
- La decisión de una mujer acerca de cómo alimentar a su bebé puede ser influenciada por el padre del bebé, su propia madre u otro miembro de la familia. Puede ser útil preguntar: "¿Qué gente tiene cerca a Ud. que la apoyará para alimentar a su bebé?"

Ud. puede sugerir que un miembro de la familia que sea importante para la mujer venga con ella a escuchar más sobre cómo alimentar a su bebé.

La discusión prenatal es parte importante del cuidado.

- Una entrevista individual sobre la lactancia no necesita tomar mucho tiempo. Una conversación corta y enfocada de tres minutos puede conseguir mucho.

> *Puede ser útil usar una Lista de Chequeo Prenatal en la historia clínica de la mujer para registrar los temas tratados y destacar puntos a discutir posteriormente en otra visita.*

- Una gestante puede ser atendida por diferentes trabajadores de salud durante su control prenatal.

> *Todos los trabajadores de salud tienen el rol de promover y apoyar la lactancia materna.*

- Puede utilizar una copia de la Lista Prenatal de Chequeo para cada participante y discutir si sería útil en este escenario de trabajo.

2. PREPARACIÓN PRENATAL DEL PECHO Y DE LOS PEZONES

Pregunte: ¿Qué puede decirle Ud. a una gestante que está preocupada por si sus pechos estarán 'bien' para la lactancia?
Espere que los participantes respondan.

En primer lugar asegurarle que la mayoría de mujeres amamantan sin problemas.

- Otras partes del cuerpo, tales como los oídos, la nariz, los dedos o los pies vienen en diferentes formas y tamaños y nadie pregunta si los oídos grandes escuchan mejor que los pequeños. Los pechos y los pezones pueden lucir diferentes y aún funcionar perfectamente bien, excepto en casos muy raros.
- Las prácticas prenatales tales como usar un sostén, usar cremas, realizar masaje al pecho o ejercicios de los pezones, o usar pezoneras, no ayudan a la lactancia.
- Prácticas tales como 'endurecer' los pezones frotándolos con toallas ásperas, aplicarles alcohol o jalarlos excesivamente no son necesarias; pueden dañar la piel y los delicados músculos que apoyan la lactancia y no deben alentarse.

> *No sólo no es necesario preparar el pecho ni los pezones sino que puede ser dañino.*

- Convenza a la madre de que ella puede amamantar si lo desea y que si tiene alguna dificultad el personal la ayudará.

El trabajador de salud debe saber que:

- **El examen del pecho durante el embarazo puede ser útil** si se usa para:
  - Mostrarle a la mujer cómo están aumentando de tamaño sus pechos, que hay mayor flujo sanguíneo hacia ellos y cambios en la sensibilidad y cómo todos éstas son señales de que su cuerpo se esta preparando para amamantar,
  - Averiguar si hubo cirugía previa del tórax o de las mamas, trauma u otro problema (por ejemplo, bultos en los senos).

    Háblele a la madre sobre el auto-examen periódico del pecho y por qué podría ser útil.
- **El examen del pecho durante el embarazo puede ser dañino** si se usa para juzgar si los pezones o las mamas de una mujer son adecuados o inadecuados para la lactancia. Es muy raro que una mujer sea incapaz de amamantar debido a la forma de sus pechos o de sus pezones.

  En un tiempo se insistía en detectar y tratar los pezones planos o umbilicados que pudieran dificultar la lactancia.

> *Los tratamientos prenatales como pezoneras, formadores de pezón, ejercicios de estiramiento o de Hoffman, no son efectivos y no mejoran los resultados de la lactancia.*

Algunos autores sugieren que el examen del pecho con ese fin puede disminuir la confianza de la mujer en su capacidad para lactar, al informarla de las alteraciones de sus pezones.

> *Los cambios hormonales aumentan el tamaño y la protractilidad de los pezones durante el embarazo y hacen que pezones que parecían planos o invertidos se hagan protráctiles.*

La preparación prenatal ideal es usar el tiempo en discutir los conocimientos, creencias y sentimientos de la mujer sobre la lactancia y reforzar la confianza en su capacidad para amamantar en forma exclusiva a su bebé.

3. MUJERES QUE NECESITAN ATENCIÓN ESPECIAL

Identifique a las mujeres con preocupaciones especiales.

Ayúdelas a hablar sobre los asuntos que puedan afectar sus planes sobre cómo alimentar a su bebé.

Muestre la Diapositiva 5/9: ¿Qué gestantes pueden necesitar apoyo especial?
Pregunte: ¿Qué gestantes pueden necesitar consejería y apoyo especial sobre cómo alimentar a sus bebés?
Espere algunas respuestas.
Una mujer puede necesitar consejería y apoyo especiales si ella:

a. Tuvo dificultades amamantando a un bebé anterior y se dio por vencida, comenzando rápidamente la alimentación con fórmula o no empezando nunca a amamantar.
b. Tiene que pasar tiempo separada de su bebé porque trabaja fuera de casa o asiste al colegio.

Asegure a las mujeres que ellas pueden amamantar aún cuando tengan que separarse de sus bebés.

c. Tiene una familia difícil. Ayúdela a identificar a los miembros de la familia que no la apoyan y trate de reunirse con ellos para discutir sus preocupaciones.
d. Está deprimida.
e. Está aislada, sin un apoyo social.
f. Es una madre adolescente, joven o soltera.
g. Tiene la intención de dar al bebé en adopción.
h. Tuvo cirugía de mamas o trauma que pudiera interferir con su producción de leche.
i. Tiene una enfermedad crónica o necesita medicamentos.
j. Tiene embarazo gemelar. La gestante debe saber que es posible amamantar gemelos, la forma de llevarlo a cabo y el apoyo que recibirá.

La gestante debe saber que si tiene gemelos y ambos lactan, producirá leche para los dos.

k. Está en alto riesgo de tener un bebé que necesitará cuidados especiales después del nacimiento, por ejemplo, un prematuro.

La gestante de alto riesgo debe saber que es importante que un recién nacido con cuidados especiales reciba la leche de su propia madre y los diferentes tipos de apoyo que tendrá para lograrlo.

I. Tiene un niño que aún lacta. No es necesario suspender la lactancia. Si la mujer tiene historia de trabajo de parto prematuro o experimenta contracciones uterinas mientras amamanta, debe discutirlo con su médico.

Generalmente no es necesario suspender la lactancia de un bebé mayor durante el siguiente embarazo.

Así como todas las mujeres embarazadas, la madre que está dando de lactar y gestando necesita cuidarse, lo que incluye comer bien y descansar. A veces, los pechos se sienten más sensibles o la leche parece disminuir en el segundo trimestre del embarazo; pero estas no son razones para suspender la lactancia. Ya sea que haya escasez de comida en la familia o no, la leche materna puede ser parte importante de la dieta del niño pequeño. Si se suspende la lactancia, el niño pequeño estará en riesgo, especialmente si no hay alimentos de origen animal en la dieta. Alimentar a la madre es la manera más eficiente de nutrir a la madre, al bebé que está por nacer y al pequeño niño que está lactando. Siempre debe evitarse el cese brusco de la lactancia.

- Si una gestante siente que para ella es imposible realizar la lactancia exclusiva, pregúntele por qué siente que es imposible. Ud. puede sugerirle que comience con la lactancia exclusiva. Si es muy difícil para ella continuar en su situación, entonces, una lactancia parcial es mejor que ninguna lactancia.
- Si una madre no está amamantando, por una razón médica tal como el VIH o su decisión personal informada, entonces es importante que ella sepa cómo alimentar a su bebé. Estas mujeres necesitan discutir individualmente sobre la alimentación de reemplazo y ayuda para aprender cómo prepararla.

- *Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.*

RESUMEN

- Una gestante necesita entender que:
  - el amamantamiento es importante para su bebé y para ella misma;
  - se recomienda la lactancia continuada por 2 años o más, debiendo ser exclusiva los primeros 6 meses;
  - la lactancia frecuente continúa siendo importante después de los 6 meses, en que se añaden los alimentos complementarios;
  - prácticas tales como contacto piel a piel inmediato después del parto, inicio precoz de la lactancia materna, alojamiento conjunto, lactancia frecuente a demanda, buena colocación y agarre y lactancia exclusiva sin ningún suplemento, son beneficiosas y pueden ayudar a establecer el amamantamiento;
  - dispone de apoyo.
- La preparación prenatal ideal es aquélla que refuerza la confianza de la mujer en su capacidad para amamantar. No se necesita preparar el pecho ni los pezones y puede ser dañino.
- Algunas mujeres necesitarán atención especial si han tenido previas experiencias malas de lactancia o están en riesgo de problemas.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 5:
PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO – PASO 3

- **Juego de Roles - Hable sobre la lactancia materna con una gestante**

Esta actividad es una preparación para la práctica clínica que habrá más adelante.

Preparación

Divida a los participantes en grupos de tres. Una persona hace el rol de la 'mujer embarazada', otra persona es el 'trabajador de salud' y la tercera es el 'observador'.

Aproximadamente cada 5 minutos, pida a los participantes que intercambien los roles de modo que todos tengan un turno en cada rol. Los facilitadores permanecen con los grupos para ver si están haciendo bien la actividad.

Desarrollo

El 'trabajador de salud' escucha los puntos de vista y las preocupaciones de la 'gestante' sobre la lactancia. Conversa con ella sobre la importancia de la lactancia y de algunas prácticas que pueden ayudar a establecer la lactancia en los primeros días. La Lista de Chequeo Prenatal puede ayudar al 'trabajador de salud' a recordar los puntos a tratar.

El 'observador' debe mirar y notar si el 'trabajador de salud':

- Usa preguntas abiertas para animar a hablar a la madre,
- Responde a la mujer devolviendo el comentario, elogiándola y usando otras habilidades de consejería cuando sea apropiado,
- Proporciona información correcta de una manera fácil de entender que incluye la importancia del amamantamiento para la madre así como para el bebé y alguna información sobre por qué se recomiendan esas prácticas,
- Ofrece oportunidades para que la mujer haga preguntas o discuta la información después.

Luego las 3 personas discuten las habilidades que se usaron y la información dada.

- **Discusión de Taller**

  ¿Cómo pueden las gestantes hablar sobre la lactancia si el tiempo es limitado en el control prenatal o si las mujeres no acuden a su control?
  ¿Cuándo son apropiadas y factibles las charlas individuales?
  ¿Cuándo deben darse las charlas en grupos?
  ¿Si se dan charlas en grupo, cómo pueden los servicios prenatales ayudar a asegurar que las gestantes escuchen todo lo que necesitan saber sobre la alimentación de sus bebés?
  ¿Qué le dice a una mujer que ha salido VIH-positiva en la prueba de laboratorio, sobre la alimentación de su bebé?
  ¿Qué, si la mujer no quiere escuchar ninguna información?

- **Verificación del aprendizaje**

  ¿Qué información necesita Ud. tratar con una mujer durante su embarazo, que la ayude con la alimentación de su bebé?
  Enumere 2 prácticas prenatales útiles para la lactancia y 2 prácticas que pueden ser dañinas.

Lista de Chequeo Prenatal – Alimentación Infantil

Todo lo siguiente debe tratarse con todas las gestantes a las 32 semanas de embarazo.
El trabajador de salud que da la información debe firmar y poner la fecha en el formulario.

Nombre:

Fecha probable de parto:

Tópico	Discutido o anote si la madre declinó la discusión	Firma	Fecha
Importancia de la lactancia exclusiva para el bebé (Protege contra muchas enfermedades tales como infecciones respiratorias, diarrea, infecciones del oído; ayuda al bebé a crecer y desarrollar bien; proporciona todo lo que el bebé necesita los primeros seis meses, cambia con las necesidades de los bebés, los bebés que no son amamantados tienen mayor riesgo de enfermedad)			
Importancia de la lactancia para la madre (Protege contra el cáncer de mama, de ovario y de fracturas en la edad avanzada, ayuda a la madre a formar una relación estrecha con el bebé, la lactancia artificial cuesta dinero)			
Importancia del contacto piel a piel inmediatamente después del parto (Mantiene al bebé tibio y tranquilo, promueve el apego, ayuda al inicio de la lactancia materna)			
Importancia de la buena colocación y agarre (La buena posición y el buen agarre ayudan al bebé a conseguir bastante leche y evitan los pezones y pechos dolorosos en la madre. Ayuda a aprender cómo la lactancia está disponible …)			

Tópico	Discutido o anote si la madre declinó la discusión	Firma	Fecha
Empezar bien la lactancia materna - Lactancia a demanda - Saber cuándo un bebé esta tomando suficiente leche - Importancia del alojamiento conjunto/ mantener al bebé cerca - Problemas con el uso de chupones y biberones			
No se necesitan otros alimentos ni bebidas los primeros 6 meses – sólo la leche de la madre **Importancia de continuar la lactancia después de los 6 meses mientras se dan otros alimentos**			
Riesgos y peligros de no amamantar - Pérdida de protección de enfermedades y de dolencias crónicas - Contaminación, errores de preparación, - Costos, - Dificultad de revertir la decisión de no amamantar			
Otros puntos tratados y el seguimiento o referencia que se necesiten.			

CAPÍTULO 6

EL INICIO DE LA LACTANCIA

Objetivos:

Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Conocer cómo las prácticas durante el trabajo de parto y el parto pueden favorecer o dificultar la lactancia;
2. Comprender la importancia del contacto precoz para la madre y el bebé, el 4° Paso de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño;
3. Identificar las barreras más frecuentes para el contacto piel a piel adecuado y cómo superarlas;
4. Realizar un adecuado apoyo y ayuda efectiva para el inicio precoz de la lactancia materna;

Materiales:

- El inicio de la lactancia del CD interactivo.
- Video "El arrastre al pecho" del CD interactivo.
- Video: "Nacimiento de Marcos en el Hospital Acuario mediante cesárea" del CD interactivo.

EL INICIO DE LA LACTANCIA
La lactancia materna y las prácticas del parto – Paso 4

Pregunte ¿Cuándo se inicia la lactancia?
Espere algunas respuestas.

> *La lactancia materna se inicia antes de que nazca el bebé.*
>
> *Michel Odent*

Las hormonas segregadas por la madre y el feto durante el trabajo de parto y el parto juegan un rol importante, en la interacción madre-bebé y en el inicio de la lactancia.

La beta-endorfina que aumenta durante el parto, tanto en la madre como en el feto, es un opiáceo natural que contrarresta el dolor y estimula la secreción de prolactina. La prolactina promueve la producción de leche materna, la maduración del pulmón fetal y relaja a la madre.

La oxitocina, que estimula las contracciones uterinas, produce el reflejo de eyección de leche e induce una conducta maternal, aumenta mucho durante el trabajo de parto, pero es lábil a estímulos externos y a los sentimientos de la mujer.

Si la mujer se siente insegura, temerosa y observada, con muchas personas alrededor que no respetan su intimidad, se libera adrenalina y se inhibe la secreción de oxitocina y de endorfinas, dificultando el proceso fisiológico del parto e interfiriendo con el inicio de la lactancia. La luz y el frío tienen también ese efecto.

Al proporcionarle seguridad, apoyo emocional, comodidad y privacidad a la mujer durante el trabajo de parto, se permite la liberación de las hormonas que favorecen el parto y la lactancia.

1. PRÁCTICAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO QUE FAVORECEN O DIFICULTAN EL CONTACTO PRECOZ Y EL INICIO DE LA LACTANCIA

A. Prácticas que favorecen el inicio de la lactancia

Pregunte: ¿Qué prácticas durante el trabajo de parto y el parto podrían ayudar al contacto precoz de madre y bebé y al buen inicio de la lactancia?
Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 6/1: Prácticas durante el trabajo de parto y el parto que favorecen el inicio de la lactancia

- Apoyo emocional: Ayudar a la mujer a sentirse segura, protegida y dispuesta a interactuar con su bebé.
- Presencia de un acompañante de su confianza.
- Libertad de movimientos durante el trabajo de parto.
- Parto natural, sin medicación ni intervenciones innecesarias.
- Alimentación ligera y líquidos durante el trabajo de parto temprano.
- Privacidad, tranquilidad y evitar la luz intensa y el frío.
- Atención por una persona apropiadamente capacitada.
- Precauciones universales, para prevenir las infecciones.
- Asistencia del parto en posición vertical, cuclillas o semisentada.
- Pinzamiento del cordón umbilical cuando haya disminuido el latido.

Muestre la Diapositiva 6/2 Prácticas durante el trabajo de parto y el parto que favorecen el inicio de la lactancia

Apoyo durante el trabajo de parto

Debe permitirse un acompañante, que sea de la confianza de la mujer, durante el trabajo de parto y el parto. Puede ser su madre, el padre del bebé, un miembro de la familia, una amiga, o un miembro del personal de salud. Deberá permanecer continuamente con la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Pregunte: ¿Qué apoyo puede proporcionar el acompañante durante el trabajo de parto y el parto?
Espere algunas respuestas.

- Ofrecer alimentos ligeros y líquidos en el trabajo de parto temprano.
- Controlar la ansiedad, el dolor, el miedo y el estrés, con métodos no farmacológicos como:

- Consolar y dar seguridad en forma verbal y física.
- Reforzar la confianza de la madre en su cuerpo y en sus capacidades enfocándose en lo bien que está progresando.
- Ayudar a movilizarse, sostener la mano.
- Dar masaje, compresas o baño con agua tibia.
- Ayudar en los ejercicios de relajación.
- Alcanzar ropa fresca.
- Procurar un ambiente tranquilo, con luz baja y tan poca gente como sea posible.

Está demostrado que el apoyo adecuado de un acompañante, resulta en:
- Menor duración del trabajo de parto.
- Menos uso de drogas analgésicas que le lleguen al bebé.
- Reducción de la necesidad de intervenciones médicas como instrumentación y cesárea.
- Menor riesgo de sufrimiento fetal y hospitalización neonatal.
- Menos depresión puerperal, mayor autoestima de la mujer.
- Lactancia materna precoz, frecuente y más prolongada.
- Más fácil apego con el bebé.

En algunos países ya existe personal especialmente preparado para apoyar a la mujer durante el embarazo, el parto y la lactancia, que a veces reciben el nombre de Doulas, palabra griega que significa "mujer que ayuda a otra mujer".

Comidas ligeras y líquidos durante el trabajo de parto y después del parto
Pregunte: ¿Qué efectos puede tener dar alimentos ligeros y líquidos?
Espere algunas respuestas.

- La mujer necesita energía para el trabajo de parto y el parto. No hay evidencia de que el ayuno en el trabajo de parto sea beneficioso en mujeres de bajo riesgo y puede ser preocupante para la mujer. Debe permitírsele decidir si quiere comer o beber.
- Los líquidos intravenosos sólo deben usarse si existe una clara indicación médica. La sobrecarga de líquido intravenoso puede llevar a disbalance electrolítico y gran pérdida de peso en el bebé. La cánula intravenosa puede limitar el movimiento de la mujer.
- Después de un parto normal, una mujer puede tener hambre y debería tener acceso a alimentarse, aún si da a luz durante la noche.

B. Prácticas que dificultan el inicio de la lactancia
Pregunte: ¿Qué prácticas durante el trabajo de parto y el parto pueden dificultar el contacto temprano madre-bebé y el inicio de la lactancia?
Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 6/3: Prácticas durante el trabajo de parto y el parto que dificultan el inicio de la lactancia

- Falta de apoyo.
- Posición en decúbito dorsal durante el trabajo de parto y el parto.
- Medicamentos para el dolor, cánulas intravenosas, monitoreo electrónico fetal continuo, episiotomía, cesárea, instrumentación y otros procedimientos invasivos* usados rutinariamente sin razones médicas.
- Reposo gástrico en el trabajo de parto temprano.
- Presencia innecesaria de personas.
- Ruidos o voces altas.
- Ambiente frío y con luz intensa.

*Los procedimientos invasivos incluyen exámenes vaginales, amniocentesis, cordocentesis o tomar muestras de la placenta, ruptura artificial de membranas y transfusiones sanguíneas.

Analgesia y anestesia

Pregunte: ¿Por qué es preferible usar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor que los medicamentos?

Espere algunas respuestas.

Los medicamentos para el dolor pueden aumentar el riesgo de:

- Trabajo de parto prolongado.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Separación de madre y bebé después del parto.
- Somnolencia del recién nacido y dificultad para despertarlo.
- Disminución del reflejo de succión.
- Demora en el inicio del contacto con el bebé y de la lactancia materna.
- Menor ingesta de leche materna con aumento del riesgo de hipoglicemia, ictericia, y poca ganancia de peso.

Otras prácticas del parto

Pregunte: ¿Qué efectos pueden tener otras prácticas del parto que dificultan la relación con el bebé y que deben ser evitadas a menos que haya una razón médica?

Espere algunas respuestas.

- La posición en decúbito dorsal permite que el útero comprima los grandes vasos, disminuyendo la oxigenación del feto durante el proceso de parto.
- El monitoreo electrónico fetal continuo no ha disminuido las muertes perinatales y ha aumentado la tasa de cesáreas y de partos instrumentados. Impide la movilidad de la paciente.

- La episiotomía resultará en dolor y dificultad para sentarse durante los primeros días después del parto. Si la mujer está adolorida, anímela a echarse para amamantar.
- El parto instrumentado (forceps o vacuum) puede ser traumático y resultar en problemas de alimentación.
- Pinzar el cordón antes de tiempo puede disminuir la volemia y el hierro de reserva del recién nacido.
- Succionar las secreciones al bebé puede dañar la mucosa de nariz y boca y dificultar la lactancia.

Cesárea

Pregunte: ¿Qué efecto podría tener la cesárea en una madre y su bebé respecto a la lactancia materna?

Espere algunas respuestas.

- La madre probablemente:
  - está asustada y estresada,
  - tiene una cánula intravenosa y un catéter urinario,
  - está confinada a la cama, con restricción de movimientos,
  - tiene restricción de la ingesta de líquidos y alimentos, por lo que tendrá menos energía para cuidar a su bebé,
  - recibe anestésicos y analgésicos, que pueden sedar a la madre y al bebé,
  - tiene alteración de los niveles de oxitocina y prolactina,
  - tiene dolor de la herida,
  - está en mayor riesgo de infección y sangrado,
  - puede ser separada de su bebé,
  - tiene una sensación de fracaso, porque no fue capaz de tener un parto natural.
  - necesitará más tiempo de recuperación y de hospitalización.

- El bebé también es afectado por la cesárea,
  - tiene alto riesgo de no amamantar o de amamantar poco tiempo,
  - puede necesitar aspiración de las secreciones, lo que puede dañarle las mucosas,
  - puede estar sedado debido a los medicamentos de la madre,
  - puede tener dificultad respiratoria,
  - es menos probable que tenga contacto temprano,
  - es más probable que reciba suplementos,
  - es más probable que reciba cuidados en la sala de bebés, aumentando el riesgo de infección cruzada así como de restricción del amamantamiento.

Las prácticas que interfieren con el trabajo de parto y con el parto, tienen efecto sobre la madre y el bebé. Pueden dificultar el contacto temprano, el vínculo afectivo y la lactancia. Sólo deben usarse si son médicamente necesarias.

2. IMPORTANCIA DEL CONTACTO PRECOZ

El contacto precoz y la lactancia en la primera hora son conductas naturales para las que el lactante está preparado.

Muestre la Diapositiva 6/4: Contacto piel a piel

Contacto piel a piel

Cuando al nacer un niño es colocado desnudo, en decúbito prono, sobre la madre, presenta llanto fuerte y actividad motora aumentada, pero luego se calma, abre los ojos, - es capaz de seguir con la mirada y voltear a la voz- en **un estado de alerta ideal para establecer el vínculo con la madre y el inicio de la lactancia**. Permanece tranquilo unos minutos y luego se ponen en acción el reflejo de búsqueda, movimientos mano-boca y otros reflejos que le ayudan a reptar hacia el pecho de su madre, guiado por el olor de la areola, para succionar espontáneamente el pecho – dentro de los primeros 70 minutos - con un agarre correcto.

La succión estimula la secreción de oxitocina y de prolactina de la madre, así como de hormonas intestinales del bebé para la digestión del calostro y de endorfinas que le producen calma y placer.

La oxitocina hace que la madre sienta apego hacia su bebé, además de estimular la contracción uterina y producir el reflejo de eyección de la leche.

La prolactina promueve la producción de leche, la conducta maternal y relaja a la madre.

El niño nace con la capacidad de buscar el pecho de su madre por sí mismo y lactar espontáneamente. Basta con ponerlo desnudo sobre su madre.

Muestre la Diapositiva 6/5: 4° Paso. Léalo en voz alta o pídale a un participante que lo haga.

El 4° Paso de los Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa establece:

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera media hora después del nacimiento.

Para enfocarse en la importancia del contacto piel a piel y de la observación de la disposición del recién nacido, este paso se interpreta ahora como:

> Paso 4: ***Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo están sus bebés listos para amamantar, ofreciéndoles ayuda, si es necesaria.***

Muestre el Video "El arrastre al pecho"
Pida a los participantes que lo comenten.
Pregunte: ¿Cuáles son las prácticas importantes inmediatamente después del parto que pueden ayudar a la madre y al bebé?
Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 6/6: Contacto piel a piel

- Colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre, inmediatamente después del parto, aún antes del pinzamiento del cordón o tan pronto como sea posible en los primeros minutos, secándolo y cubriendo a ambos, madre e hijo, con un paño seco o una manta. Si es necesario, cubrir la cabeza del bebé con un gorro, para reducir la pérdida de calor.
- Disponer que este contacto piel a piel continúe por una hora o más, en forma ininterrumpida, sin prisas, respetando los tiempos del bebé.
- Favorecer la lactancia, cuando el recién nacido muestre disposición, sin forzarla.

Importancia del contacto piel a piel: Ventajas

- Calma a la madre y al bebé y ayuda a estabilizar la frecuencia cardiaca y respiratoria del bebé.
- Mantiene la temperatura del bebé con el calor del cuerpo de la madre.

> *Los bebés en contacto piel a piel regulan mejor su temperatura que aquellos en una incubadora o bajo un calefactor.*

- Ayuda a la adaptación metabólica y a la estabilización de la glicemia del recién nacido.
- Reduce el llanto del bebé, disminuyendo así el estrés y el uso de energía.
- Permite la colonización del recién nacido con bacterias de la madre, dado que ella es la primera persona con la que tiene contacto.
- Facilita el apego y el vínculo afectivo entre la madre y su bebé.

- Disminuye las tasas de descuido, maltrato y abandono infantil.
- Permite el inicio precoz de la lactancia, lo que es más probable que resulte en una succión eficaz, que cuando el bebé es separado de su madre en las primeras horas.
- La succión del calostro favorece la instalación de una flora intestinal benigna y el desarrollo intestinal. Proporciona factores inmunológicos, ayuda a eliminar el meconio, previniendo el aumento excesivo de bilirrubina.
- La lactancia precoz se relaciona con menos problemas de lactancia y periodo de amamantamiento más prolongado[4].

> *El contacto precoz con la madre y la lactancia espontánea en la primera hora después del parto, son un primer paso importante en el proceso del apego madre-niño, en la adaptación del recién nacido y aumenta el éxito en la lactancia*

Muestre la Diapositiva 6/7: Contacto piel a piel en prematuro
Todos los bebés y madres cuyas condiciones lo permitan, se deben beneficiar del contacto piel a piel inmediatamente después del parto.
Si por alguna razón, no es posible iniciar el contacto madre-niño de inmediato, se debe propiciar en cuanto sea posible, explicando a los padres que podrán vincularse íntimamente, aunque quizás necesiten más tiempo y esfuerzo.

> *Los bebés que no estén estables inmediatamente después del parto, pueden tener el contacto piel a piel después, cuando estén estables.*

3. SUPERANDO LAS BARRERAS PARA EL CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL

Pregunte: ¿Cuáles podrían ser las barreras para asegurar que el contacto piel a piel sea la práctica de rutina después del parto y cómo podrían superarse estas barreras?
Espere algunas respuestas.

---

[4] **Información complementaria:** Christensson y col. compararon la evolución de la temperatura, la adaptación metabólica y el llanto de un grupo de 25 recién nacidos que había permanecido sobre su madre desde el nacimiento, con otro grupo de 25 recién nacidos que se separó de su madre desde el principio y estuvo en una cuna. Fueron estudiados durante los primeros 90 minutos después del parto. El grupo que disfrutó del contacto piel a piel recuperó antes su glicemia y su equilibrio ácido-base y lloró significativamente menos. Las temperaturas axilares y cutáneas fueron significativamente más altas en el grupo piel con piel.

Muchas de las barreras para un contacto piel a piel adecuado se relacionan a prácticas comunes más que a preocupaciones médicas.

- **El bebé "necesita" succión buco-faríngea al nacer.** Durante los primeros minutos hay un aumento normal de secreciones bucales, que un recién nacido vigoroso, puede deglutir o eliminar, más aún si es colocado en decúbito prono sobre su madre. La aspiración de secreciones no sólo no es necesaria en la gran mayoría de recién nacidos sino que puede causar daño de las mucosas o apnea refleja.
- **El bebé puede "aspirarse" la leche.** Los recién nacidos no necesitan "suero" para "probar" su capacidad para succionar o deglutir. En la rara situación en la que el bebé tenga una anormalidad para succionar, el calostro (una sustancia fisiológica natural) ofrece menos riesgo para los pulmones del bebé que una sustancia extraña como agua o fórmula artificial.
- **El bebé puede enfriarse.** La madre proporciona el calor necesario para mantener la estabilidad térmica del bebé. Las mujeres que acaban de dar a luz tienen 1°C más en el pecho y pueden aumentar su temperatura hasta en 2°C para calentar al bebé. Si la temperatura del ambiente es adecuada, hay un buen contacto piel a piel y se ha secado al bebé previamente, el bebé aumentará su temperatura progresivamente en el transcurso de una hora.
- Adicionalmente debemos mencionar que la temperatura de la sala de partos debe ser idealmente de 24 a 28°C, un ambiente en el que un adulto se siente cómodo con ropa de algodón, con manga corta. Si la temperatura es menor, debe abrigarse a la madre y al niño juntos, manteniendo el contacto piel a piel y al bebé se le puede colocar un gorro.

El contacto debe ser 'piel a piel', cubriendo a la madre y al bebé juntos.
Es un error vestir al niño, la ropa no produce calor, sólo impide su pérdida.

- **El bebé puede hacer hipoglicemia.** El recién nacido en contacto piel a piel eleva su glicemia antes que el que es separado de su madre. Además, gracias a que el calostro tiene un alto nivel de grasa, lipasa y carnitina, puede obtener cuerpos cetónicos, mediante la lipólisis y la oxidación de ácidos grasos facilitada por la carnitina, y utilizarlos como sustrato alternativo para el metabolismo cerebral. La formula artificial suprime la cetogénesis, bloqueando el mecanismo natural que protege al neonato del daño que puede causar la hipoglicemia.

La leche materna induce una adaptación metabólica postnatal más rápida que la fórmula en el recién nacido y es el alimento de elección

- **El bebé necesita examen y procedimientos.** El examen minucioso y los procedimientos pueden postergarse hasta después de la primera mamada o pueden hacerse con el bebé sobre la madre, aunque es mejor tratar de no interrumpir el contacto madre-bebé.
- **El bebé debe ser vigilado.** Es cierto, pero puede vigilarse estando en contacto piel a piel con su madre.
- **La madre necesita ser suturada.** El contacto piel a piel tranquiliza y distrae a la madre de la sutura, por lo que el bebé puede permanecer con su madre.
- **El bebé debe ser bañado.** Por el contrario, el baño debe ser postergado ya que retira el vernix de la piel del bebé, quitándole su lubricación y protección, además de poner en riesgo de hipotermia al recién nacido e interferir con la lactancia.
- **La sala de partos requiere ser ocupada.** La madre y el bebé pueden transferirse a la sala de puerperio en contacto piel a piel y este contacto puede continuar allí.
- **No hay personal para quedarse con la madre y el bebé.** Un miembro de la familia puede quedarse con la madre y el bebé.
- **El bebé no está alerta.** Si un bebé esta soñoliento debido a medicación materna es aún más importante que el bebé tenga contacto ya que necesita apoyo extra para el apego y la alimentación.
- **La madre está cansada.** Raramente una madre está tan cansada que no quiera tener a su bebé. El contacto con su bebé puede ayudar a la madre a relajarse.
- **La madre no quiere tener a su bebé.** Si una madre no desea tener a su bebé puede ser que esté deprimida y hay un mayor riesgo de abandono, negligencia o abuso del bebé. Estimular el contacto es importante, ya que puede reducir estos riesgos, pero debe estar presente una persona para animar a la madre a sostener al bebé y para la protección del mismo.
- **La madre es VIH positiva.** Cargar al bebé no está implicado en la transmisión del VIH. Para una madre con VIH es importante cargar, abrazar y tener contacto físico con su bebé. Debe disponerse del alimento de reemplazo para el bebé que no amamantará y debe comenzarse con pequeñas cantidades[1].
- **La madre no desea amamantar.** A menos que haya una razón médica conocida para no amamantar, (por ejemplo que la mujer sea VIH-positiva) todas las madres deben ser animadas para que el bebé succione el pecho. Si la madre tiene un fuerte deseo personal de no amamantar, puede decirlo en este momento.
- **La madre tuvo gemelos.** Generalmente, el primer recién nacido puede tener contacto piel a piel hasta que la madre empiece el trabajo de parto para el segundo parto. El primer gemelo puede ser sostenido en contacto piel a piel por un miembro de la familia para un contacto tibio mientra el segundo gemelo nace. Luego, los dos niños pueden ser sostenidos por la madre en contacto piel a piel y ayudados a lactar cuando estén listos.

- El bebé nació por cesárea.

Pregunte: ¿Cómo puede Ud. ayudar a una madre y a su bebé a iniciar la lactancia materna después de una cesárea?

Espere algunas respuestas.

El contacto piel a piel se puede realizar en sala de operaciones con la colaboración de ginecólogos y anestesiólogos, quienes deben instalar los electrodos y el campo operatorio de manera que el bebé pueda ser colocado sobre su madre. La madre deberá tener un brazo libre para poder abrazar al bebé. La presencia de una persona que brinde apoyo es importante para ayudar a sostener al bebé. Esto puede hacerse aunque la madre esté soñolienta o bajo la influencia de la anestesia.

Si la madre no está en condiciones para tener a su bebé en contacto piel a piel en la sala de operaciones, el padre u otro miembro de la familia puede hacerlo, lo que ayuda a mantener al bebé tibio y cómodo mientras espera que la madre salga a la sala de recuperación, en donde deberá realizarse el contacto de inmediato, con la ayuda necesaria.

> *El contacto precoz y el apoyo al amamantamiento pueden ser prácticas de rutina también después de una cesárea.*

Muestre el Video: "Nacimiento de Marcos en el Hospital Acuario mediante cesárea"

Pida que lo comenten.

Si se posterga el contacto hasta que la madre esté en sala de recuperación, el bebé debe ser envuelto de manera que sea fácil desnudarlo después para el contacto piel a piel con su madre, en cuanto sea posible.

> *Puede ser útil añadir un item a la historia clínica para registrar la hora en que el contacto piel a piel comenzó y la hora en que terminó. Esto indicará que el contacto es tan importante como otras prácticas de las cuales se requiere un registro.*

4. AYUDANDO A INICIAR LA LACTANCIA

Pregunte: ¿Cómo puede Ud. ayudar a iniciar el amamantamiento?
Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 6/8: Cómo ayudar

¿Cómo ayudar en la primera mamada?

- **Ayudar a la madre a reconocer las conductas o signos pre-mamada.** Cuando la madre y el bebé permanecen tranquilamente en contacto piel a piel, el bebé típicamente presenta una serie de conductas pre-mamada, que pueden durar una hora o más. Es necesario respetar los tiempos del recién nacido. Las conductas pre-mamada pueden incluir:
  - un corto descanso en estado alerta para adaptarse a los alrededores nuevos,
  - llevar sus manos a la boca, hacer movimientos de succión, tocar el pezón con la mano,
  - enfocarse en el área oscura del pecho, que actúa como un punto de atracción,
  - moverse hacia el pecho y hacer movimientos de búsqueda con la boca,
  - encontrar el pezón y prenderse con la boca ampliamente abierta
- **Ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda para amamantar.** La madre no necesita sentarse ni moverse de alguna otra manera para amamantar. Es el bebé el que encuentra el pecho y succiona.
  En caso de cesárea, mientras haya una persona que brinde apoyo, el bebé puede ponerse al pecho aún si la madre está soñolienta por la anestesia. La cánula intravenosa puede necesitar algún ajuste para permitir colocar el bebé al pecho.
- **No presionar a la madre o al bebé** tratando que el bebé tome el pecho antes de que esté listo, ni introduciendo el pecho a la boca del bebé. Hacerlo puede interferir con los reflejos del recién nacido, alterar la colocación de la lengua en la boca y dar lugar a un agarre ineficaz del pecho.

> *¡Forzar el amamamantamiento se relaciona con mayores dificultades para la lactancia!*

- **No dar alimentos pre-lácteos** Dar alimentos distintos al calostro, aunque sea en pequeñas cantidades, puede aumentar el riesgo de alergia o infección en el recién nacido.

El calostro es el primer alimento perfecto para el recién nacido y es todo lo que el bebé necesita los primeros días

- **No separar a la madre y al bebé** ni siquiera por corto tiempo. La separación del bebé en ese momento se relaciona también con mayor incidencia de problemas de lactancia.
- **No molestar a la madre o al bebé** queriendo observar cuán pronto se lleva a cabo la primera mamada, cuánto dura, cuán bien prendido está el bebé o cuánto calostro toma. La primera succión del pecho debe considerarse un conocimiento o una presentación del pecho, más que una alimentación.
  El uso rutinario de oxitocina sintética y ergometrina no es necesario cuando una madre está amamantando después del parto.

Rol del personal de salud en el contacto piel a piel

- *Proporcionar tiempo y una atmósfera de calma.*
- *Ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda.*
- *Señalar las conductas positivas del bebé tales como estado de alerta, movimientos de búsqueda.*
- *Reforzar la confianza de la madre.*
- *No apresurar al bebé a agarrar el pecho ni empujar el pecho dentro de la boca del bebé.*
- *Respetar los tiempos del bebé para avanzar y tomar el pecho por sí mismo.*

- Si un bebé no ha empezado a lactar en la sala de partos, asegúrese que el personal de la sala de puerperio lo sepa. Pídales que el contacto piel a piel continúe y que observen los signos de que el bebé está listo para mamar.
- En la segunda mamada puede proporcionarse más ayuda a la madre si necesita aprender sobre la posición, el agarre, los signos para mamar y otras habilidades.

Averigüe si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

- El Paso 4 de los Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa es interpretado ahora como:
  Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciéndole ayuda, si es necesaria.
- Las prácticas que pueden ayudar a la mujer a sentirse competente, apoyada y lista para interactuar con su bebé, ayudan a poner este paso en acción.
- Las prácticas que apoyan incluyen: un acompañante que brinde apoyo durante el trabajo de parto, limitar las intervenciones invasivas, poner atención a los efectos del alivio del dolor, ofrecer comida ligera y líquidos, evitando cesáreas innecesarias y facilitando el contacto precoz madre-niño.
- Se debe realizar el contacto piel a piel ininterrumpido, sin prisas, entre la madre y el bebé sano. Comenzarlo inmediatamente o tan pronto como sea posible en los primeros minutos después del nacimiento. El bebé debe estar desnudo y la madre y el bebé deben cubrirse juntos. Proveer este contacto durante una hora o más después del parto, hasta que se realice la primera mamada.
- Muchas de las barreras para el contacto piel a piel se relacionan a prácticas comunes que pueden superarse.
- El contacto precoz y el apoyo al amamantamiento pueden hacerse también después de una cesárea.
- Se debe animar a la madre a responder a los signos de que el bebé está listo para ir al pecho.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 6:
EL INICIO DE LA LACTANCIA

1. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

A. Prácticas del trabajo de parto y del parto que apoyan la lactancia precoz

El bebé de Miriam está por nacer. Ella acude al establecimiento de salud materno-infantil. La hermana de Miriam va con ella. Miriam quiere que su hermana se quede con ella durante el trabajo de parto y el parto.
¿Qué le respondería Ud?

Miriam pregunta sobre el alivio del dolor y su efecto sobre el bebé y la lactancia.
¿Qué puede decirle Ud.?

Miriam está progresando bien en el trabajo de parto temprano y no hay problemas médicos. Ella pregunta si puede continuar tomando agua.
¿Qué efecto puede tener dar o suspender el líquido sobre el trabajo de parto de Miriam?

B. Importancia del contacto precoz

Miriam tiene a su bebé. Es un niño saludable.
¿Qué haría Ud. inmediatamente después del parto, si hubiera recibido al bebé?

C. Maneras de apoyar la lactancia después de una cesárea

Miriam y su bebé están felices ahora con su contacto y lactancia tempranos. Ambos están descansando en la sala de puerperio. Sin embargo, Fátima llega ahora a la maternidad. Faltan algunas semanas para que nazca su bebé pero hay algunas dificultades. El médico decide que el bebé de Fátima debe nacer por cesárea

¿Qué efecto podría tener la cesárea en Fátima y su bebé respecto a la lactancia materna?

El bebé de Fátima nació, 4 semanas antes de la fecha probable y es pequeño, pero su respiración está estable. Se lo han dado a Fátima para el contacto piel a piel. Esto ayudará a su respiración y temperatura.
Pregunte:¿Cómo puede Ud. ayudar a Fátima y a su bebé a iniciar la lactancia materna después de una cesárea?

D. ¿Cómo ayudar al inicio de la lactancia precoz?

Haga una lista de 4 prácticas del trabajo de parto o del parto que puedan ayudar a la madre y al bebé a conseguir un buen comienzo de la lactancia materna.

Haga una lista de 3 maneras de ayudar a la madre con la lactancia, durante y después de una cesárea.

Nombre 3 posibles barreras para el contacto precoz piel a piel y cómo puede superarse cada una.

2. DISCUSIÓN EN TALLER - MADRES QUE NO PUEDEN AMAMANTAR

Discutir cómo podrían darse al bebé los alimentos de reemplazo en las primeras horas después del parto.

3. PRÁCTICA INDIVIDUAL O POR PARES – CONTACTO PIEL A PIEL

Preparación:
Debe tenerse en cuenta que el contacto piel a piel requiere intimidad, por lo cual es importante que no ingresen a la sala más de 1 ó 2 personas, previa autorización y que observen con discreción y en silencio.

Materiales:
Lista de Chequeo de Prácticas del Parto (Ver al final de esta sección).

Desarrollo:

Observe a la madre y al bebé en contacto piel a piel pronto después del parto. ¿Qué conductas del bebé ve Ud. que lo conducen a ir hacia el pecho?

Lista de chequeo de las prácticas del parto

Nombre de la Madre: _____

Fecha y Hora del Nacimiento del bebé:_____

Tipo de parto:
___ Vaginal : Natural ___ Vacuum ___ Forceps ___
___ Cesárea con anestesia epidural/raquídea
___ Cesárea con anestesia general

Contacto Piel a piel:
Hora de inicio: _____ Hora del término: _____ Duración del contacto: _____

Razón para terminar el contacto piel a piel: _____
_____

Hora de la primera mamada del bebé: _____

Fecha y hora de la ayuda ofrecida en la segunda mamada: _____

Notas:
_____
_____
_____

El contacto piel a piel inmediatamente después del parto:

- mantiene al bebé tibio,
- calma a la madre y al bebé y regula la respiración y la frecuencia cardiaca.
- coloniza al bebé con las bacterias corporales normales de la madre,
- reduce el llanto del bebé, reduciendo así el estrés y el uso de energía,
- permite al bebé encontrar el pecho y prenderse por sí mismo para empezar a mamar,
- facilita el apego y el vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

El recién nacido no necesita alimentos adicionales ni líquidos– sólo leche materna – incluso en climas cálidos.

CAPÍTULO 7

CÓMO AYUDAR CON LA LACTANCIA

Objetivos:

Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Explicar los pasos clave para la posición adecuada del bebé para una lactancia exitosa y las diferentes posiciones de la madre durante el amamantamiento.
2. Describir cómo evaluar una mamada;
3. Reconocer los signos de colocación y agarre;
4. Demostrar cómo ayudar a la madre a colocar su bebé al pecho;
5. Discutir cuándo ayudar con la lactancia

Materiales:

- Como ayudar con la Lactancia del CD interactivo.
- Ficha de observación de la mamada – una copia para cada participante.
- Cojines o almohadas o toallas o ropa enrollada.
- Silla baja o silla normal con taburete o caja pequeña, para apoyar los pies de la madre.
- Colchoneta o cama para demostrar la posición echada.
- Una muñeca por cada grupo de 4 participantes o por pareja.
- Modelo de pecho de tela por cada grupo de 4 participantes o por pareja.

Preparación para la demostración:

Pida a dos participantes que lo ayuden con las demostraciones. Explique que usted quiere que los participantes hagan el rol de una madre que necesita ayuda para colocar a su bebé. Una 'madre' estará sentada y otra 'madre' estará echada. Pida a cada 'madre' que elija un nombre para ella misma y para su 'bebé'. Ella puede usar su verdadero nombre si le parece. Siempre trate a su bebé 'muñeca' con suavidad ya que está representando la conducta que usted espera promover.

Practique hacer las demostraciones con los participantes como se dan en el texto, de modo que usted sepa cómo seguir los pasos. Será más fácil si un facilitador explica los puntos mientras otro facilitador ayuda a la "madre" en la demostración.

¿CÓMO AYUDAR CON LA LACTANCIA? - PASO 5

El éxito de la lactancia depende, en gran parte, de una técnica correcta de amamantamiento, ya que muchas veces se producen problemas por poner al bebé en forma inadecuada al pecho.
Una manera de prevenir estos problemas es permitir el agarre espontáneo del bebé al pecho durante el contacto piel a piel inmediatamente después del parto.
Muchas madres pueden necesitar ayuda del personal de salud en las siguientes mamadas, sobre todo si son primerizas, presentan molestias o están adoloridas. Una vez que se ha conseguido una posición y un agarre adecuados, la lactancia mejorará. Con la práctica, las madres podrán amamantar en diferentes posiciones y circunstancias.

1. POSICIÓN PARA EL AMAMANTAMIENTO

Posición de la Madre

- Hay muchas posiciones que una madre puede usar – por ejemplo, sentada en el suelo o en una silla, echada, de pie o caminando. La madre debe estar cómoda:
  - Con la espalda apoyada, si está sentada o echada.
  - Con los pies apoyados, si está sentada, de modo que no cuelguen o estén incómodos.
  - Sosteniendo el pecho, si es necesario.

Cualquiera que sea la posición de la madre, ella debe estar cómoda y relajada.

Posición del Bebé (demostrarla con una muñeca)

- **Posición**, significa la manera en que la madre sostiene al bebé para ayudarlo a agarrarse bien al pecho. Si el bebé está en mala posición, usted puede ayudar a la madre a poner al bebé de modo que él agarre mejor el pecho.
- **Agarre,** que se refiere al acoplamiento de la boca del bebé al pecho. Si el bebé tiene un buen agarre, y está succionando eficazmente, no interfiera con la manera cómo está lactando. Dígale a la madre qué puntos clave observa usted, para reforzar su confianza y su capacidad para evaluar cómo va la lactancia.

Más importante es el agarre que la posición del bebé, sin embargo, puede haber posiciones que dificulten la lactancia, principalmente en recién nacidos.

- El bebé puede estar también en diferentes posiciones, tales como a lo largo del brazo de la madre, debajo del brazo de ella o a lo largo de su costado (paralelo). Cualquiera que sea la posición, se usan los mismos **4 puntos clave** para ayudar al bebé a estar cómodo. El cuerpo del bebé necesita estar:
  - **alineado,** con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia delante;
  - **muy cerca** al cuerpo de la madre, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé;
  - con la cabeza y los hombros sostenidos y, si es recién nacido, todo el cuerpo **sostenido** o apoyado y
  - **frente** al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón).

La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar alineados, muy cerca y frente al cuerpo de la madre y apoyados o sostenidos.

Muestre el diapositivo 7/1 – Posiciones para amamantar
Brevemente señale cómo la madre está en diferentes posiciones. Sin embargo en cada posición el bebé está alineado, muy cerca, sostenido y frente al pecho.

Posición echada de costado

El cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre.
Tenga cuidado de que la nariz del bebé esté a la altura del pezón de la madre y que el bebé no necesite flexionar el cuello para alcanzar el pecho.

Esta posición ayuda a la madre a descansar y resulta cómoda después de una cesárea. La madre puede ponerse almohadas en la espalda o entre las piernas.

Posición de cuna (clásica)
Se sostiene al bebé sobre el antebrazo del mismo lado que el pecho del que va a mamar; la madre sostiene el pecho con la mano opuesta. El brazo inferior del bebé abrazando a la madre por el costado, no entre el pecho del bebé y la madre.
Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté tan lejos en la curva del brazo de la madre, que jale el pecho hacia un lado haciendo difícil mantenerse agarrado al pecho.
La madre estará más cómoda si eleva al bebé con almohadas, que soporten el peso del bebé, o si ella coloca los pies en un taburete y cruza la pierna.
Es la posición más usada después de los primeros días.

Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)
Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado.
La madre tiene buen control de la cabeza y del cuerpo del bebé de modo que puede ser útil también cuando está aprendiendo a amamantar.

La posición de cuna cruzada es útil para bebés que no tienen buen control de la cabeza, como bebés pequeños, prematuros o enfermos.

Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté demasiado apretada que impida el movimiento.

Posición bajo el brazo (de pelota de fútbol o de sandía)
Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar.

La posición bajo el brazo, o de sandía, es útil para gemelos o para ayudar a drenar todas las áreas del pecho.

Da a la madre una buena visión del agarre del bebé.
Tenga cuidado de que el cuello del bebé no esté flexionado, forzando el mentón hacia abajo del pecho.

Posición del trabajador de salud

- Usted no puede ayudar bien a la madre si usted mismo está en una posición incómoda. Si su espalda no está apoyada o su cuerpo está flexionado, usted puede tratar de apurar el proceso. Siéntese en una posición en la que usted esté cómodo y relajado, en una posición conveniente para ayudar.

> *El trabajador de salud debe estar en una posición cómoda para poder ayudar a la madre.*

2. ¿CÓMO EVALUAR UNA MAMADA?

- Evaluar una mamada puede:
  - ayudarlo a identificar y halagar lo que la madre y el bebé están haciendo bien;
  - darle información acerca de las dificultades actuales con el amamantamiento; y
  - destacar prácticas que, si no se cambian, pueden resultar en problemas después.
- Evaluar una mamada implica observar lo que la madre y el bebé están haciendo y escuchar lo que la madre dice. La madre puede sentirse mejor si usted le dice que le gustaría observar al *bebé* mamando, en vez de decirle que usted está observando lo que la *madre* hace.
- Si el bebé está envuelto en mantas gruesas, pida a la madre que se las quite de modo que pueda ver la posición del bebé.

> *La evaluación de una mamada ayuda a decidir si una madre necesita ayuda o no, y de qué forma se le puede ayudar.*

- Distribuya y explique la estructura de la Ficha de Observación de la Mamada. Pida a los participantes que la miren conforme usted explica.
- Muestre la Diapositiva 7/2: Ficha de observación de la mamada

- La Ficha de Observación de la Mamada puede ayudar al personal de salud a recordar qué buscar cuando observe y puede ayudar a reconocer las dificultades.

- La ficha se divide en secciones, cada una de las cuales tiene signos de que la mamada funciona bien y signos de posible dificultad. Al lado de cada signo se debe colocar una marca ✔ si se observa el signo. Si las marcas están en el lado izquierdo, la mamada probablemente está funcionando bien. Si hay marcas en el lado derecho, puede haber alguna dificultad que necesita tratarse.
- Mire a la madre en general:
  - ¿Qué nota en la madre – su edad, su apariencia general, su disposición para amamantar, si luce saludable o enferma, feliz o triste, cómoda o tensa?
  - ¿Ve usted signos de apego entre madre y bebé – contacto visual, sonrisa, lo sostiene con confianza, o no hay contacto visual y lo sostiene débilmente?
- Mire al bebé en general:
  - ¿Qué nota en el bebé – su aspecto general, su estado de salud, está alerta o somnoliento, calmado o llorando o cualquier condición que pueda afectar la mamada tal como obstrucción nasal, paladar hendido?
  - ¿Cómo responde el bebé – buscando el pecho cuando tiene hambre, acercándose a la madre o echándose hacia atrás?
- Cuando la madre se prepara para amamantar, ¿qué nota en sus pechos?
  - ¿Cómo lucen sus pechos y pezones – sanos o rojos, hinchados o agrietados?
  - ¿Dice ella que tiene dolor o actúa como si tuviera miedo de amamantar al bebé?
  - ¿Cómo sostiene ella su pecho en la mamada? ¿Sus dedos están obstaculizando que el bebé tome un gran bocado de pecho?
- Mire la posición del bebé para lactar:
  - ¿Cómo está colocado el bebé – cabeza y cuerpo (columna) alineados, cuerpo muy cerca, apoyado, frente al pecho y apuntando la nariz hacia el pezón? O ¿está el cuerpo del bebé alejado, no apoyado, el mentón hacia el pezón?
- Observe los signos de agarre durante la mamada:
  - ¿Usted puede ver:
    más areola sobre el labio superior del bebé que debajo;
    boca bien abierta;
    labio inferior hacia fuera, y
    mentón tocando el pecho?
- Observe la succión del bebé:
  - ¿Puede usted ver succiones lentas y profundas, con pausas? ¿Usted puede oir degluciones suaves o chasquidos, y ver que las mejillas del bebé están redondeadas y no chupadas hacia adentro durante una mamada?
  - Note cómo termina la mamada el bebé – ¿suelta el pecho por sí mismo o la madre lo retira? ¿luce contento?

- Pregunte a la madre cómo siente ella con el amamantamiento:
  - ¿Puede sentir signos del reflejo de oxitocina, por ejemplo: goteo u hormigueo?
  - ¿Hay alguna incomodidad o dolor?

Opcional: Aquí puede mostrar la Diapositiva 7/3: Buen agarre/Mal agarre.

3. RECONOZCA LOS SIGNOS DE COLOCACIÓN Y AGARRE

Muestre las diapositivas y pida a los participantes que recorran la Ficha de Observación de la Mamada, buscando los signos. Después de que hayan descrito los signos que pueden ver, mencione los que no hayan podido ver.
Usted no puede ver todos los signos en una foto; por ejemplo no puede ver el movimiento o cómo termina el bebé la mamada. Cuando usted ve madres y bebés reales, puede buscar todos los signos.

Muestre la Diapositiva 7/4: Evalúe una mamada Foto 1
Pida a los participantes que con ayuda de la Ficha de Observación de la Mamada digan qué signos pueden ver.

Dé a los participantes unos momentos para ver la foto y señalar los signos que vieron. Mencione los puntos que ellos no notaron.
Los signos que usted puede ver son:

Generales:
La madre luce saludable.
Ella está cómodamente sentada.
La madre está mirando de manera amorosa a su bebé.
El bebé luce saludable, calmado y relajado.
Sus pechos lucen sanos.
Ella no sostiene su pecho. Su pecho puede estar presionado inadecuadamente por su sostén o un corpiño que no se abre ampliamente.
Posición del Bebé:
La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.
El bebé no está cerca.
El bebé no está bien sostenido.
El bebé está frente a la madre.
Agarre del bebé:
Esta madre tiene una areola grande. Sin embargo, parece que el bebé no tiene un buen bocado de pecho en su boca.
La boca del bebé está abierta, pero no lo suficiente.
El labio inferior del bebé está hacia fuera.
El mentón del bebé no toca el pecho.
No vemos signos de succión en la foto.

Pregunte: Cuando le hable a la madre recuerde decir algo positivo antes de sugerir cambios. ¿Qué signos positivos puede señalar de la madre?
- Su bebé luce saludable y feliz amamantando.
- Ella parece amorosa con su bebé.
- El cuerpo del bebé está alineado y frente a la madre.

Pregunte: ¿Qué sugerencias podría dar a la madre?

- Puede sugerir a la madre que vuelva a colocar al bebé al pecho para una succión más eficaz.
- Puede ayudar si ella se quita el corpiño y el sostén de modo que el pecho esté menos presionado.
- Luego, ella puede sostener fácilmente su pecho con una mano y usar la otra mano y el brazo para acercar al bebé, de modo que éste pueda tomar un gran bocado de pecho.

Muestre la Diapositiva 7/5: Boca bien abierta
- Recuerde a los participantes cómo luce una boca bien abierta.

Muestre la Diapositiva 7/6: Evalúe una mamada Foto 2
Pida a los participantes que con ayuda de la Ficha de Observación de la Mamada digan qué signos pueden ver.
Dé a los participantes unos momentos para mirar la foto y señalar los signos que vieron. Mencione los puntos que ellos no notaron.
Los signos que usted puede ver son:

Generales:
En esta foto, usted no puede ver mucho de la madre o su posición.
Ella usa dos dedos en 'tijeras'para sostener su pecho. Es difícil mantener los dedos en esta posición por mucho tiempo y pueden resbalar más cerca del pezón, lo cual puede evitar que el bebé tome un gran bocado de pecho.
El bebé luce saludable, vigoroso. Sin embargo, parece tenso. (Note la mano en cerrada en puño).
Posición del bebé:
La cabeza y el cuerpo del bebé no están alineados.
El bebé no está cerca.
El bebé no está bien sostenido.
El bebé está frente a la madre.
Agarre del bebé:
Usted no puede ver bien la areola en esta foto.
La boca del bebé no está bien abierta.
El labio inferior del bebé no está hacia fuera.

El mentón del bebé no toca el pecho.
No podemos ver signos de succión en una foto.
Pregunte: ¿Qué signos positivos puede usted indicar de la madre?
- Su bebé luce saludable.
- Ella parece amorosa con su bebé.
- El cuerpo del bebé está frente a la madre.

Pregunte: ¿Qué sugerencias podría darle a la madre?
- Podría sugerir que la madre vuelva a colocar al bebé para una succión más eficaz.
- Si ella sostiene al bebé más cerca y más arriba con su cuerpo apoyado (podría ser con una toalla enrollada o una almohada), el bebé podría llegar al pecho sin esforzarse, sosteniendo su cabeza por atrás.
- Sostener el pecho con su mano 'en C' puede facilitar al bebé tomar un gran bocado de pecho.

Muestre las Diapositivas 7/7 y 7/8 ¿Cómo luce el pezón al terminar la mamada?.
Espere algunas respuestas.
(Foto 3: Luce aplastado; Foto 4: Luce aplanado lateralmente)
El pezón luce deformado, aplastado, lo cual es un signo de mal agarre.

Las fotos mostraron signos que podrían mejorarse. Sin embargo, recuerde que muchas madres y bebés lactan sin dificultades. Note los signos de la mamada que están bien, no sólo los signos de posible dificultad.

4. AYUDE A UNA MADRE A APRENDER A COLOCAR A SU BEBÉ AL PECHO

- El objetivo de ayudar a la madre es que ella pueda colocar y prender su bebé al pecho por sí misma.

> *Si el trabajador de salud puede colocar al bebé al pecho de la madre, pero ella no es capaz de hacerlo por sí misma, no se ayuda a reforzar la confianza de la madre.*

- Recuerde estos puntos cuando ayude a una madre:

> *- Siempre observe a la madre amamantando antes de ayudarla.*
> *- Ofrezca ayuda a la madre sólo si tiene alguna dificultad.*
> *- Deje que la madre haga todo lo que pueda por sí misma.*
> *- Alabe lo que la madre y el bebé están haciendo bien.*

- **Ayude cuanto sea posible sin tocar a la madre o al bebé.** Si usted necesita mostrarle a la madre cómo hacerlo, hágalo con su propio cuerpo. Si es necesario, usted puede usar su mano para guiar suavemente el brazo y la mano de ella.
- **Hable acerca de los puntos clave que la madre pueda ver cuando amamante** – en línea, cerca, apoyado y frente a la madre, de modo que la madre sea eficiente y confíe en sí misma.
- **Asegúrese de que ella comprende,** de modo que pueda hacerlo por sí misma.

• Todas las madres no son iguales. Algunas madres y bebés necesitarán más tiempo para aprender a lactar y algunas madres pueden necesitar sólo unas palabras para reforzar su confianza.
El personal de salud necesita observar y escuchar a la madre para proveer el apoyo psicológico y la ayuda práctica, según sea necesario.

Demuestre cómo ayudar a una madre que está sentada

- *Explique a la 'madre' de manera que refuerce su confianza y la ayude a comprender, para que los participantes puedan ver cómo se usan las buenas técnicas de comunicación. Cuando explique un punto a los participantes, sepárese ligeramente de la madre y enfrente a los participantes, para dejar bien claro que usted les está hablando a ellos y no a la madre.*

Pida a su ayudante que se siente en la silla o en la cama que usted ha dispuesto. Ella debe cargar a la muñeca transversal a su cuerpo, de la manera usual, pero en una mala posición, como practicaron previamente; sosteniéndola débilmente, apoyando sólo la cabeza, con su cuerpo lejos de ella, de manera que tiene que inclinarse hacia adelante para poner el pecho en la boca del 'bebé'.
Dígale que usted le preguntará cómo le va con la lactancia y ella debe decir que es doloroso cuando el bebé succiona.

- *Señale estos puntos:*
  • Ustedes verán ahora la demostración de cómo ayudar a una madre en posición sentada.
  • Cuando usted ayude a una madre:
  - **Salude** a la 'madre', preséntese y pregúntele su nombre y el nombre de su bebé.
  - **Pregúntele a ella cómo está** y haga una o dos preguntas abiertas acerca de cómo le va con la lactancia.
  - **Pregúntele si usted puede ver cómo lacta su bebé,** y pídale que lo ponga al pecho de la manera usual.
  - **Siéntese,** de modo que usted también esté cómodo y relajado, en una posición conveniente para ayudar.
  - **Obsérvela** amamantar por unos pocos minutos.

- *Vaya a través de estos pasos – salude, pregunte, observe – con la 'madre de la demostración'.*
- *Luego, explique a los participantes:*

• Cuando usted observe la mamada, recorra la Ficha de Evaluación de la Mamada.

Observe:

- a la madre y al bebé en general
- los pechos de la madre
- la posición y el agarre del bebé durante la mamada
- la succión del bebé

• Pregunte a la madre cómo siente la lactancia.

• En esta demostración, podemos ver que la madre está inclinada sobre el bebé, el bebé está echado de espaldas, lejos del cuerpo de la madre y sólo la cabeza del bebé está apoyada. La madre dice que siente dolor cuando el bebé succiona.

Si la madre tiene alguna molestia o dolor en sus pechos, entonces el bebé no está bien agarrado del pecho.

• Después de que usted ha observado la mamada:

- **Dígale algo halagador.** [Por ejemplo: "A su bebé realmente le gusta su leche, ¿no?"]
- **Explíquele qué puede ayudar y pregúntele si le gustaría que se lo demuestre.** Si ella acepta, usted puede comenzar a ayudarla. [Por ejemplo: "La lactancia puede ser menos dolorosa si (el nombre del bebé) toma un bocado más grande de pecho cuando succiona. ¿Le gustaría que le demuestre cómo?"]
- *Vaya a través de los pasos – diga algo halagador, explique y ofrezca ayuda – con la 'madre de la demostración'.*
- *Señale a la 'madre' los puntos que siguen y ayúdela a hacer cada sugerencia antes de ofrecer la siguiente sugerencia o instrucción. La 'madre' se sienta en posición cómoda y relajada (como usted decidió cuando practicó).*

Al ayudar a una madre, recuerde seguir los siguientes pasos: salude, pregunte, observe, diga algo halagador, explique y sugiera.

- *Ayude a la 'madre' a sostener al bebé usando los 4 puntos clave para que el bebé esté cómodo: alineado, cerca, frente al pecho y apoyado.*

- Muéstrele cómo sostener el pecho con su mano al ofrecérselo a su bebé:
  - apoyando sus dedos en la pared toráxica bajo el pecho, de modo que el dedo índice forma un soporte para el pecho,
  - usando el pulgar para presionar ligeramente la parte superior del pecho. Esto puede mejorar la forma del pecho, para facilitar un buen agarre. Sin embargo, esta presión debe ser suave y no siempre en la misma área,
  - asegurando que los dedos no estén cerca del pezón, de modo que no impidan al bebé tomar un gran bocado de pecho.

La madre no debe sostener el pecho muy cerca del pezón.

Usted puede preferir usar un modelo de pecho de tela si la "madre" no quiere sostener el pecho en la sesión.

- Luego ayude al bebé a aproximarse al pecho y a agarrarse:
  - tocando los labios del bebé con el pezón, de modo que el bebé abra su boca.
  - espere hasta que la boca del bebé esté bien abierta y luego mueva al bebé hacia el pecho. La boca del bebé necesita estar bien abierta para tomar un buen bocado de pecho.
  - dirigiendo el labio inferior del bebé bien por debajo del pezón de modo que su mentón y el labio inferior toquen el pecho antes que el labio superior.
  - llevando el bebé al pecho. La madre no debe moverse ella misma ni mover el pecho hacia su bebé.

Es importante usar los reflejos del bebé, para que abra bien la boca antes de acercarlo al pecho y que él mismo tome una buena porción de pecho dentro de su boca.

Explique a los participantes:

- Trate de no tocar a la madre o al bebé, pero si fuera necesario:
  - ponga su mano sobre la mano o brazo de ella, de modo que sostenga al bebé a través de ella,
  - sostenga al bebé por la espalda – *no por la parte posterior de la cabeza.*

Si se presiona la parte posterior de la cabeza del bebé hacia adelante, él puede reaccionar empujando su cabeza hacia atrás y negándose a mamar.

- El pecho no necesita apartarse de la nariz del bebé. Si le preocupa que la nariz del bebé esté demasiado cerca, jale las caderas del bebé más cerca al cuerpo de la madre. Esto inclina la cabeza del bebé ligeramente hacia atrás y la nariz del bebé se aleja del pecho.

> *Los bebés pueden respirar muy bien sin necesidad de mantener el pecho alejado de su nariz.*

- Note cómo responde la madre a los cambios que usted sugiere.
  - *Pregunte a la 'madre' de la demostración cómo siente ahora la mamada. El participante que hace de 'madre' debe decir, "¡Oh, se siente mejor!"*
  - *Señale estos puntos a los participantes:*
- Si usted mejora el mal agarre de un bebé, a veces la madre espontáneamente dice que se siente mejor.
- Si la madre siente que la succión no le incomoda y ella luce feliz, su bebé está probablemente bien agarrado al pecho. La lactancia no produce dolor. Si la succión es incómoda o dolorosa, su bebé probablemente no está bien agarrado.
- Busque todos los signos de buen agarre (los cuales por supuesto usted no puede ver en la muñeca). Si el agarre no es bueno, pruebe otra vez.
- Generalmente toma varios intentos conseguir que un bebé se agarre bien al pecho. Usted necesita trabajar con la madre otra vez, un poco más tarde o al día siguiente, hasta que la lactancia vaya bien.
- Si ella tiene dificultad en una posición, trate de ayudarla a encontrar otra posición que sea más fácil o más cómoda para ella.
  - *Concluya la demostración. Diga a la 'madre' de la demostración algo como:*

    "Esa nueva posición parece ser más cómoda para usted y su bebé. ¿Probará usted amamantar de esa manera en la próxima mamada y hacerme saber cómo va?"
  - *Agradezca a la 'madre' de la demostración por su ayuda.*

Demuestre cómo ayudar a una madre que está acostada

Pida a su ayudante que demuestre la lactancia echada de la manera que practicaron. Ella debe echarse apoyada en un codo, con el bebé (muñeca) lejos del cuerpo, sostenida débilmente en la cama.

- *Explique a los participantes:*

- Ahora ustedes verán cómo ayudar a una madre que está amamantando echada.

De modo similar a la última demostración:

- *salude a la madre y preséntese,*

- *pregúntele a ella cómo le va con la lactancia. (La 'madre' debe decir que es dolorosa).*
- *pregúntele si usted puede ver a su bebé amamantar,*
- *observe una mamada,*
- *diga algo halagador, (Por ejemplo,* "Echarse para lactar es una buena manera de descansar.")

Explique a los participantes:

- Con esta madre de demostración, observamos que la madre está echada con su cabeza sobre su codo. Esta posición debe ser incómoda después de unos minutos. El bebé está echado lejos de la madre y no está bien sostenido.
- Después explique lo que puede ayudar.
  - *Hable a la 'madre' de demostración:*
    Por ejemplo, "Sería más cómodo si usted estuviera en una posición ligeramente diferente y su bebé más cerca de su cuerpo. ¿Le gustaría que le muestre cómo?".
  - *Señale estos puntos a la 'madre' y ayúdela a seguir cada sugerencia antes de ofrecerle la siguiente sugerencia.*
- Para relajarse, la madre necesita echarse de costado en una posición en la que pueda dormir. Apoyarse en un codo no es relajante para la mayoría de las madres.
- Colocar ropa enrollada o almohadas bajo la cabeza y entre sus rodillas pueden ayudarla. Su espalda también necesita apoyo. Esto puede hacerse sobre la pared cercana a la cama o con ropa enrollada o ¡con su esposo!
  - *Muestre a la madre cómo sostener a su bebé. Muéstrele qué hacer, si es necesario.*
- Señale a la madre los **cuatro puntos clave** sobre la posición del bebé: en línea, cerca, la cara frente al pecho y apoyado. Ella puede apoyar la espalda del bebé sobre su brazo inferior.
- Ella puede sostener su pecho si es necesario, con la mano superior. Si no sostiene su pecho, ella puede sostener a su bebé con su brazo superior.
- Muéstrele cómo ayudar al bebé a acercarse y prenderse al pecho.
- Una razón común para la dificultad en el agarre cuando se está echada es que el bebé está demasiado 'alto', (demasiado cerca al hombro) y la cabeza del bebé tiene que doblarse para alcanzar el pecho.
- Note cómo responde la madre a los cambios que usted sugiere.
  - *Pregunte a la 'madre' cómo siente ahora la mamada. El participante que hace de 'madre' debe decir, "¡Oh, se siente mejor!"*
  - *Concluya la demostración. Diga a la 'madre' algo como:*
    "Esa nueva posición parece ser más cómoda para usted y su bebé. ¿Tratará usted de amamantar de esa manera en la próxima mamada y decirme cómo le va?"
  - *Agradezca a la madre de la demostración por su ayuda.*
    Si tiene tiempo, puede demostrar cómo ayudar a una madre en otras posiciones tales como sostener al bebé bajo el brazo.

5. ¿CUÁNDO AYUDAR CON LA LACTANCIA?

- El bebé encuentra el pecho en la primera hora después del nacimiento y puede succionar en ese lapso. Este debe ser un momento relajado sin poner énfasis en la posición de la madre y del bebé, ni en ayudar con la mamada. Con frecuencia la madre y el bebé duermen unas cuantas horas después de ese momento inicial.

> *En la primera mamada, durante la hora siguiente al parto, no debe molestarse a la madre ni al bebé.*

- Cuando el bebé despierta de nuevo, unas horas más tarde, es un buen momento para ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda y ayudarla a colocar y prender el bebé al pecho, si necesita ayuda. Recuerde observar primero.

> *En la segunda mamada puede dársele ayuda a la madre, sólo si la necesita.*

- Ayude a la madre a colocar a su bebé y no coloque usted al bebé.

> *La madre debe poder colocar al bebé al pecho por si misma*

- Si el bebé es un bebé a término, sano no hay necesidad de despertarlo en las primeras horas. Si el bebé fue expuesto a sedación durante el trabajo de parto, es pretérmino, pequeño para su edad gestacional o en riesgo de hipoglicemia, puede necesitar ser despertado después de 3 horas y animado a lactar.

Pregunte si hay algunas preguntas. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

Colocando el bebé a mamar

- Posición de la madre
  - Cómoda con la espalda, los pies y el pecho apoyados según se necesite.
- Posición del bebé
  - La cabeza y el cuerpo del bebé alineados
  - El cuerpo del bebé muy cerca al cuerpo de la madre, llevar el bebé al pecho
  - El bebé sostenido – cabeza, hombros y, si es recién nacido, todo el cuerpo
  - Frente al pecho, con la nariz del bebé opuesta al pezón.
- Posición del ayudante
  - Cómodo y relajado, no doblado sobre el bebé.

Evaluando la mamada

- Observe:
  - a la madre y al bebé en general
  - los pechos de la madre
  - la posición del bebé
  - el agarre durante la mamada
  - la succión del bebé
- Pregunte a la madre cómo siente ella la lactancia.

Ayudando a una madre a aprender a colocar a su bebé al pecho

- Siempre observe a una madre amamantando antes de ayudarla.
- Dé a la madre ayuda sólo si hay alguna dificultad.
- Deje que la madre haga todo lo que pueda por sí misma.
- Asegúrese que ella comprende de modo que ella pueda hacerlo por sí misma.

RESUMEN

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA MAMADA

Nombre de la madre _____ Fecha: _____

Nombre de la bebé _____ Edad del bebé _____

Signos de que la lactancia funciona bien	Signos de posible dificultad
GENERAL *Madre:* - Madre luce saludable - Madre relajada y cómoda - Signos de apego entre madre y bebé	 *Madre:* - Madre luce enferma o deprimida - Madre luce tensa e incómoda - No contacto visual madre/bebé
Bebé: - Bebé luce saludable - Bebé calmado y relajado - Bebé alcanza o busca el pecho si tiene hambre	*Bebé:* - Bebé luce somnoliento o enfermo - Bebé inquieto y llorando - Bebé no alcanza ni busca el pecho
PECHOS - Pechos blandos, piel luce sana - No dolor ni incomodidad - Pecho bien sostenido con dedos lejos del pezón - Pezones salientes, protráctiles	 - Pechos lucen rojos, hinchados o fisurados - Pechos o pezones dolorosos - Pecho sostenido con dedos en la areola - Pezones aplastados, deformados, después de la mamada
POSICIÓN DEL BEBÉ - Cabeza y cuerpo del bebé alineados - Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre - Todo el cuerpo del bebé apoyado - Al aproximarse el bebé al pecho, la nariz apunta hacia el pezón	 - Cuello y cabeza del bebé torcidos para mamar - Bebé separado de la madre - Sólo apoyados la cabeza y el cuello - Al aproximarse el bebé al pecho, el labio inferior/menton hacia el pezón
AGARRE DEL BEBE AL PECHO - Más areola sobre el labio superior del bebé - Boca del bebé bien abierta - Labio inferior volteado hacia afuera - Mentón del bebé toca el pecho	 - Más areola debajo del labio inferior del bebé - Boca del bebé no está bien abierta - Labios hacia delante o hacia adentro - Mentón del bebé no toca el pecho
SUCCIÓN - Mamadas lentas y profundas, con pausas - Mejillas redondeadas cuando succiona - El bebé suelta el pecho cuando termina - Madre nota signos del reflejo de oxitocina	 - Mamadas rápidas superficiales - Mejillas chupadas hacia adentro - La madre retira al bebé del pecho - No nota signos del reflejo de oxitocina
NOTAS:	

Adaptado, con autorización, de la ficha del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia " de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992

EJERCICIOS

CAPÍTULO 7:
¿CÓMO AYUDAR CON LA LACTANCIA? - PASO 5

1. JUEGO DE ROLES - AYUDANDO A UNA 'MADRE'

Materiales
Una copia para cada participante de "Ayudando a una madre a colocar a su bebé al pecho" (Ver al final de esta sección).
Una muñeca por cada grupo de 4 participantes o por pareja
Modelo de pecho de tela por cada grupo de 4 participantes o por pareja

Preparación
Divida a los participantes en grupos de 4 participantes con un facilitador. Pídales hacer turnos trabajando en parejas para ayudar a una "madre" a colocar a su bebé al pecho.
Los "trabajadores de salud" deben ir a través de cada paso cuidadosamente, de modo que puedan recordarlos cuando ayuden a una madre real en la práctica clínica. Los otros participantes en el grupo pequeño observan y después ofrecen sugerencias.
Asegúrese de que cada participante haga el papel del trabajador de salud que ayuda a la madre. Anime a los participantes a usar diferentes posiciones de amamantamiento.

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

- ¿Cuáles son los cuatro puntos clave a buscar respecto a la posición del bebé?

- Usted observa a Diana amamantar a su bebé de 4 días de edad. ¿Qué busca usted que le indique que el bebé está succionando bien?

AYUDANDO A UNA MADRE A COLOCAR A SU BEBÉ AL PECHO

- Salude a la madre y pregúntele cómo le va con la lactancia.
- Siéntese usted en una posición cómoda, conveniente.
- Evalúe una mamada.
- Note lo positivo y diga algo para halagar a la madre.
- Si usted nota una dificultad, explíquele a la madre qué puede ayudar y pregúntele si le gustaría que se lo mostrara.
- Asegúrese que ella está en una posición cómoda y relajada.
- Explíquele cómo sostener a su bebé y demuéstrelo si es necesario.

Los **cuatro puntos clave** son:
- la cabeza y el cuerpo del bebé alineados rectos,
- el cuerpo del bebé cerca al cuerpo de ella,
- sosteniendo todo el cuerpo del bebé (si es recién nacido),
- la cara del bebé frente al pecho y la nariz del bebé frente al pezón.

- Muéstrele cómo sostener su pecho:
  - con sus dedos contra la pared del tórax debajo de su pecho;
  - con su dedo índice debajo, sosteniendo el pecho;
  - con el pulgar arriba;
  - sus dedos no deben estar demasiado cerca al pezón.
- Explíquele o muéstrele cómo ayudar al bebé a agarrar el pecho:
  - toque los labios del bebé con el pezón;
  - espere hasta que la boca del bebé esté bien abierta;
  - mueva al bebé rápidamente hacia su pecho, dirigiendo el labio inferior del bebé por debajo del pezón.
- Note cómo responde la madre y pregúntele cómo siente ahora la succión del bebé.
- Busque signos de buen agarre – se ve más areola sobre el labio superior del bebé, la boca bien abierta, el labio inferior hacia fuera, el mentón tocando el pecho. Si el agarre no es bueno, inténtelo de nuevo.

CAPÍTULO 8

SI EL BEBÉ NO PUEDE MAMAR

Objetivos:

Al completar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir por qué es útil la extracción manual de leche y cómo enseñar a la madre a hacerla.
2. Saber cómo conservar la leche extraída.
3. Explicar cómo administrar la leche extraída con taza, suplementador de lactancia y otros métodos.
4. Conocer el uso seguro de la leche de otra madre.

Materiales:

- Si él bebe no puede mamar del CD interactivo
- Modelo de mama
- Muñeca mediana ó grande
- Taza pequeña, abierta y, sin bordes afilados – Puede usarse una taza de medicina, una taza para huevo o una pequeña taza de té o un vaso.
- Suplementador de lactancia, ya sea de fabricación casera o un dispositivo comprado, si se usan localmente.
- Material impreso:
  - Extracción de leche.
  - Cómo alimentar a un bebé con taza.
  - Uso del suplementador de lactancia.

Opcional

* Demostración de alimentación con taza durante la Práctica Clínica 3. Si una madre y su bebé están dispuestos a acudir al taller, puede hacerse la demostración como parte de esta sesión.

* Si se tiene "Bombas de leche" puede hacer una demostración, así también infórmese si están disponibles localmente. No es recomendable invitar a representantes de compañías para dar esta demostración, dado que será una opinión parcializada.

SI EL BEBÉ NO PUEDE MAMAR – PASO 5

Extracción, conservación y administración de la leche materna

Hay muchas situaciones en las cuales la extracción de leche materna es útil e importante para permitir a la madre iniciar la lactancia o para continuarla.

> *El Paso 5 de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa establece:*
> ***Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún cuando tengan que separarse de sus hijos.***

1. APRENDIENDO A EXTRAER LECHE

Por qué aprender a extraer leche manualmente

Muestre la Diapositiva 8/1: Extracción manual ¿Por qué aprender?

Pregunte: ¿Por qué puede ser útil para una madre saber cómo extraerse la leche manualmente?

Espere algunas respuestas.

- Puede ser útil saber cómo extraer leche manualmente para:
  - Aliviar la ingurgitación, un conducto obstruido o para tratar un pezón doloroso aplicando algunas gotas de leche final en el pezón.
  - Animar a un bebé a lactar. Exprimir leche:

  - en el pezón de modo que el bebé puede olerla y saborearla
  - directamente en la boca del bebé si el bebé tiene una succión débil o
  - para ablandar la areola de un pecho lleno de modo que el bebé puede agarrarse.
- Mantener la producción de leche cuando el bebé no mama o para aumentar la producción de leche.
- Colectar leche si el bebé no puede mamar, si el bebé es pequeño y se cansa rápidamente, si la madre y el bebé tienen que separarse o para donarla a un banco de leche.
- Pasteurizar la leche para el bebé como una opción si la madre es VIH positiva y no se dispone del alimento artificial.

- Muchas madres prefieren la extracción manual a usar una bomba porque:
  - No necesitan transportar un aparato y no hay partes que se suelten o se rompan.
  - Puede ser muy eficaz cuando adquieren práctica.
  - Prefieren la estimulación piel a piel a sentir el plástico y el sonido de una bomba.
  - Es usualmente más suave que una bomba, particularmente si el pezón es doloroso.
  - Hay menos riesgo de infección cruzada, dado que no se usa equipo que puedan usarlo otras madres.

¿Cómo extraer leche manualmente?

Todos los trabajadores de salud que tienen a su cargo madres que amamantan, deben ser capaces de enseñarles cómo extraer su leche.

- Es más fácil aprender a extraer leche manualmente cuando el pecho está suave que cuando está ingurgitado y sensible.

Muestre la Diapositiva 8/2: Extracción manual: Lavarse las manos

- **Previamente a la extracción, deben considerarse las medidas higiénicas:**
  - Lavado de manos con agua y jabón, incluyendo cepillado de uñas
  - Lavado del recipiente colector, con agua jabonosa caliente y enjuague con agua hirviendo. El envase debe ser de boca ancha y con tapa.
  - No es necesaria la limpieza previa de los pezones, a excepción del baño diario. Tampoco es necesario descartar las primeras gotas de leche.
  - Recomendar a la madre no hablar, durante la extracción, y tocar sólo el recipiente (por fuera) y los pechos.

Muestre la Diapositiva 8/3: Extracción manual - Pasos clave -

- Los pasos clave para extraer leche manualmente son:
  a. Estimular el reflejo de oxitocina
  b. Localizar los conductos lácteos.
  c. Comprimir el pecho sobre los conductos.
  d. Repetir en todas las partes del pecho.

- Si esta disponible puede entregar el material impreso; EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE, que está al final de este capítulo.

- *Use el modelo de pecho mientras explica los pasos.*

a. Estimular el reflejo de oxitocina

Pregunte: ¿Por qué es útil estimular el reflejo de oxitocina antes que la madre se extraiga la leche?

Es importante estimular el reflejo de oxitocina para hacer que la leche fluya del pecho.

Pregunte: ¿De qué forma se puede estimular el reflejo de oxitocina? ¿Qué técnicas conocen ustedes que se usen en su comunidad para hacer que la leche fluya?
Espere algunas respuestas y complete las que no han sido mencionadas.

Una madre puede ayudar a estimular al reflejo de oxitocina:

- Estando cómoda y relajada.
- Pensando en el bebé o mirándolo (incluso en una fotografía) o tocándolo, si es posible
- Calentando el pecho, con compresas húmedas, tibias.
- Dando masajes suaves al pecho (en círculos y/o radiales como "peinando"), toques suaves y ligera sacudida.
- Enrollando suavemente el pezón entre el pulgar y el índice.
- Tomando una bebida agradable.

Con la práctica, las madres pueden estimular el reflejo de oxitocina más fácilmente. Cuando una madre está acostumbrada a extraer su leche, puede no necesitar estimular el flujo de leche.

b. Localizar los conductos lácteos

Pida a la madre palpar suavemente el pecho, a 3-4 cm. detrás del pezón, hasta que encuentre un lugar donde sienta diferente el pecho. Ella puede describir que se siente como una cuerda con nudos o una fila de arvejas.

Estos son los conductos de leche. La madre debe colocar el pulgar encima de los conductos y el dedo índice en el lado opuesto. Ella puede sostener el pecho con los otros dedos de esa mano o con la otra mano.

c. Comprimir el pecho sobre los conductos

Pida a la madre presionar suavemente el pulgar y los dedos ligeramente hacia atrás, hacia las costillas. Luego que presione el pulgar y el índice juntos, comprimiendo el conducto lácteo entre ellos. Esto ayuda a que la leche fluya hacia el pezón. Ella suelta la presión y repite el movimiento de comprimir y soltar hasta que la leche empieza a gotear (eso puede tomar unos minutos). El calostro puede salir en gotas, ya que es espeso y en pequeña cantidad. Posteriormente, la leche puede salir a chorro después que funciona el reflejo de oxitocina.

d. Repetir en todas partes del pecho

Cuando el flujo de leche disminuye, la madre mueve su pulgar e índice alrededor del borde de la areola hacia otra sección y repite el movimiento de presionar y soltar. Cuando el flujo cesa, ella cambia al otro pecho y repite, si es que va a extraer leche de ambos pechos.

La madre puede hacer una pausa para hacer un masaje de nuevo. Ella puede ir de un pecho a otro, si es necesario.

No es necesario que el profesional de salud toque los pechos de la madre cuando le enseña la extracción manual de leche. Ella debe hacerlo por sí misma.

¿Cuándo extraer leche?

Si el bebé no es capaz de succionar - está enfermo o nació con bajo peso, por ejemplo- se debe empezar lo más pronto posible después del parto, dentro de las 6 primeras horas, de preferencia.

Para iniciar la lactancia de un bebé que no puede succionar, debe extraerse la leche lo más pronto posible después del parto.

La madre que quiere extraerse leche para alimentar a su hijo cuando ella tenga que ausentarse, para trabajar o estudiar, debe empezar a extraerse leche, por lo menos 15 días antes, para adquirir práctica.

¿Cuánto tiempo extraer leche?

La duración de la extracción depende de por qué la madre está extrayendo leche.

- Si es para obtener calostro para su bebé que no puede succionar, debe extraer durante 5-10 minutos para conseguir una cucharadita de calostro. Pueden salir sólo unas gotas pero estas son preciosas para el bebé. Recuerde que el estómago del bebé es muy pequeño y lo que necesita son pequeñas cantidades de calostro frecuentemente, cada 1-2 horas. Una manera práctica de recoger el calostro es en una jeringa, directamente del pezón. Un mililitro puede parecer bastante en una pequeña jeringa.
- Si es para aumentar la producción de leche, debe extraer durante cerca de 20 minutos, por lo menos 6 ó más veces en 24 horas incluyendo al menos una vez en la noche, de modo que el tiempo total de extracción sea mínimo 100 minutos en 24 horas.
- Si sólo quiere ablandar la areola para ayudar al bebé a agarrarse al pecho, puede necesitar comprimir sólo 3 ó 4 veces.
- Si es para destapar un conducto obstruido, ella debe comprimir y dar masaje hasta que la masa desaparezca. A veces es necesario repetir el procedimiento en varias ocasiones, para que se resuelva la obstrucción.
- Si es para que le den la leche a su bebé cuando ella esté en el trabajo, debe determinar el tiempo de extracción según el flujo de leche y la cantidad necesaria para satisfacer las necesidades del bebé. Algunas madres pueden conseguir la cantidad de leche que necesitan en 15 minutos y para otras puede tomar 30 minutos.
- Una madre puede extraer de un pecho mientras alimenta al bebé del otro pecho.

Puntos importantes:

• No desestime las pequeñas cantidades que la madre extraiga.

> *Aún muy pequeñas cantidades de leche materna extraída son valiosas ya que pueden darse al bebé.*

• Pueden necesitarse varios intentos antes de que se extraiga bastante leche. Anime a la madre a no rendirse si consigue poco o nada de leche en el primer intento. La cantidad de leche que se obtiene aumenta con la práctica.
• Explique a la madre que ella no debe apretar el pezón. Presionando o jalando el pezón no se obtiene leche, es doloroso y puede dañarlo.
• Explique a la madre que debe evitar deslizar o frotar sus dedos a lo largo del pecho cuando comprima. Esto también puede dañar el pecho.
• Con la práctica, una madre puede extraer leche de ambos pechos al mismo tiempo.
• Si la madre se extrae leche y amamanta a un bebé mayor (por ejemplo, si ella trabaja lejos del bebé), sugiera que extraiga primero y luego amamante

a su bebé. El bebé es capaz de conseguir la leche final rica en grasa, más eficientemente que extrayéndola.

La extracción de leche no debe causar dolor.

- Si al extraerse leche la madre manifiesta dolor, verifique las técnicas mencionadas arriba con la madre y obsérvela extrayendo leche.

Bombas de extracción de leche

- Demuestre el uso de las bombas que estén disponibles en su comunidad. Explique tanto el aspecto positivo como el negativo de su uso.

Es preferible que las madres aprendan cómo extraer leche manualmente ya que las bombas de extracción no siempre son prácticas y asequibles o están disponibles.

- Si las madres disponen de bombas de extracción en su área y si una madre en particular necesita una, ayúdela a escoger una bomba efectiva. Muéstrele cómo usar la bomba y siga las instrucciones del fabricante.
- Deben seguirse las medidas de higiene, como en la extracción manual. Además, se esterilizarán los recipientes y componentes del extractor, hirviéndolos en agua durante 10 ó 15 minutos, una vez al día.
- Es usualmente útil estimular el reflejo de oxitocina antes de la extracción con bomba, sentándose cómodamente con apoyo en la espalda y el brazo sosteniendo la bomba, con relajación, masaje y otras técnicas como se describieron en la extracción manual.
- Con algunas bombas eléctricas grandes es posible extraer de ambos pechos al mismo tiempo. La doble extracción aumenta el nivel de prolactina de la madre. Puede ser útil cuando se necesitan grandes volúmenes de leche o la madre tiene poco tiempo para la extracción.
- Use un nivel de presión negativa cómodo – más succión no saca más leche y puede dañar los pechos. Imite la acción del bebé – succiones iniciales cortas y rápidas seguidas por succiones más largas y más lentas. Con una bomba manual de cilindro, jale el cilindro para crear un nivel de succión cómodo y sostenga la succión hasta que fluya la leche. Si la leche fluye, la madre no necesita seguir bombeando.
- Si la madre consigue poco o nada de leche, verifique que la bomba funciona, verifique su técnica de extracción (incluyendo la estimulación del reflejo de oxitocina). No concluya que ella 'no tiene leche'.

- Asegúrese de que la madre es capaz de esterilizar la bomba si tiene la intención de darle la leche a su bebé.
- Evite las bombas tipo bulbo de jebe. Estas dañan los pezones de la madre, son difíciles de limpiar y no se puede usar la leche para alimentar al bebé.

Verifique la lista para escoger una bomba extractora

- ¿La madre encuentra que funciona bien?
- ¿Está fácilmente disponible y a un precio asequible?
- ¿Es cómoda de usar – posición del brazo, succión ajustable-?
- ¿Es el tamaño de la copa adecuado para el tamaño del pezón y del pecho?
- ¿Puede almacenarse la leche en un recipiente estándar o es necesario comprar recipientes especiales?
- ¿Cuál es el nivel de ruido cuando se usa?
- ¿Es segura de usar y fácil de limpiar y esterilizar?
- ¿Es fácil de armar con pocas partes?
- ¿Las instrucciones para su uso son claras?

2. CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- Idealmente, el bebé debe consumir la leche extraída tan pronto como sea posible, ya que la leche fresca conserva todas sus propiedades.
- Sin embargo, si se almacenan varios recipientes, cada uno debe etiquetarse con la fecha de extracción, para usar la leche más antigua primero.

Muestre las Diapositivas 8/4 y 8/5: Conservación de la leche

Conservación de la Leche Materna

Condición de la leche	Temperatura	Bebé saludable en casa	Bebé enfermo en el hospital
Fresca	25-37° C*	4 horas	No se recomienda
	15-25° C	8 horas	4 horas
	< 15° C	24 horas	4 horas
Refrigerada	2-4° C	8 días §	48 horas
Congelada	Congelador dentro de la refrigeradora	2 semanas	2 semanas
	Congelador parte de un congelador-refrigeradora (con puerta separada)	3 meses	3 meses
	Congelador profundo separado(- 20° C)	6 meses	3 meses
Descongelada	En la refrigeradora	24 horas (no recongelar),	24 horas (no recongelar),
	Recipiente en agua tibia para descongelar rápidamente	1 hora	1 hora

*La leche no debe conservarse a más de 37° C.
§ Coloque el recipiente de leche en la parte más fría del refrigerador o congelador. Muchas refrigeradoras no mantienen una temperatura constante. Así una madre puede preferir usar la leche dentro de los 3-5 días o congelar la leche que no será usada dentro de los 5 días, si tiene una congeladora.

- La congelación destruye los leucocitos y parte de las vitaminas. El contenido en lactoferrina, lisozima, inmunoglobulinas y fracción del complemento C3, después de la congelación durante 3 meses, no se altera.
  Cuando la leche se congela largo tiempo, puede tener un olor rancio. Esto se debe a la acción de las lipasas y se puede disminuir entibiando la leche antes de congelarla.
- La leche materna congelada puede descongelarse lentamente colocando el recipiente en la refrigeradora y usarse dentro de las 24 horas, o en otro recipiente con agua tibia y usarse, dentro de la hora, en cuanto esté tibia. No es recomendable hervir la leche ni calentarla en microondas ya que se destruyen algunas de sus propiedades y puede quemar la boca del bebé.

3. ALIMENTANDO AL BEBÉ CON LECHE MATERNA EXTRAÍDA

Pregunte: ¿Qué métodos conocen o usan para administrar la leche extraída?
Espere algunas respuestas.

- Los bebés que no son amamantados pueden ser alimentados por:
  - Sonda naso-gástrica u oro-gástrica
  - Jeringa o gotero
  - Cuchara
  - Extracción directa de leche en la boca del bebé
  - Taza (o vaso)

La necesidad de métodos de alimentación alternativos y la elección del método más adecuado deben evaluarse individualmente para cada madre y bebé.

- **La alimentación con sonda** es necesaria para bebés que no pueden succionar y deglutir. La grasa se puede pegar a un lado de la sonda disminuyendo así el nivel de energía de la toma recibida. Si se administra la leche en forma continua, incline el envase de la leche y coloque la salida de la sonda en el punto más alto en el envase de modo que la parte cremosa de la leche se tome primero.
- **Una jeringa o un gotero** pueden usarse para pequeñas cantidades de leche, por ejemplo, el calostro. Ponga una muy pequeña cantidad (no más de 0.5 ml por vez) en el carrillo del bebé y deje que el bebé la degluta antes de darle más.
  Si se pone la jeringa en el centro de la boca del bebé hay riesgo de que la leche caiga accidentalmente en la garganta cuando el bebé no está aún listo para deglutir. Algunos bebés succionan la jeringa como si fuera un chupón si está en el centro de su boca. Esto puede hacer que salga más leche de la que el bebé puede manejar y puede dificultar después la succión del pecho.
- **Alimentación con cuchara.** Es similar a la alimentación con jeringa en que se dan pequeñas cantidades. El bebé no puede controlar el flujo, de modo que hay riesgo de aspiración si se da la leche rápidamente.
  Dar grandes cantidades de leche con cuchara toma mucho tiempo. Esto significa que el cuidador del bebé puede cansarse antes de dar suficiente leche. Si se usa una cuchara grande, es similar a la alimentación con taza.
- **La extracción directa en la boca del bebé** puede animar al bebé a succionar. Algunas madres pueden usar la extracción directa para un bebé con paladar hendido.
  En todos los anteriores métodos de suplementar, el cuidador decide cuánto y cuán rápido beberá el bebé.

Alimentación con taza

- La alimentación con taza puede usarse para bebés que son capaces de deglutir pero que (todavía) no pueden succionar lo suficientemente bien para alimentarse

ellos mismos íntegramente del pecho. Pueden tener dificultad para prenderse bien del pecho o pueden prenderse del pecho por corto tiempo, pero se cansan rápidamente antes de obtener suficiente leche. A menudo un bebé de 30-32 semanas de gestación puede empezar a tener tomas de una taza.

- Muestre la Diapositiva 8/6 – Alimentación con taza

- Ventajas:
  - Es placentera para el bebé – no hay sondas invasivas en su boca.
  - Permite que el bebé use su lengua y que aprenda sabores.
  - Estimula la digestión del bebé.
  - Estimula la coordinación respiración/succión/deglución.
  - No es posible dejar una taza al lado de un bebé para que se alimente por sí mismo. La persona debe cargarlo y mirarlo, satisfaciendo esas dos necesidades del bebé.
  - Permite al bebé controlar la cantidad y velocidad de alimentación.
  - Una taza es más fácil de mantener limpia que un biberón y un chupón,
  - Es difícil transportar la taza con leche por tiempo prolongado, lo que facilitaría la contaminación – a diferencia del biberón -
  - Puede verse como un método de transición al amamantamiento y no como una 'falla' de amamantamiento.

La alimentación con taza permite al bebé controlar su propia ingesta, a diferencia de los otros métodos usados cuando el bebé no puede succionar.

- Desventajas:
  - La leche puede desperdiciarse si se chorrea (esto ocurre más con el recién nacido a término que con el prematuro).
  - Los bebés a término pueden llegar a preferir la taza si no toman pecho en forma regular.
  - Puede usarse en vez de la lactancia directa porque es fácil. Por ejemplo, una enfermera de cuidados especiales puede preferir alimentar con taza, en vez de traer a la madre de la sala de puerperio y ayudarla a amamantar a su bebé.

- La cantidad que un niño bebe varía de toma a toma – en cualquier método de alimentación. Si un bebé toma una pequeña cantidad, ofrezca la siguiente toma un poco antes, especialmente si el bebé muestra señales de hambre. Mida la ingesta del bebé en 24 horas, no en cada toma. Puede darse leche extra por sonda si el bebé es demasiado débil para tomar todo por taza.
- Si las madres no están acostumbradas a la alimentación con taza, necesitan información y ver a sus bebés alimentándose con taza. Debe enseñárseles el

método, haciéndolas practicar, de modo que sientan confianza para hacerlo por sí mismas.

- Una taza no necesita esterilizarse igual que un biberón y un chupón. Tiene una superficie lisa, abierta, que es fácil de limpiar lavándola en agua caliente jabonosa. Evite que tenga picos, tapas o superficies rugosas donde la leche pueda pegarse y permitir que las bacterias crezcan.
- Un bebé puede progresar de la alimentación con sonda, a la alimentación con taza y a alimentarse totalmente del pecho.

El bebé no necesita 'aprender' a alimentarse con biberón y chupón como parte de su desarrollo.

- Los bebés que usan biberón y chupón pueden perder interés en la lactancia. Los biberones y los chupones vienen en una amplia variedad de tamaños y formas. No hay un chupón que sea 'mejor' o más parecido al pecho de la madre.
- No siempre se dispone de agua limpia y combustible extra para limpiar los biberones y los chupones. Esto pone la salud del bebé en riesgo. Si la madre planeara usar biberones y chupones, se le debe instruir sobre los aspectos de salud y seguridad asociados a su uso.

  - Si esta disponible puede entregar el material impreso CÓMO ALIMENTAR A UN BEBÉ CON TAZA, que está al final de este capítulo.
    Demuestre cómo alimentar con taza usando una muñeca y los puntos del folleto.

  - Puede hacerse la demostración con la madre y su bebé, en este momento.

Suplementador de Lactancia

- Un suplementador de lactancia puede ser útil para asegurar que el bebé reciba suficiente leche mientras consigue succionar más tiempo o si tiene succión débil.

- Muestre la Diapositiva 8/7 – Suplementador de lactancia

- Un suplementador de lactancia es un dispositivo que permite dar leche extra mientras el bebé está al pecho, estimulando así la producción de leche, promoviendo la succión y permitiendo la cercanía de madre y bebé. Si el bebé no puede prenderse al pecho y succionar, este método no puede usarse.

Para usar un suplementador de lactancia el bebé debe ser capaz de succionar el pecho.

- Un suplementador de lactancia puede comprarse o hacerse en forma casera. Lea las instrucciones para usar un dispositivo comprado.
- Para usar el suplementador casero: Se pone el suplemento en una taza y una sonda fina va de la taza, a lo largo del pecho de la madre, a la boca del bebé. A la vez que el bebé succiona el pecho, obtiene el suplemento a través de la sonda.
- Es importante que el bebé obtenga la leche suficiente de manera rápida para que se sienta recompensado por estimular el pecho; pero no demasiado rápido, o no estimulará el pecho por un tiempo suficientemente largo.
- Levantar la taza hace que la leche fluya más rápido, haciendo más fácil que el bebé la obtenga. Bajar la taza hace que el flujo de la leche sea más lento.
- La sonda del suplementador necesita enjuagarse minuciosamente con agua, inmediatamente después del uso y luego esterilizarla, especialmente si el bebé es enfermo o prematuro; o enjuagarla y luego lavarla bien en agua jabonosa muy caliente para un bebé sano, mayor. Lavar la sonda es trabajo extra para la madre o el personal del hospital. La madre puede necesitar ayuda para usar este método. Considere si un método más simple tal como una taza podría ser adecuado.

- Si esta disponible puede entregar el material impreso; USO DEL SUPLEMENTADOR DE LACTANCIA, que está al final de este capítulo.

- Discuta más este método y muestre un suplementador si se usa en su hospital.

4. USO DE LECHE DE OTRA MADRE

- Si un bebé no puede alimentarse al pecho, la siguiente mejor elección es recibir la leche extraída de su propia madre. Si no se dispone de leche de la madre del bebé, la leche de otra madre (que sea VIH negativa) es más adecuada que la leche de vaca, cabra u otro animal o de una planta (leche de soya).

> *Si un bebé no puede mamar y no se dispone de la leche de su madre, la leche de otra mujer es mejor para él que la leche de un animal o una 'leche' vegetal.*

- Cuando una mujer amamanta a un bebé a quien no dio a luz, se le llama *nodriza, lactancia cruzada o compartida.* La leche extraída de otra madre es llamada *leche de donante.*
  Los beneficios de la leche de donante son similares a los de la leche materna: es específica de la especie, es fácil de digerir, promueve el crecimiento y el desarrollo de los órganos, y proporciona factores inmunológicos.
  Sin embargo, sin las precauciones adecuadas, hay riesgo de transmisión de ciertas infecciones. Por otro lado, la composición puede no ser exactamente

lo que el lactante necesita y, si la lactancia es directa (nodriza), podría afectar psicológicamente la vinculación madre-hijo.

Nodriza

- En algunas culturas, una familia puede buscar una nodriza si la madre muere o está muy enferma, si la madre va a estar lejos del bebé por un largo periodo o si la madre es VIH-positiva.

> *Si una madre planea recurrir a una nodriza, debe informársele los riesgos.*

- Si la razón para pedirle a otra mujer que amamante a un bebé es reducir el riesgo de que el bebé adquiera el VIH, la nodriza debe recibir consejería y hacérsele una prueba para demostrar que es VIH negativa. Si es sexualmente activa, debe también recibir consejería sobre prácticas de sexo seguro, de modo que no adquiera el virus posteriormente. La nodriza necesita tener apoyo y ayuda en la lactancia para establecer un buen amamantamiento.
- Es importante para la madre permanecer cerca al bebé y cuidarlo ella misma tanto como sea posible, de modo que se vincule con su bebé.

Leche de donante y leche tratada con calor

- El tratamiento con calor destruye los microorganismos en la leche materna. Una madre que es VIH positiva puede tratar su leche con calor en casa para reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé. La leche materna no debe ser tratada con calor a menos que sea necesario. La leche materna de una madre VIH negativa o sin prueba no necesita ser tratada con calor si es para su propio bebé. Calentarla disminuye algunos componentes anti-infecciosos y enzimas de la leche. Sin embargo, la leche materna tratada con calor sigue siendo superior a los sustitutos de la leche materna.

> *No trate con calor la leche de la propia madre del bebé salvo en caso que la madre sea VIH positiva.*

- Algunos lugares tienen bancos de leche materna para proporcionar leche para bebés prematuros o enfermos. Los bancos seleccionan a las donantes, no aceptando a las que tienen ciertas enfermedades o antecedentes de riesgo, o que consumen alcohol, tabaco o drogas. Además hacen cultivos bacteriológicos y pasteurización (tratamiento con calor) de la leche.
  Si se trata de prematuros, es mejor que reciban leche de madres de otros prematuros que hayan donado el exceso de leche que producen, aunque

algunos bancos no usan esta leche hasta que el hijo de la donante haya salido de alta y tenga una lactancia bien establecida.

La leche pasteurizada continúa teniendo propiedades nutricionales e inmunológicas. Retiene el 51-70% de la IgA y el 22-40% de la lactoferrina. Los factores de crecimiento, los ácidos grasos, incluyendo los poliinsaturados de cadena larga, son estables.

Usar leche de donante de banco es usualmente una opción a corto plazo, dado que el suministro puede ser limitado y deberá discutirse otra manera de alimentación.

Pregunte a los participantes si sabe dónde hay bancos de leche.
- Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

Aprendiendo la extracción manual de leche

- Puede ser útil saber cómo extraer manualmente la leche para:
  - Comodidad de los pechos,
  - Ayudar al bebé a amamantar,
  - Mantener la producción de leche,
  - Obtener leche si el bebé no puede amamantar o para otro bebé.
  - Pasteurizar la leche para el bebé, como opción de una madre VIH-positiva.
- Pasos clave para extraer leche son:
  - Estimular el reflejo de oxitocina, para que la leche fluya.
  - Localizar los conductos lácteos.
  - Comprimir el pecho sobre los conductos.
  - Repetir en todas las partes del pecho.
- La cantidad de leche que se obtiene aumenta con la práctica.

Conservación de la leche materna

- Debe disponerse de un recipiente previamente lavado con agua jabonosa caliente y enjuagado con agua hirviendo, que pueda mantenerse cubierto.
- El bebé debe consumir la leche extraída tan pronto como sea posible. Si no se utiliza, se debe conservar de acuerdo a las recomendaciones estándares.
- Si se almacenan varios recipientes, deben etiquetarse con la fecha de extracción y usarse la leche más antigua primero.

Alimentando al bebé con leche materna extraída

Los bebés que no son amamantados pueden ser alimentados por:

- Sonda naso-gástrica u oro-gástrica
- Jeringa o gotero
- Cuchara
- Extracción directa de leche en la boca del bebé
- Taza

- La necesidad de métodos de alimentación alternativos y el método más adecuado deben evaluarse individualmente para cada madre y bebé.
- La alimentación con taza puede usarse para bebés que pueden deglutir pero que (todavía) no pueden succionar lo suficientemente bien para alimentarse íntegramente del pecho. Un bebé de 30-32 semanas de gestación puede tener tomas de una taza.

RESUMEN

- Si las madres no están acostumbradas a la alimentación con taza, necesitan información y ver a sus bebés alimentándose con taza. El método debe enseñarse de manera que les dé confianza para hacerlo por sí mismas.
- Un suplementador de lactancia es un dispositivo que permite dar leche extra mientras el bebé está al pecho, estimulando así la producción de leche, promoviendo la succión y permitiendo la cercanía de madre y bebé.

Uso de leche de otra madre

Si la leche de la propia madre del bebé no está disponible, la leche de otra madre (que es VIH negativa) es más adecuada que la leche de vaca, cabra, otro animal o de una planta (leche de soya).

Extracción de leche

Su leche es muy importante para su bebé. Es útil extraer su leche si:

- su bebé no puede alimentarse al pecho
- usted está lejos de su bebé
- usted quiere unas gotas de leche para animar a succionar a su bebé,
- sus pechos están demasiado llenos o usted tiene un conducto obstruido,
- usted quiere leche final para aplicarla sobre sus pezones adoloridos u otras razones.

Usted puede ayudar a que su leche fluya:

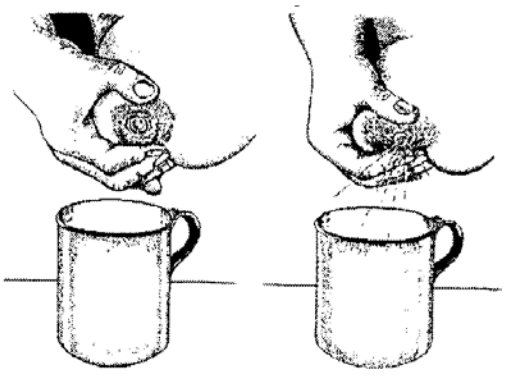
- sentándose cómodamente, relajada y pensando en su bebé,
- calentando su pecho,
- dando masaje o golpecitos a su pecho y rotando su pezón entre sus dedos
- haciendo que le den un masaje en su espalda.

Palpe detrás de su pezón para encontrar un lugar donde sienta el pecho diferente. Puede sentirse como nudos en una cuerda o como arvejas en una vaina. Ese es un buen lugar para presionar cuando se extrae leche. Ponga su pulgar sobre un lado del pecho y 2-3 dedos en el lado opuesto.

Comprima el pecho sobre los conductos.

Trate de presionar su pulgar y sus dedos atrás hacia su pecho y luego presione su pulgar y sus dedos, uno hacia los otros, moviendo la leche hacia el pezón.

Suelte y repita la presión hasta que la leche empiece a salir.



Repita en todas las partes del pecho.
Mueva sus dedos alrededor del pecho para comprimir diferentes conductos. Cambie al otro pecho cuando la leche salga lento. Haga un masaje a su pecho ocasionalmente conforme mueve su mano alrededor. Si usted está extrayendo leche para destapar un conducto obstruido, sólo necesita extraer del área que está obstruida.

Se requiere práctica para conseguir grandes volúmenes de leche. La primera leche (calostro) puede venir sólo en gotas. Estas son preciosas para su bebé.

Cuán a menudo extraer, depende de la razón para extraer. Si su bebé es muy inmaduro y no se alimenta al pecho, usted necesitará extraer cada 2-3 horas.
Es importante tener limpias las manos y limpiar los envases para la leche.
Discuta sobre la conservación de la leche, si es necesario.
Estos puntos son sugerencias no reglas.

- Encuentre qué funciona mejor para usted.
- La extracción no debe doler y pida ayuda si duele.
- Pregunte si tiene alguna duda. Usted puede obtener información o ayuda de: .....

Alimentando al bebé con taza

Siente al bebé en una posición vertical o semi-vertical en su regazo; apoye la espalda, el cuello y la cabeza del bebé. Envolver al bebé firmemente con un paño, ayuda a sostener su espalda y a mantener sus manos fuera del camino.

Sostenga la tacita de leche contra los labios del bebé.

La taza descansa ligeramente en el labio inferior del bebé y los bordes de la taza tocan la parte exterior del labio superior del bebé.

Incline la taza de modo que la leche alcance justo a los labios del bebé.

El bebé se pone alerta y abre su boca y sus ojos.

- Un bebé con bajo peso al nacer lleva la leche a su boca con la lengua.
- Un bebé a término o un bebé mayor succiona la leche, regando parte de ésta.

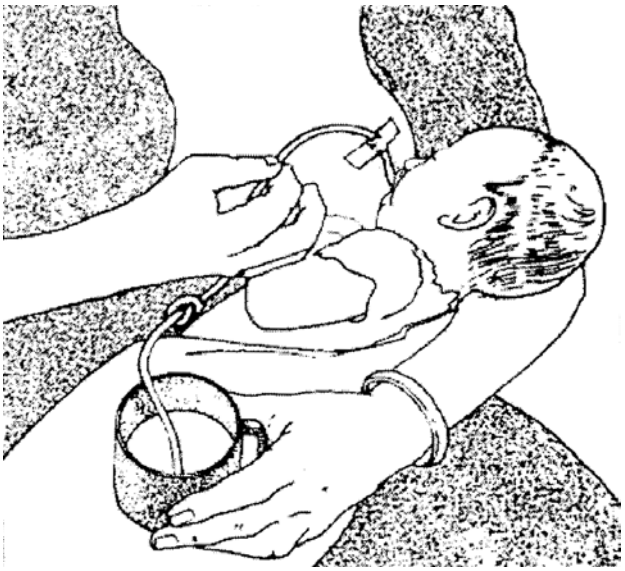
NO VIERTA la leche dentro de la boca del bebé. Solamente mantenga la taza en sus labios y deje que él mismo tome la leche.

Cuando un bebé ha recibido suficiente leche, cierra la boca y se niega a tomar más. Si el bebé no ha tomado la cantidad calculada, quizás tome más la próxima vez, o tal vez usted necesite alimentarlo con más frecuencia.

Mida la ingesta total del bebé en 24 horas, no solamente la de cada toma.

Uso del suplementador de lactancia

- Usar una sonda naso-gástrica fina, o un tubo de plástico de diámetro muy pequeño y una taza para poner la leche. Si no encuentra un tubo muy fino, use el mejor tubo que encuentre.
- Cortar un pequeño orificio en la parte lateral de la sonda o tubo, cerca de la parte que va dentro de la boca del bebé (además del orificio que se encuentra en la punta).
- Preparar una taza de leche (leche materna extraída o leche artificial) que contenga la cantidad que su bebé necesita para una comida.
- Colocar un extremo del tubo adosado al pezón, de manera que su bebé succione el pecho y la sonda al mismo tiempo. Usar cinta adhesiva para sujetar la sonda al pecho.
- Colocar el otro extremo del tubo en la taza de leche.
- Si el diámetro de la sonda es amplio, hacer un nudo o ponerle un "clip" o pellizcarla entre sus dedos. Esto controla el flujo de leche, de manera que su bebé no termine de alimentarse demasiado rápido.
- Controlar el flujo de leche de manera que su bebé succione durante cerca de 30 minutos en cada toma, si es posible (al elevar la taza la leche fluye más rápido, al bajarla el flujo de la leche es más lento).
- Dejar que su bebé succione cuando quiera - no solamente cuando esté usando el suplementador-
- Limpiar y esterilizar la sonda del suplementador y la taza o frasco cada vez que los use.



EJERCICIOS

CAPÍTULO 8:

SI EL BEBÉ NO PUEDE MAMAR – PASO 5

Extracción, conservación y administración de leche materna

1. PRÁCTICA POR PARES – APRENDIZAJE DE LA EXTRACCIÓN MANUAL

Materiales

Un modelo de pecho por cada 2 a 3 participantes.

Desarrollo de la práctica

Divida al grupo en parejas y dé a cada pareja un modelo de pecho. Los participantes se turnan para ayudar a cada uno a aprender la extracción manual.

Los participantes pueden hacer grupos de tres: uno como el trabajador de salud, uno como la madre y uno observa.

RECUÉRDELES LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Escuche, alabe, informe, sugiera – No de órdenes ni juzgue

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Enumere 4 razones por las que se recomienda que las madres aprendan cómo extraer leche manualmente.

Enumere 4 razones por las que se prefiere la alimentación con taza a alimentar por otro medio si el bebé no puede amamantar.

Describa como conservar en casa la leche extraída.

3. ESTUDIO DE CASO - JUEGO DE ROLES

Preparación:

Pida a dos participantes representar los roles del caso siguiente, a todo el grupo. Este juego de roles debe reflejar lo que debe

hacer el profesional de salud y como hará el seguimiento. Haga la evaluación del juego de roles con una discusión entre todos los participantes.

Materiales:
Una muñeca o una pieza de tela o ropa que pueda ser usada como "el bebé".

Personajes:
La paciente, Juana
Un profesional de salud en el consultorio externo

Caso:
La Sra. Juana trae a la consulta a Matías que tiene 4 semanas de edad y rechaza su pecho, porque está casi seco, por lo que ha tenido que darle biberones, pero ella quisiera amamantarlo.
El profesional de salud indaga un poco más, usando buenas habilidades de comunicación.

Las preguntas que el profesional de salud debe hacer incluyen:
¿Puede contarme un poco acerca de los primeros días después del parto?
¿Cómo alimentó a Matías los primeros días?
¿Cómo siente que Matías está lactando ahora?

El profesional de salud aprende que:
- Juana fue dada alta al día siguiente del parto y Matías quedó hospitalizado dos días más por ictericia.
  - En el hospital algunas veces alimentaron a Matías con biberón.
- Juana está muy motivada a darle su pecho a pesar de que siente que su bebé está rechazándolo.

El profesional de salud también observa una mamada y ve que el bebé toma el pecho pero lo suelta casi inmediatamente, llora y no quiere prenderse al pecho de nuevo.

Preguntas de discusión: (con posibles respuestas)

Preguntas	Posibles respuestas
¿Cuáles son los elementos positivos en esta situación que pueden servir como punto de partida?	Juana ha buscado ayuda del personal de salud y además está motivada a dar de lactar.
¿Cuáles son las pautas que la Sra. Juana debe conocer para hacer la relactación?	Lo principal es mostrar a la madre cómo hacerlo, previo lavado de manos: Materiales: - Una sonda de alimentación Nº 6 u 8 F que debe tener un orificio en la parte lateral cerca del extremo que va dentro de la boca del bebé además de un orificio que se encuentra en la punta (si no los tiene, córtelos). - Una taza con leche extraída o artificial. Procedimiento: - Colocar un extremo de la sonda pegado al pezón y sujetarlo con cinta adhesiva. - Colocar el otro extremo de la sonda en la taza de leche. - Hacer que la Sra. Juana controle el flujo de leche presionando la sonda entre sus dedos (o con un nudo) para evitar que fluya mucha leche de modo que Matías succione suficiente tiempo (aproximadamente 15 minutos a cada lado) en cada toma, para estimular el pecho. - Lavar con agua y jabón la sonda, la taza y esterilizar o lavarla bien en agua jabonosa muy caliente Además es importante: - Dejar que Matías succione cuando quiera, no sólo cuando esté con el suplementador.

Preguntas	Posibles respuestas
	- Tener a su bebé en contacto piel a piel, las veces que pueda. - Hacerse masajes en los pechos y extraer leche entre mamadas. - Continuar dando fórmula hasta que la producción de leche sea suficiente para el crecimiento del lactante. No usar chupones ni biberones. - Buscar el apoyo de su familia en las tareas del hogar para que tenga suficiente tiempo para lactar.
¿Qué seguimiento ofrecerá usted?	- Ver a la madre y al bebé en 7 días si es posible, para verificar si la mamada y la ganancia de peso han mejorado. - Continuar la evaluación y el seguimiento hasta que el bebé lacte sin el suplementador. - Sí fuera posible hacer una visita domiciliaria para apoyar a la madre.

CAPÍTULO 9

PRÁCTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA PASOS 6, 7, 8 Y 9

Objetivos:

Al completar esta sesión los participantes serán capaces de:

1. Conocer la importancia del alojamiento conjunto madre-niño;
2. Conocer la importancia de la lactancia a demanda y cómo identificar las señales del bebé para ponerla en práctica;
3. Sugerir maneras de despertar a un bebé soñoliento y de calmar a un bebé que llora;
4. Identificar los riesgos de suplementos innecesarios;
5. Describir por qué es importante evitar el uso de biberones y chupones;

Materiales:

- Practicas que apoyan la lactancia Materna del CD Interactivo.

PRÁCTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA
PASOS 6, 7, 8 y 9

Las prácticas hospitalarias en los servicios materno-infantiles deben favorecer la práctica de la lactancia materna.

1. ALOJAMIENTO CONJUNTO

Muestre la Diapositiva 9/1: Paso 7
Pídale a un participante que la lea en voz alta:

> *El Paso 7 de los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa establece:*
> ***Practicar el alojamiento conjunto – permitir a las madres y a los lactantes permanecer juntos las 24 horas del día.***

Agradezca al participante.

El alojamiento conjunto consiste en la cohabitación de madres y bebés, que permita un contacto ilimitado entre ellos las 24 horas del día. Debe evitarse la separación rutinaria. Antes del nacimiento, las madres y los lactantes han desarrollado un ritmo de sueño/vigilia que puede ser trastornado si se separan. La separación sólo debe ocurrir por una necesidad clínica individual.

Importancia del alojamiento conjunto

- Muestre la Diapositiva 9/2 – Madre hablando con una enfermera.

Pregunte: ¿Cuáles son las ventajas del alojamiento conjunto?

Espere algunas respuestas, luego coméntelas o mencione las que no se han dicho.

> *El alojamiento conjunto tiene beneficios para las madres, los bebés, el personal de salud y el hospital.*

A. Facilita el vínculo afectivo madre-hijo, aún si la madre no está amamantando. Mayor apego materno, menos abuso de los padres y menos abandono se relacionan con el alojamiento conjunto.
B. Permite el amamantamiento exclusivo, a libre demanda. Es más fácil responder a las señales del bebé cuando está cerca. La lactancia frecuente ayuda a tener una buena producción de leche. La lactancia se establece bien y continúa por más tiempo.
C. Eleva la autoestima y autonomía de la madre. Las madres se sienten más capaces y manifiestan mayor sentimiento de protección a su hijo.
D. Las madres pueden ver que sus bebés están bien y no están preocupadas de que su bebé llore en la sala-cuna.
E. Los bebés mantienen su temperatura, duermen mejor y lloran menos; por tanto usan menos reservas de energía y disminuye la tentación de dar alimentos artificiales.
F. Disminuye la morbilidad y mortalidad del recién nacido. El bebé se expone menos a infecciones cuando está junto a su madre que en una sala-cuna. Las bacterias de la madre colonizan al lactante, al mismo tiempo que ella le da protección inmunológica a través de su leche y menos personal del hospital está en contacto con el bebé.
G. Facilita al personal de salud brindar asistencia continua con la lactancia, dar información y apoyar a la madre en lo relacionado a los cuidados del recién nacido, las vacunas y el reconocimiento temprano de los signos de alarma.
H. El hospital ahorra dinero con el menor uso de fórmula y la menor morbilidad de los recién nacidos y aprovecha mejor los ambientes, al no necesitar disponer de salas-cuna.

Muestre la Diapositiva 9/3: Infecciones antes y después del alojamiento conjunto

Podemos ver cómo las infecciones disminuyen con el alojamiento conjunto.

Muestre la Diapositiva 9/4: Alojamiento conjunto y frecuencia de amamantamiento

Además la frecuencia del amamantamiento aumenta más cada día, cuando los bebés están en alojamiento conjunto, que cuando no lo están.

Muestre la Diapositiva 9/5: Madre en alojamiento conjunto con bebé en cuna

Barreras para el alojamiento conjunto y posibles soluciones

Pregunte: ¿Qué barreras se ven a veces en el alojamiento conjunto como práctica de rutina y qué soluciones puede haber para esas barreras?

Espere algunas respuestas.

Las barreras que pueden ser levantadas al alojamiento conjunto incluyen:

a. Preocupación de que las madres estén cansadas.

Se ha comprobado que, en condiciones normales, el descanso de la madre con el bebé a su lado las 24 horas no difiere mucho con el de las madres que tienen al bebé en la sala-cuna. En cambio, el descanso del bebé es mejor si está junto a su madre y la madre se siente más tranquila si puede ver a su bebé.

Sin embargo, es importante, facilitar el descanso de la madre con momentos tranquilos durante los cuales no haya limpieza, visitas, evaluaciones ni otros procedimientos.

Debe recomendarse a la madre que aproveche para descansar y dormir en los períodos en los que su bebé lo hace.

Además, deben revisarse las prácticas del parto para determinar si hay condiciones estresantes que resulten en que las madres estén cansadas e incómodas.

b. Necesidad de llevar al bebé a otra sala para procedimientos.

La mayoría de los procedimientos y cuidados del recién nacido pueden hacerse al lado de la madre o con ella presente. Esto puede proporcionar seguridad y oportunidad de enseñanza a la madre, así como comodidad y tranquilidad al bebé, si está angustiado.

c. Creencia de que el recién nacido necesita ser observado aparte.

Un bebé puede ser observado junto a la madre tan fácilmente como en una sala-cuna. Una madre es muy buena observando a su propio bebé y a menudo nota cambios antes que una enfermera muy ocupada los note. La observación cuidadosa y frecuente por el personal de salud no es posible en una sala con muchos bebés y poco personal.

d. Creencia de que el personal de salud debe cuidar a los bebés.

Calmar y cuidar al bebé es una parte importante de la maternidad. Ayudar a la madre a aprender a cuidar a su bebé en la noche es más útil para ella que llevarse al bebé a la sala-cuna. Llevarse al bebé puede disminuir la confianza de la madre. El personal de salud debe tener la preparación necesaria y uniforme para brindar información a las madres, usando habilidades de comunicación.

e. Las madres piden que se lleven a sus bebés a la sala-cuna.

Explique a la madre por qué el hospital estimula el alojamiento conjunto como un tiempo para conocer a su bebé, tan beneficioso para su bebé como para

ella misma. Discuta la razón por la cual la madre quiere que su bebé sea llevado a la sala-cuna y vea si la dificultad puede solucionarse sin llevarse al bebé.

Tratar sobre los beneficios del alojamiento conjunto durante la educación prenatal puede prevenir estos raros casos.

f. No hay espacio en la sala para las cunas de los bebés.

Los bebés pueden compartir la cama de sus madres. Compartir la cama o co-lecho puede ayudar a que la madre y el bebé descansen más y amamanten frecuentemente. La cama puede necesitar una baranda lateral, una silla contra la cama o poner la cama contra la pared para reducir el riesgo de que el bebé se caiga de la cama.

Muestre la Diapositiva 9/6: Aquí las madres han juntado sus camas para evitar que los bebés se caigan.

> *No es necesario crear ambientes especiales para el alojamiento conjunto.*

g. Estar en la cama de la madre puede ser peligroso para el bebé.

Compartir la cama con la madre no se relaciona con mayor riesgo de accidentes, excepto en situaciones patológicas, medicación o tóxicos, que alteren el estado de conciencia materno. En muchas culturas es la forma habitual de tener al bebé.

h. El parto fue por cesárea.

La madre que tuvo una cesárea puede también tener a su bebé en alojamiento conjunto las 24 horas del día. Se le deberá proporcionar ayuda hasta que ella misma pueda ayudar a su bebé.

Muestre la Diapositiva 9/7: Foto-Madre cesareada dando de lactar echada
Pregunte: ¿Cómo puede Ud. ayudar a una madre y a su bebé a la lactancia materna exclusiva y frecuente después de una cesárea?
Espere algunas respuestas.

- Ayudarla a encontrar una posición cómoda:
  - Acostada con el bebé echado sobre la madre.
  - Acostada de lado en la cama, con el bebé a lo largo del cuerpo de la madre.
  - Sentada, con una almohada sobre la incisión para el bebé, o con el bebé a un lado.
  - Con apoyo (Ej.: almohada) bajo las rodillas cuando está sentada o bajo la rodilla de arriba y detrás de la espalda cuando esté echada de lado.

- Cuando el personal sabe y brinda ayuda, la permanencia más larga en el hospital después de la cesárea puede ayudar a establecer la lactancia.

> *La cesárea no es un impedimento para el alojamiento conjunto.*

Separación por razón médica

- Si se requiere la separación de una madre de su lactante por una condición médica, se debe documentar la razón en las historias clínicas de ambos. La necesidad de separación debe revisarse frecuentemente, de modo que sea por el tiempo más corto posible.
- Durante la separación, anime a la madre a ver y cargar a su bebé, si es posible, y a extraerse la leche (Ver Capítulos 8 y 12).

> *La separación de la madre y el bebé sólo se justifica si es médicamente necesaria y debe ser por el menor tiempo posible.*

Pregunte: ¿Cómo es el alojamiento conjunto en su establecimiento, en caso de parto normal y de cesárea? ¿Es una rutina tener a todos los bebés con sus madres, a menos que haya una razón médica para la separación?
Espere algunas respuestas y luego continúe.

2. LACTANCIA A DEMANDA (DIRIGIDA POR EL BEBÉ)

Muestre la Diapositiva 9/8: Paso 8
Pídale a un participante que la lea en voz alta:

> *El paso 8 de los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa establece:*
> ***Fomentar la lactancia materna cada vez que se solicite***

Agradezca al participante.

La lactancia a demanda también es llamada 'dirigida por el bebé'. Esto significa que la frecuencia y duración de las mamadas son determinadas por las necesidades y señales del bebé.
Recordemos la fisiología de la lactancia:
El volumen de leche depende del vaciamiento del pecho (extracción del factor inhibidor) y la frecuencia de las mamadas está probablemente determinada por la capacidad de almacenamiento de la glándula mamaria.

El bebé puede controlar la composición de la leche, principalmente el componente lípido, con tres variables: el intervalo entre tomas, la duración de las mamadas y si mama de uno o de los dos pechos, satisfaciendo así sus necesidades. Si se establecen horarios estrictos, no podrá hacerlo.

> *La lactancia a demanda permite al bebé controlar el volumen y la composición de la leche según sus necesidades.*

Muestre la Diapositiva 9/9: Madre echada dando de lactar
Pregunte: ¿Cómo puede explicar a la madre las ventajas de la lactancia a demanda o dirigida por el bebé?
Espere algunas respuestas.

Importancia de la lactancia a demanda o dirigida por el bebé

- La lactancia a demanda resulta en:
  - Mayor obtención de calostro rico en factores inmunológicos, por tanto, mayor protección contra la enfermedad.
  - Estabilización de los niveles de glucosa del recién nacido.
  - Más rápido aumento del volumen de leche, acorde a las necesidades del bebé.
  - Fácil establecimiento de la lactancia.
  - Menos pérdida de peso inicial y más rápida ganancia de peso.
  - Menos congestión mamaria y menor incidencia de pezones dolorosos.
  - La madre aprende a responder a su bebé y este adquiere seguridad y confianza.
  - Menos llanto, por tanto menos tentación de dar suplementos.
  - Duración más larga de la lactancia.
  - Menos ictericia neonatal.

Muestre la Diapositiva 9/10: Frecuencia de mamadas y bilirrubina sérica
Podemos ver que, a mayor frecuencia de mamadas, menos bilirrubina sérica.

- Los lactantes a quienes se permite que controlen la frecuencia y duración de la mamada aprenden a reconocer sus propios signos de hambre y saciedad. Esta capacidad de auto-regulación puede relacionarse a las menores tasas de obesidad en niños que fueron amamantados.

Pregunte: ¿Cuáles son los signos a observar en un recién nacido, que indican cuándo alimentarlo?
Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 9/11: Signos de hambre

Signos de hambre

- El momento de alimentar al bebé es cuando muestre signos precoces de hambre:
  - Abre la boca, saca la lengua y voltea la cabeza buscando el pecho.
  - Succiona o muerde sus manos u otro objeto que hace contacto con la boca.
  - Emite sonidos de succión, quejidos suaves o suspiros.
  - Realiza movimientos rápidos de los ojos, bajo los párpados, o abre los ojos.
  - Se muestra intranquilo.

La madre debe aprender a reconocer las señales precoces de hambre del bebé para ponerlo al pecho.

- Si el bebé llora fuerte, arquea su espalda y tiene un agarre difícil al pecho, estos son signos tardíos de hambre. El bebé necesita entonces que lo carguen y lo calmen antes de mamar.

El llanto es un signo tardío de hambre y puede interferir con la lactancia.

- Algunos bebés son muy calmados y esperan a que los alimenten o vuelven a dormirse si no se les amamanta. Esto puede resultar en sub-alimentación. Otros bebés despiertan rápidamente y se enojan mucho si no son alimentados inmediatamente. Ayude a la madre a reconocer el temperamento de su bebé y a aprender cómo satisfacer mejor las necesidades de éste.

No reconocer las señales de hambre, por ejemplo, en bebés de temperamento calmado, puede conducir a sub-alimentación.

Pregunte: ¿Qué signos indican que el bebé ha terminado de mamar?
Espere algunas respuestas.

Signos de saciedad

- Al comienzo de una mamada, la mayoría de los bebés tienen el cuerpo tenso y los puños cerrados. Conforme se llenan, se relajan, abren sus puños y se tornan soñolientos perdiendo interés por el pecho.
- La mayoría de bebés sueltan el pecho cuando han mamado lo suficiente, aunque algunos continúan con succiones pequeñas hasta que se quedan dormidos.

- Explique a la madre que debe dejar a su bebé terminar un pecho antes de ofrecerle el otro para que lacte la leche final, rica en grasa, y para aumentar la producción de leche.

Patrones de alimentación

- La primera mamada, generalmente ocurre en la primera hora de edad. Si un bebé no ha empezado a lactar en la sala de partos, asegúrese de que el personal de la sala de puerperio o de alojamiento conjunto lo sepa. Pídales que el contacto piel a piel continúe y que observen los signos de que el bebé está listo para mamar.
- Todos los recién nacidos presentan una fase de alerta inicial que dura entre 1 y 2 horas, seguida de una fase de somnolencia o desinterés por su entorno (incluyendo el pecho) que es muy variable. Por eso, es importante aprovechar ese periodo de alerta inicial para amamantar al recién nacido. Luego, se recomienda observar y documentar por lo menos una mamada en el periodo de 8 horas del post parto inmediato.
- Algunos bebés, sin embargo, están especialmente irritables y llorosos desde el primer día sin que tengan hambre o alguna lesión (que debe investigarse). Necesitan mucho más contacto físico y calmarlos antes de ponerlos al pecho.
- Enseñe a las madres que no hay un patrón típico de alimentación para un recién nacido a término sano:
  - Los recién nacidos quieren mamar aproximadamente cada 1 a 3 horas* en los primeros dos a siete días, pero pueden mamar más frecuentemente.
  - Las mamadas nocturnas son importantes para asegurar la estimulación de la producción de leche y para la supresión de la fertilidad.
  - Una vez que la lactancia se establece ('la leche baja'), es común que haya 8 a 12 mamadas en 24 horas. Usualmente hay algunos intervalos más largos entre algunas mamadas.
  - Durante periodos de crecimiento rápido, un bebé puede estar más hambriento de lo usual y mamar más a menudo por unos días hasta que la leche aumente.
  - Deje a los bebés mamar cuando ellos quieran. Esto satisface las necesidades del bebé si tiene hambre o sed y las necesidades de la madre si sus pechos están llenos.
  - Se han descrito diferentes "tipos" de bebés, según la forma de mamar. El bebé "barracuda" o "piraña" succiona con avidez y le bastan 10 minutos, el "excitado" coge y suelta el pecho durante toda la toma y necesita que se le vaya calmando, los "bellos durmientes" no se cogen bien hasta el tercer o cuarto día, cuando ya ha bajado la leche, los "comodones" maman un poco y descansan para mamar poco después, los "degustadores" o "gourmet" de succión pausada y tranquila, pueden pasar 30 minutos o más en cada mamada. Todos son patrones normales de lactancia, que dependen del

temperamento del bebé, si bien la mayoría de niños emplean de 15 a 20 minutos* en cada mamada.

- Los bebés pueden cambiar su patrón de alimentación de un día a otro día o durante un día.

* Las señaladas son cifras estadísticas que no se deben tomar como patrón de alimentación, el cual es individual para cada bebé.

- Mamadas muy largas (más de 40 minutos o 1 hora en la mayoría de mamadas), mamadas muy cortas (menos de 10 minutos en la mayoría de mamadas) o mamadas muy frecuentes (más de 12 mamadas en 24 horas en la mayoría de días) pueden indicar que el bebé no está bien agarrado al pecho.
- Los pezones dolorosos son el resultado de un mal agarre al pecho y no de mamadas muy frecuentes o prolongadas. Si un bebé está bien agarrado al pecho, no importa si mama a menudo o por mucho tiempo en algunas mamadas.

No hay un 'patrón típico de lactancia'. En condiciones normales, el recién nacido a término sano, debe mamar cuando quiera y cuanto quiera.

Situaciones especiales

- Si un bebé está muy soñoliento debido a prematuridad, ictericia o efectos de medicación del trabajo de parto o si los pechos de la madre están demasiado llenos e incómodos, la madre puede necesitar dirigir la lactancia por un día o dos y despertar al bebé para mamar.
- Los bebés que son alimentados con fórmula también necesitan ser alimentados en respuesta a sus necesidades y no por horario. A veces se presiona al bebé a terminar la toma porque la leche ya está preparada. Esto puede conducir a sobrealimentación. Una madre puede observar los signos de llenura – rechazo a la toma, desgano. La fórmula debe usarse dentro de la hora en que el bebé empezó a lactar y no debe ser guardada para más tarde, dado que las bacterias crecerán en la leche. Si el bebé no terminó la leche en una toma, ésta puede ser mezclada en la comida de un hermano mayor.

3. MANERAS DE DESPERTAR A UN BEBÉ SOÑOLIENTO Y DE CALMAR A UN BEBÉ QUE LLORA

Despertar a un bebé soñoliento

- Si el bebé parece demasiado soñoliento para mamar, sugiera que la madre:

- Retire las mantas y la ropa gruesa y permita que se muevan los brazos y las piernas de su bebé.
- Cambie el pañal.
- Amamante a su bebé en una posición más vertical.
- Dé masajes suaves al cuerpo del bebé y hable con su bebé
- Evite hacerle daño al bebé golpeándole o palmeándole la mejilla o los pies.
- Espere media hora y trate nuevamente.

Calmar a un bebé que llora

- Una madre y su familia pueden pensar que un bebé que llora significa que la madre no tiene suficiente leche o que su leche no es buena. Un bebé que llora puede ser difícil para una madre y reduce su confianza en sí misma y la confianza de su familia en ella.
- Un bebé que 'llora demasiado' puede estar realmente llorando más que otros bebés o puede ser que la familia sea menos tolerante al llanto o menos hábil para consolar al bebé. No es posible decir cuánto llanto es 'normal.'
- Si un bebé llora frecuentemente, busque una causa. **Escuche** a la madre **y aprenda** cual puede ser su situación, observe una mamada, examine al bebé y refiéralo para atención médica si es necesario. Los bebés pueden llorar por hambre, dolor, soledad, cansancio u otras razones.
- **Refuerce la confianza** de la madre en su capacidad de cuidar a su bebé **y déle apoyo:**
  - Escuche y acepte lo que la madre siente
  - Refuerce lo que la madre y el bebé están haciendo bien / lo que es normal
  - Dé información pertinente
  - Haga una o dos sugerencias
  - *Dé ayuda práctica*

  Pregunte a los participantes ¿qué sugerencias o ayuda práctica pueden dar para calmar a un bebé que llora?

  Espere algunas respuestas y luego coméntelas o compleméntelas.

  - Sugerencias y ayuda práctica pueden incluir:
  - Hacer que el bebé esté cómodo – tibio (no demasiado), pañal limpio, ropa de cama seca.
  - Poner al bebé al pecho. El bebé puede estar con hambre, con sed o, a veces, sólo querer succionar porque lo hace sentir seguro.
  - Poner al bebé en contacto piel a piel en el pecho de la madre. La tibieza, el olor y el latido del corazón ayudarán a calmar al bebé.
  - Hablar, cantar y mecer al bebé mientras se le carga.
  - Poner música que sea agradable para el bebé
  - Dar golpecitos o masajes en los brazos, las piernas y la espalda del bebé.
  - Ofrecer un pecho en cada mamada y el otro pecho en la siguiente mamada.

Si el pecho que no lacta se congestiona, extraer una pequeña cantidad de leche.
- Reducir el café de la madre y otras bebidas con cafeína.
- Si es fumadora, no fumar cerca al bebé y, si no puede dejar de fumar, hacerlo después de una mamada, no antes ni durante.
- Que alguien más cargue y cuide al bebé por un momento.
- Comprometer a otros miembros de la familia en la discusión, de modo que la madre no sienta presión de dar alimentos suplementarios innecesarios.
- Cargar al bebé abrazándolo y sosteniéndole la cabeza, el cuerpo, las piernas, y los brazos, de modo que se sienta seguro.
- Puede ser necesario disminuir los visitantes, la manipulación y la estimulación.
- Evaluar la mamada del bebé. Un mal agarre puede resultar en deglución de aire causando 'gases'. Un flujo de leche muy rápido o demasiada leche inicial - alta en lactosa - puede causar molestias. El manejo adecuado de la lactancia puede reducir estos problemas.
- No es muy común, pero puede ser necesario que la madre deje de comer algún alimento para ver si el llanto mejora. Ella puede verificarlo después, comiendo el alimento otra vez para ver si causa el problema nuevamente.

4. EVITAR SUPLEMENTOS INNECESARIOS

Muestre la Diapositiva 9/12: Paso 6
Pídale a un participante que la lea en voz alta:

> *El paso 6 de los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa establece:*
> ***No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a menos que esté médicamente indicado.***

Agradezca al participante.

- Los bebés a término sanos no necesitan alimentos pre-lácteos, tampoco necesitan agua para evitar la deshidratación.

Información Adicional: Los alimentos pre-lácteos son cualquier líquido o alimento dado antes de empezar la lactancia.

Pregunte: ¿Cómo le explicaría a una madre por qué no se recomiendan los suplementos?
Espere por unas respuestas.

Peligros de los suplementos

- Se recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses. Los suplementos pueden:
  - Llenar demasiado el estómago del bebé de modo que no quiera el pecho.
  - Reducir la producción de leche, resultando en pechos congestionados.
  - Causar que el bebé gane poco peso, si se le da agua, té o suero glucosado en vez de leche.
  - Reducir el efecto protector del amamantamiento, aumentando el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
  - Exponer al bebé a posibles alergenos e intolerancias.
  - Reducir la confianza de la madre, si se usa un suplemento como medio de calmar el llanto del bebé.
  - Disminuir la duración de la lactancia materna, especialmente si se dan los 2 primeros días.
  - Ser un gasto innecesario y potencialmente dañino.

- Además a los puntos mencionados arriba que se le pueden explicar a una madre, hay más razones por las que no se recomienda el uso de suplementos:
  - Una madre que busca un suplemento puede indicar que tiene dificultades para alimentar y cuidar a su bebé. Es mejor ayudar a la madre a superar las dificultades, que dar un suplemento e ignorar las dificultades.

> *Un trabajador de salud que ofrece un suplemento como una solución a las dificultades, puede indicar una falta de conocimiento y habilidad para apoyar el amamantamiento.*

  - El uso frecuente de suplementos puede indicar una atmósfera global estresante donde se escoge una solución rápida temporal en vez de resolver el problema.
- Si existen razones médicas para dar alimentación de reemplazo, como por ejemplo, madre VIH positiva, no impiden que un hospital sea designado Hospital Amigo.

5. EVITAR BIBERONES Y CHUPONES

Muestre la Diapositiva 9/13: Paso 9
Pídale a un participante que la lea en voz alta:

El paso 9 de los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa establece:
No dar a los niños alimentados a pecho chupones artificiales.

Agradezca al participante.
Muestre la Diapositiva 9/14: Madre dando biberón
Pregunte: ¿Por qué se recomienda evitar biberones y chupones?

Espere algunas respuestas y luego continúe.

- A veces los bebés desarrollan una preferencia por el chupón y rehúsan succionar el pecho.
- Si se le da un chupón a un bebé hambriento en vez de una mamada, toma menos leche y aumenta menos peso.
- Los chupones y biberones son portadores de infecciones, porque son difíciles de limpiar. No son necesarios ni siquiera para los lactantes que no amamantan.
- También los problemas dentales son más comunes con el uso de chupones y pueden estar relacionados a funcionamiento muscular oral anormal.

Muestre la Diapositiva 9/15: Alimentación con taza

- En la rara situación en que se necesite un suplemento, se recomienda alimentar con una taza o vaso pequeño (Ver Capítulo 8).

Ninguna edad es adecuada para el uso de chupones ni biberones.

- *Pregunte si hay algunas preguntas. Luego resuma la sesión.*

RESUMEN

El Alojamiento Conjunto y la Lactancia a demanda (o dirigida por el bebé) ayudan a la lactancia y al vínculo afectivo

- Las madres pueden sentir y responder a sus bebés con facilidad cuando conocen las señales del bebé para alimentarse.
- Los bebés lloran menos de modo que hay menos tentación de dar alimentos artificiales.
- Las madres tienen más confianza para el cuidado de sus bebés y el amamantamiento.
- La lactancia se establece temprano, el bebé gana peso y es más probable que el amamantamiento continúe por tiempo más prolongado.
- El personal de salud puede asistir y ayudar con la lactancia

Ayude a las madres a aprender habilidades de maternidad

- Cómo despertar un bebé soñoliento.
- Cómo calmar a un bebé que llora.
- Cómo buscar señales de hambre.

Los alimentos pre-lácteos y suplementarios son peligrosos

- Aumentan el riesgo de infección, intolerancia y alergia.
- Interfieren con la succión y hace más difícil de establecer al amamantamiento.

Los chupones pueden causar problemas

- El uso de chupones o biberones pueden afectar la producción de leche y portar infecciones. No están indicados a ninguna edad.

Información sobre Co-lecho/cama-compartida

- Compartir la cama o co-lecho puede ayudar a la madre y al bebé a descansar más y a amamantar frecuentemente.
- No se recomienda el co-lecho si la madre:
  - Es fumadora,
  - Está bajo la influencia del alcohol o drogas que causen somnolencia,
  - Está inusualmente cansada y no puede responder al bebé,
  - Está enferma o tiene una condición que pueda alterar la consciencia ej. epilepsia, diabetes inestable,
  - Es muy obesa,
  - Está muy enferma o si el bebé está muy enfermo,
  - Las mismas condiciones se aplican al padre, o si algún otro hijo estuviera muy enfermo y en la misma cama.

- Guías para compartir la cama/co-lecho en forma segura:
  - Converse sobre los beneficios y las contraindicaciones de compartir la cama, de modo que los padres estén informados.
  - Use un colchón firme, no uno que se hunda. Dormir en un sofá o sobre cojines con un bebé no es seguro.
  - Mantenga las almohadas fuera del alcance de los bebés.
  - Las sábanas de algodón y las mantas son consideradas seguras, no así los edredones.
  - Vista al bebé apropiadamente – no lo envuelva en chales o mantas si comparte la cama ni lo abrigue demasiado. El cuerpo de la madre proporciona calor al bebé.
  - La madre debe echarse cerca a su bebé, frente a él, con el bebé echado en decúbito dorsal (boca arriba).
  - Asegúrese que el bebé no se caiga de la cama ni se deslice entre el costado de la cama y la pared.
- Además de los lineamientos dados arriba, en el co-lecho en el hospital:
  - Asegúrese que la madre pueda pedir ayuda fácilmente si tiene dificultad para moverse en la cama.
  - Verifique el bienestar de la madre y del bebé frecuentemente, asegurando que la cabeza del bebé esté descubierta y que el bebé esté echado en decúbito dorsal si no está mamando.
  - Cuando entregue el turno a otro miembro del personal hágale saber y muéstrele a aquellas madres y bebés que están compartiendo la cama.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 9:
PRÁCTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA, PASOS 6, 7, 8 y 9.

1. DISCUSIÓN – BARRERAS AL AMAMANTAMIENTO TEMPRANO

- Lea el caso en voz alta. Pida a los participantes que señalen las prácticas que pueden ayudar y aquellas que pudieran interferir para establecer la lactancia. ¿Cuál puede ser el efecto de esta situación sobre la lactancia?

Caso

Carolina tiene un largo trabajo de parto y no permiten a nadie de su familia quedarse con ella. Cuando nace el bebé, lo envuelven en una manta y se lo muestran brevemente. Ella ve que el bebé tiene una "marca de nacimiento" entre los ojos. Luego lo llevan a la sala de bebés porque ya es de noche. El personal le da un biberón de fórmula las siguientes dos tomas.
Temprano, a la mañana siguiente - 10 horas después del parto – le llevan el bebé a Carolina. La enfermera le indica que lo amamante y que limite la mamada a tres minutos en cada lado. Además le dice: "¿No querrá Ud. sentir el dolor de los pezones agrietados? ¿no, querida?"
Carolina empieza a cargar a su bebé mientras está echada, pero la enfermera le dice que siempre debe sentarse para amamantar. Carolina se sienta con dificultad; el colchón se hunde y Carolina tiene que inclinar la espalda.
Ella está adolorida por el parto y sentarse le causa dolor. La enfermera deja a Carolina para que amamante a su bebé.
Ella pone a su bebé al pecho y empuja su pecho hacia la boca del bebé con la mano. Pero el bebé está somnoliento y succiona muy débilmente. Carolina piensa que aún no tiene leche, porque sus pechos están blandos.
Carolina se pregunta si la "mancha de nacimiento" en la cara del bebé fue causada por algo malo que ella hizo durante el

embarazo. Está preocupada por lo que su esposo y su madre dirán sobre eso. Las enfermeras parecen muy ocupadas y Carolina no quiere hacerles preguntas. A su familia le permitirán visitarla en la tarde. La enfermera vuelve y se lleva al bebé nuevamente a la sala de bebés. Ella regresa en unos minutos y le dice a Carolina que ha pesado a su bebé y que sólo ha tomado 25 gramos de leche y que no le ha dado una mamada adecuada. La enfermera le dice "¿Cómo podrá ir a casa mañana, si Ud. no puede amamantar bien?"

Posibles respuestas:
La falta de apoyo durante el trabajo de parto puede resultar en un trabajo de parto más largo y Carolina puede estar más cansada y estresada.
La falta de contacto piel a piel significa que Carolina no ha tenido un tiempo para estar con su bebé. Todo lo que ella pudo notar es la marca de nacimiento, la cual le preocupa.
Carolina y su bebé son separados por muchas horas. Se da al bebé biberones de fórmula. El bebé no toma el valioso calostro y los pechos de Carolina no reciben la estimulación para producir leche.
No se brinda ayuda a Carolina para amamantar. El bebé está lleno de fórmula y somnoliento, por lo que no quiere succionar. La enfermera la preocupa hablándole sobre pezones dolorosos.
Es doloroso para Carolina sentarse para amamantar. Esto inhibe la liberación de oxitocina. Carolina pudo ser ayudada a amamantar echada.
Carolina siente que ella está sola en el hospital, sin alguien que la ayude y le hable, lo que le causa estrés. La enfermera la asusta diciéndole que no es capaz de alimentar a su bebé y que no podrá irse a casa.
El resultado es que Carolina está preocupada, adolorida, asustada y sola, así como sin saber cómo alimentar a su bebé. Es probable que vaya a casa pensando que no es capaz de producir leche y en alimentar a su bebé con un sucedáneo de leche materna.

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Dé tres razones por las que se recomienda el alojamiento conjunto como una práctica de rutina.
- Explique, como le explicaría a una madre, qué significa 'lactancia a demanda' o 'lactancia dirigida por el bebé'.
- Haga una lista de 3 dificultades o riesgos que puedan resultar del uso de suplementos.

CAPÍTULO 10

PRODUCCIÓN DE LECHE

Objetivos:

Al final de la sesión, el participante será capaz de:

1. Conversar con las madres la preocupación de "no tener suficiente leche" e identificar los factores que afectan negativamente la producción y la transferencia de leche;
2. Describir los patrones de crecimiento normal de los lactantes;
3. Reconocer cómo prevenir la disminución de la producción de leche;
4. Ayudar a una madre con problema de "no tener suficiente leche";
5. Ayudar a una madre que ha suspendido la lactancia (relactancia).

Materiales:

- Producción de Leche del CD interactivo
- Una pizarra o 2 papelógrafos grandes o 4 chicos.
- Plumones de 2 colores.

PRODUCCIÓN DE LECHE

Casi todas las madres pueden producir leche para más de un bebé, sin embargo la razón más común por la que las madres suspenden la lactancia materna o añaden otros alimentos, es que *creen* que no tienen suficiente leche.

1. PREOCUPACIÓN DE "NO TENER SUFICIENTE LECHE"

La mayoría de veces, cuando una madre *piensa* que no tiene suficiente leche, en realidad su bebé está obteniendo toda la que necesita.

> *Casi todas las mujeres pueden producir más leche de lo que sus bebés necesitan.*

Algunas veces, un bebé no obtiene suficiente leche materna. Por lo general, se debe a que el bebé no succiona lo suficiente o no lo hace eficazmente. Rara vez se debe a que la madre no puede producir suficiente leche.

Pregunte: ¿Qué signos pueden hacer pensar a una madre que no tiene suficiente leche?
Espere algunas respuestas
Anote en un papelógrafo (o en una pizarra) los signos que le dicten los participantes, bajo el título: Signos de no tener suficiente leche.
Elogie a los participantes por las respuestas correctas. Anote los signos que no han mencionado.

Marque o subraye los signos confiables y explique la diferencia entre estos y los signos posibles.

Signos posibles

Una madre, su agente de salud o su familia pueden pensar que no tiene suficiente leche si hay signos como:

- El bebé llora a menudo,
- El bebé no duerme por largos periodos,
- El bebé no se calma en el pecho y es difícil de amamantar,
- El bebé se succiona los dedos o los puños,
- El bebé es particularmente grande o pequeño,
- El bebé quiere estar en el pecho frecuentemente o por largo tiempo,
- La madre (u otra persona) piensa que su leche parece 'aguada',
- Sale poca o nada de leche cuando la madre trata de extraerse leche,
- Los pechos no se llenan o están más blandos que antes,
- La madre no nota goteo de leche u otros signos del reflejo de oxitocina,
- El bebé acepta una toma suplementaria si se le da.

• Estos signos *pueden* significar que un bebé no está tomando suficiente leche pero no son confiables.

Signos confiables

• Los signos confiables de ingesta suficiente de leche, que la madre puede ver, son:
  - Egresos: Orina y deposiciones. Después del segundo día, el bebé tiene:
  - seis o más micciones en 24 horas con orina pálida, diluida y
  - tres a ocho deposiciones en 24 horas. Después del mes de edad la defecación se hace menos frecuente.
  - Estado alerta, buen tono muscular, piel sana y el bebé crece 'tanto que su ropa le queda chica'.
  - Una curva de peso adecuada, es un signo de ingesta suficiente de leche; sin embargo la madre puede no tener la posibilidad de pesar a su bebé seguido.

• Si se da agua además de leche materna, la producción de orina será buena, pero la ganancia de peso, baja.

Son signos confiables de que el bebé toma suficiente leche: el peso adecuado, un buen estado general y un número adecuado de orina diluida y de deposiciones.

• Conocer estos signos reforzará la confianza de la madre. Señale lo que ella está haciendo bien y sugiera maneras de que pueda conseguir apoyo para la crianza.

Pregunte: ¿Cuáles podrían ser las causas de que un bebé no esté obteniendo suficiente leche materna?

Coloque las respuestas en papelógrafos (o en una pizarra), bajo los siguientes encabezamientos: "Causas comunes", "Causas poco comunes" y "Causas muy raras", según el caso.

Causas de baja producción de leche

Causas comunes

Se relacionan a factores que limitan la cantidad de leche que el bebé extrae del pecho (baja transferencia de leche). Si no se extrae la leche, el pecho produce menos leche.

Esos factores comúnmente incluyen:

- Mamadas infrecuentes, que pueden deberse a que:
  - La madre no nota los signos de que el bebé está listo para mamar.
  - El bebé está somnoliento o 'quieto' y no busca mamar.
  - La madre está ocupada y pospone las mamadas.
  - El bebé duerme lejos, de manera que la madre no ve ni escucha los signos precoces para mamar.
  - Se da otros alimentos y bebidas al bebé, de modo que no pide mamar.
  - Se da al bebé un chupón o se le distrae en vez de amamantarlo.
  - Se cree que el bebé no necesita las mamadas nocturnas.
  - La madre tiene dolor en el pecho o en los pezones y no quiere amamantar.
- Mamadas con horario – Un horario puede no permitir mamadas frecuentes. Además, si se deja llorar al bebé hasta que se cumpla el horario, habrá gastado energía y puede quedarse dormido cuando "le toque" lactar.
- Mamadas cortas – Los bebés que tienen buen agarre al pecho usualmente terminan la mamada cuando están satisfechos. Si la madre termina la mamada después de un tiempo determinado o porque piensa que una pausa al succionar indica que la mamada ha terminado, el bebé puede no haber obtenido leche suficiente.
- Mala succión o mal agarre – un bebé que está débil o tiene mal agarre no es capaz de extraer la leche del pecho. Al no extraerla, se produce menos leche.
- Retraso en comenzar la lactancia – la lactancia debe iniciarse tan pronto como sea posible después del nacimiento.
- Factores psicológicos de la madre:
  - La madre puede no tener confianza; sentirse cansada, abrumada, preocupada, disgustarle la lactancia, rechazar al bebé o encontrar difícil responder a su bebé.
  - Los factores psicológicos pueden llevar a poca lactancia o a prácticas de lactancia inefectivas. Una madre que está en una situación de estrés puede

amamantar menos frecuentemente o por corto tiempo, puede ser más propensa a dar suplementos o un chupón y puede pasar menos tiempo cuidando a su bebé.

Las causas más comunes de baja producción de leche se relacionan con factores de lactancia o factores psicológicos de la madre.

Causas poco comunes de baja producción de leche

- Medicación materna – anticonceptivos que contienen estrógeno o diuréticos.
- El alcohol y el hábito de fumar.
- La cirugía que seccionó los conductos lácteos o los nervios que van al pecho.
- Un nuevo embarazo.

Causas muy raras de baja producción de leche

- Retención de restos placentarios, inhiben las hormonas que se necesitan para la producción de leche.
- Desarrollo inadecuado del pecho durante el embarazo, porque que se han desarrollado pocas células productoras.
- Malnutrición materna severa.
- Hipotiroidismo materno.
- Líquidos muy restringidos o en exceso.

Piense en las causas poco comunes de baja producción de leche, solamente si no puede encontrar la explicación en una de las causas comunes.

2. PATRONES DE CRECIMIENTO NORMAL DE LOS LACTANTES

La lactancia asegura una ganancia de peso normal, saludable para los lactantes.

Pregunte: ¿Cómo es el patrón de crecimiento normal de un bebé?

Espere algunas respuestas.

- Los recién nacidos pierden peso los primeros días después del nacimiento. Esta pérdida de peso corresponde al líquido extra y al meconio que el bebé ha almacenado durante la vida intrauterina y no debe exceder del 7-10% del peso al nacer. Aunque siempre se debe evaluar la lactancia, una pérdida de 5-7% de peso obliga a una evaluación más cuidadosa.
- Los bebés empiezan rápidamente a ganar peso si lactan en forma exclusiva pronto después del nacimiento, tienen un buen agarre y amamantan

frecuentemente. Recuperan su peso de nacimiento a las 2 semanas. Usualmente ganan 100-200 gramos por semana durante los primeros 6 meses y 85-140 gramos por semana en el segundo semestre. Generalmente duplican su peso de nacimiento a los 5 ó 6 meses y lo triplican al año de edad.

- Una gráfica de crecimiento llenada en forma apropiada y periódica puede mostrar el patrón de crecimiento del bebé.
- Las gráficas muestran límites de crecimiento 'normales' de acuerdo a valores estadísticos, derivados de poblaciones de niños sanos. No hay una línea 'correcta' que todos los bebés deban seguir.
- Muchos bebés amamantados son más delgados (menos gordos) que los bebés alimentados artificialmente. Para evitar interpretaciones erradas, deben tomarse como referencia gráficas de crecimiento de poblaciones de niños amamantados, que se encuentran disponibles desde hace poco tiempo.

No espere a que la curva de peso sea mala para hacer una evaluación cuidadosa del amamantamiento. Comience y continúe con buenas prácticas de lactancia.

- La prueba de pesar al bebé antes y después de una mamada no da una buena indicación de la ingesta de leche o de la producción. La cantidad de leche que un bebé toma, varía de una mamada a otra.

Pesar al bebé antes y después de la mamada no es útil y puede preocupar a la madre y reducir su confianza en la lactancia, tentándola a dar suplementos.

- Un bebé que no gana peso, puede:
  - tener una enfermedad o
  - no estar consiguiendo suficiente leche, debido a una mala técnica de lactancia.
- Si el bebé tiene una buena lactancia - una buena transferencia de leche - y no gana peso o muestra signos de enfermedad, refiéralo para tratamiento médico. Un bebé con una condición tal como una enfermedad cardiaca congénita o un problema neurológico puede ganar peso lentamente aún si hay suficiente aporte de leche.
- Si el bebé parece deseoso de mamar, no tiene signos de enfermedad y no gana peso, él y su madre necesitan ayuda con la lactancia.
- Es necesario vigilar el peso de todos los niños periódicamente, incluyendo a aquellos que no amamantan.

- Si hay duda sobre la ingesta de leche, pese al bebé cada semana, si es posible.

3. PREVINIENDO LA DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE

Pregunte: ¿Cómo se puede prevenir la disminución de la producción de leche? Espere algunas respuestas y explique (añadiendo sólo lo que no hayan mencionado):

Practicar los Diez Pasos hacia una Lactancia Exitosa ayuda a asegurar una producción abundante de leche:

- Discuta la importancia de la lactancia y el manejo básico del amamantamiento, durante el embarazo (Paso 3).
- Facilite el contacto piel a piel después del parto (Paso 4).
- Ofrezca el pecho al bebé pronto después del nacimiento (Paso 4).
- Ayude al bebé a agarrarse al pecho de modo que pueda succionar bien (Paso 5)
- Apoye el amamantamiento exclusivo (Paso 6),
- Mantenga al bebé cerca de la madre, de modo que pueda notar las señales para mamar (Paso 7).
- Anime a la madre a amamantar frecuentemente, tan a menudo y por tanto tiempo como el bebé quiera (Paso 8)
- Evite el uso de chupones y biberones (Paso 9)
- Proporcione apoyo continuo a la madre y asegúrese de que la madre sabe cómo encontrar ese apoyo (Paso 10).

4. AYUDANDO A UNA MADRE CON PROBLEMAS DE "NO TENER SUFICIENTE LECHE"

- Use sus habilidades de comunicación:
  - Escuche a la madre y haga preguntas pertinentes,
  - Mire al bebé – estado de alerta, apariencia, conducta y curva de peso si está disponible.
  - Observe una mamada, usando la Ficha de Observación de la Mamada.
  - Responda la madre y dígale lo que encuentra. Use palabras positivas y evite enjuiciamientos.
  - Dé información pertinente usando lenguaje sencillo.
  - Ofrezca sugerencias que puedan mejorar la situación y discuta si esas sugerencias le parecen posibles a la madre.
  - Refuerce la confianza de la madre.
  - Ayúdela a encontrar apoyo para la lactancia y para la crianza.

Ayudando a la madre que <u>piensa</u> que "no tiene suficiente leche"

Es probable que usted encuentre que la falta de leche es aparente y no real, es decir, que la madre *piensa* que "no tiene suficiente leche" pero el bebé está obteniendo la leche que necesita.

A esta madre le falta confianza con relación a su propia leche. Su problema es la inseguridad. Es importante ayudarla pronto, de lo contrario, tal vez decida dar alimentación artificial a su bebé.
Use sus habilidades de comunicación para comprender la situación de la madre, reforzar su confianza y darle apoyo.

Pida a un participante que dé un ejemplo de uso de habilidades para ayudar a esta madre.

> *Cuando una madre cree que no tiene suficiente leche, a pesar de que su bebé obtiene la que necesita, es necesario reforzar la confianza de la madre en su capacidad para amamantar.*

Mejorando la ingesta/transferencia de leche

Pregunte: ¿Cómo ayudar a mejorar la transferencia de leche al bebé? Espere algunas respuestas. Explique y complete las respuestas:

- Busque la causa de la baja ingesta de leche y trate de remediarla. Esta puede requerir que usted:
  - Ayude al bebé a agarrarse bien al pecho.
  - Anime a la madre a amamantar a su bebé más frecuentemente.
  - Enseñe a la madre las señales del bebé para mamar, de modo que aprenda cuándo amamantarlo y cuándo ha terminado un pecho, antes de pasarlo al otro pecho, en vez de mirar el reloj.
  - Estimule el contacto piel a piel y mantenga al bebé cerca de la madre.
  - Sugiera evitar los biberones y chupones artificiales (incluyendo las pezoneras).
  - Sugiera ofrecer el pecho para calmar al bebé si está inquieto.
  - Sugiera evitar o reducir el uso de suplementos.
- Si la producción de leche es muy baja, se necesita otra fuente de leche por unos pocos días mientras la producción mejora.

Aumentando la producción de leche

Pregunte: ¿Qué es lo más importante para aumentar la producción de leche?

> *Para aumentar la producción de leche, el pecho necesita estímulo y que la leche sea extraída frecuentemente.*

- Las sugerencias mencionadas anteriormente para mejorar la transferencia de leche ayudarán a aumentar la producción. Además sugiera que la madre:

- Dé masaje suave al pecho mientras amamanta, para ayudar a que la leche fluya.
- Extraiga leche materna entre mamadas y la dé a su bebé con taza o con un suplementador de lactancia. Esto es particularmente importante si el bebé tiene una succión débil o es reacio a mamar a menudo.
- Hable con su familia para ver cómo puede manejar la necesidad de cuidar a su bebé con otras ocupaciones que demandan tiempo.
- Use alimentos, bebidas o yerbas que crea que aumentan la producción de leche, si son seguros. Pueden ser útiles si refuerzan la confianza de la madre en su capacidad para amamantar o si ayudan a cuidar a la madre al darle alimentos especiales. Usar alimentos o medicamentos no reemplaza la necesidad de una lactancia frecuente con buen agarre del pecho.

Para ayudar a una madre que no tiene suficiente leche o cuyo bebé no está obteniendo la leche que requiere, es necesario tratar la causa y reforzar la confianza de la madre.

Comer más no aumenta de por sí la producción de leche. Sin embargo, si la mujer está desnutrida, necesita comer más para tener energía. Si no está desnutrida, los alimentos y una bebida nutritiva que le agraden pueden ayudar a que se sienta confiada y relajada.
Toda mujer debe tomar líquidos para calmar su sed. Tomar más líquidos de los que desea no aumenta su producción de leche. Por el contrario, tomar demasiado líquido puede reducir la producción de leche.

Comer más o tomar más líquidos no aumentan la producción de leche por sí mismos.

Vigilancia y seguimiento

- Haga el seguimiento a la madre y al bebé para verificar que la producción o la transferencia de leche están mejorando o si ha recuperado la confianza en sus habilidades.
- La frecuencia del seguimiento depende de la severidad de la situación.
- Vigilar significa más que sólo pesar al bebé. Busque signos de mejoría que pueda señalar a la madre – mayor estado de alerta, menos llanto, succión más fuerte, más orina y deposiciones y cambios en sus pechos tales como llenado y goteo.
- La vigilancia le da también a usted oportunidad de hablar con la madre y ver cómo funcionan los cambios. Refuerce su confianza y alabe las cosas que está haciendo bien.

- Si el peso del bebé era muy bajo y se requirieron suplementos, redúzcalos conforme la situación mejore. Continúe vigilando al bebé por unas semanas después de que se hayan suspendido los suplementos, para asegurar que la producción de leche sea suficiente.

5. AYUDANDO A MADRE QUE HA SUSPENDIDO LA LACTANCIA (RELACTANCIA)

La relactancia se define como el restablecimiento de la producción de leche en una madre en quien ha disminuido considerablemente su producción de leche o que ha dejado de amamantar.

Pida a los participantes que mencionen algunas situaciones en que una madre puede desear relactar. Espere algunas respuestas y complemente:

Las situaciones en las cuales las madres pueden desear relactar incluyen cuando:

- El bebé estuvo enfermo, dejó de mamar durante algún tiempo y la madre no se extrajo la leche cuando el bebé no podía succionar.
- El bebé fue alimentado artificialmente y ahora la madre desea amamantarlo.
- El bebé se enferma o no crece adecuadamente con alimentos artificiales.
- La madre estuvo enferma y dejó de amamantar a su bebé.
- Una mujer ha adoptado un bebé, habiendo amamantado previamente a sus propios niños.

Pregunte ¿Qué se le debe sugerir a una madre que desea relactar?

Espere algunas respuestas y continúe.

- Una mujer que desea relactar debe ser animada a:
  - Dejar a su bebé succionar el pecho tan a menudo como sea posible, día y noche, y tanto tiempo como el bebé quiera.
  - Tener a su bebé en contacto piel a piel, las veces que pueda.
  - Masajear los pechos y extraer la leche entre mamadas, especialmente si el bebé no quiere succionar frecuentemente.
  - Continuar dando los alimentos artificiales necesarios hasta que la producción de leche sea suficiente para el crecimiento del lactante. Usar un suplementador o una taza, no usar chupones ni biberones.
  - Buscar el apoyo de su familia para asegurar que tenga suficiente tiempo para amamantar.
- Aveceslosmédicosprescribenmedicamentos(domperidonaometoclopramida) para aumentar la producción de leche. Estos medicamentos pueden ayudar en situaciones difíciles, pero no deben usarse rutinariamente. Aún si se usan, sólo son efectivos si el bebé succiona frecuentemente.
- El tiempo necesario para aumentar la producción de leche varía mucho. Es de gran ayuda que la madre esté motivada y su bebé quiera succionar frecuentemente.

- Es más fácil relactar si el bebé es muy pequeño (menos de dos meses) que si es mayor (más de 6 meses), aunque es posible a cualquier edad.
- Es más fácil cuando el bebé ha dejado la lactancia recientemente, que si lo hizo hace mucho tiempo. Sin embargo, es posible en cualquier momento.
- Una mujer que no ha amamantado durante años puede producir leche de nuevo, aún después de la menopausia. Por ejemplo, una abuela puede amamantar a su nieto.

Lo más importante para aumentar la producción de leche es que el bebé succione con frecuencia. Si el bebé no succiona, se debe extraer la leche frecuentemente o la producción de leche no aumentará, no importa lo que se haga.

Información adicional: La **lactancia inducida** es establecer la producción de leche en una mujer que no ha amamantado nunca o que no ha estado embarazada. Por ejemplo, en casos de adopción.

Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

Preocupación de "No tener suficiente leche"

- La mayoría de veces, cuando una madre *piensa* que no tiene suficiente leche, en realidad su bebé está obteniendo toda la que necesita.
- Explique a las madres los signos confiables de suficiente leche: orinas diluidas y deposiciones y ver al bebé alerta y creciendo. La ganancia de peso es un signo confiable si hay disponible una balanza precisa y los controles consecutivos de peso se hacen en la misma balanza.
- Refuerce la confianza de la madre en su capacidad para amamantar.
- La razón más común para una baja producción de leche es no extraer suficiente leche del pecho de modo que se produce menos leche.
- Causas comunes de baja transferencia de leche son: Mal agarre, mala succión, mamadas cortas o infrecuentes; bebé enfermo o débil.

Patrones de crecimiento normal de los lactantes

- Los recién nacidos pueden perder 7- 10% de su peso al nacer en los primeros días después del nacimiento, pero deben recuperar su peso de nacimiento a las 2 semanas.
- Si empiezan a amamantar exclusivamente pronto después del parto, pueden perder muy poco peso y empiezan pronto a ganarlo.
- Los bebés usualmente ganan 100-200 gramos por semana durante los primeros 6 meses y 85-140 gramos por semana en el segundo semestre. Generalmente duplican su peso a los 6 meses y lo triplican al año de edad.

Previniendo la disminución de la producción de leche

- La práctica de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa ayuda a asegurar abundante producción de leche.

Ayudando a una madre con problemas de "no tener suficiente leche"

- Use sus habilidades de comunicación.
- Busque una causa de baja transferencia de leche, ofrezca posibles soluciones: Mejore el agarre, aumente la frecuencia y duración de las mamadas, evite suplementos y chupones.
- Aumente la producción de leche, sugiriendo: Lacte más a menudo, por más tiempo, extraiga leche entre mamadas, hable con la familia sobre el apoyo.
- Si usted encuentra que la falta de leche es aparente y no real, exprese que comprende la situación de la madre, refuerce su confianza y déle apoyo.
- Vigile y haga el seguimiento hasta que la ganancia de peso sea adecuada y la madre tenga confianza.

RESUMEN

Ayudando a una madre que ha suspendido la lactancia

Relactancia es el restablecimiento de la producción de leche de una madre que tiene una producción muy disminuida o que ha dejado de amamantar.

- Puede necesitarse la relactancia porque:
  - El bebé estuvo enfermo e incapaz de succionar y la madre no se extrajo la leche,
  - El bebé fue alimentado artificialmente y ahora la madre quiere amamantar,
  - El bebé se enfermó con los alimentos artificiales,
  - La madre estuvo enferma y suspendió la lactancia,
  - La madre ha adoptado un bebé, habiendo amamantado antes a sus propios hijos.
- Una mujer que desea relactar debe ser animada a:
  - Dejar a su bebé succionar el pecho frecuentemente, en contacto piel a piel.
  - Masajear los pechos y extraer la leche entre mamadas.
  - Continuar dando los alimentos artificiales necesarios hasta que la producción de leche sea suficiente. No usar chupones ni biberones.
  - Buscar el apoyo de su familia para asegurar el suficiente tiempo para lactar.
- A veces puede usarse terapia medicamentosa pero sólo es efectiva si también se aumenta la estimulación de los pechos.
- Es más fácil relactar si:
  - el bebé es muy pequeño (menor de 2 meses) y no ha usado chupón,
  - la madre dio a luz recientemente y no hace mucho que suspendió la lactancia.
- Sin embargo la relactancia es posible a cualquier edad o tiempo de suspensión de lactancia. Incluso las abuelas pueden relactar para alimentar a sus nietos.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 10:
PRODUCCIÓN DE LECHE

1. ESTUDIO DE CASO

Preparación:
Pida a tres participantes representar los roles del caso siguiente: Este juego de roles debe reflejar lo que debe hacer el profesional de salud y cómo hará el seguimiento. Haga la evaluación del juego de roles con una discusión entre todos los participantes.

Materiales:
Una muñeca o una pieza de tela o ropa que pueda ser usada como "el bebé"
Diapositiva 10/1: Estudio de Caso

Personajes:
La paciente, Ana
Su suegra
Un profesional de salud en el consultorio externo

Caso:
Ana dio a luz un niño sano en el hospital hace dos semanas. Hoy ella, su bebé y su suegra retornan al hospital porque el bebé "duerme todo el tiempo" e hizo sólo tres deposiciones esta semana. Cuando el profesional de salud de consultorio externo pesa al bebé lo encuentra con un 12% por debajo de su peso al nacer.
El profesional de salud pregunta acerca de lo ocurrido, usando buenas habilidades de comunicación.

Las preguntas que el profesional de salud debe hacer incluyen:

¿Puede contarme cómo fueron los primeros días después del parto?
¿Cómo amamantó el bebé en los primeros días?
¿Cómo siente que el bebé está lactando ahora?
¿Toma el bebé algo más que leche materna?

El profesional de salud aprende que:

- Ana y su bebé fueron dados de alta al segundo día del parto.
- Ana recibió muy poca información sobre la lactancia mientras estuvo en el hospital.
- Ana siente que su bebé está rechazando sus pechos.
- Ayer, la suegra empezó a ofrecer té con miel en biberón dos veces al día, al bebé.

Muestre la Diapositiva 10/1 con el resumen del caso

El profesional de salud también observa una mamada y ve que el bebé está sostenido muy suelto, que tiene que doblar el cuello para alcanzar el pecho. El bebé tiene muy poco pecho en su boca y suelta el pecho fácilmente. Cuando suelta el pecho se molesta, mueve su cabeza a los lados, llora y tiene dificultad para prenderse al pecho de nuevo.

Preguntas de discusión: *(con posibles respuestas)*

Preguntas	Posibles respuestas
¿Cuáles son los elementos positivos en esta situación que pueden servir como punto de partida?	Ellas han buscado ayuda, la suegra está cuidándolos y el biberón fue dado sólo por un día.
¿Cuáles son las principales cosas que esta familia necesita saber ahora?	Lo principal es: - Cómo colocar y prender al bebé al pecho para una lactancia eficaz. - Amamantar frecuentemente (cada 2 horas o más a menudo), despertar al bebé si es necesario. - No darle agua (ni leche ni té), no usar biberón ni chupón. Extraer leche materna y dársela al bebé con taza. También es útil: - Usar mucho contacto piel a piel para ayudar al bebé a aprender que el pecho es un lugar cómodo para estar y ayudar a estimular la liberación de prolactina, - Permitir al bebé terminar un pecho e ir al otro pecho, - Saber que la extracción de leche produce más leche, - Conocer los signos de tener suficiente leche.
¿Qué seguimiento ofrecerá usted?	- Ver a la madre y al bebé en 1-2 días si es posible, para verificar si la mamada y la ganancia de peso han mejorado. - Continuar la evaluación y el seguimiento hasta que el bebé esté lactando y ganando peso adecuadamente.

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

a. *Nora le dice a usted que piensa que no tiene suficiente leche. ¿Qué es lo primero que usted le dice? ¿Qué le preguntará para saber si ella realmente tiene una baja producción de leche?*

b. *Usted decide que Mario, el bebé de Rina no está tomando suficiente leche materna para sus requerimientos. ¿Qué cosas puede usted hacer para ayudar a Rina a aumentar la cantidad de leche materna que su bebé recibe?*

CAPÍTULO 11

AFECCIONES DEL PECHO

Objetivos:

Al final de esta sesión los participantes serán capaces de:

1. Identificar los pasos a realizar cuando examinen los pechos de una madre;
2. Ayudar a madres con pezones planos, invertidos o largos.
3. Conocer las causas, prevención y manejo de la ingurgitación y de la mastitis;
4. Conocer las causas, prevención y manejo de los pezones dolorosos;

Materiales:

- Afecciones de Pecho del CD interactivo.
- Jeringa de 10 o 20 cc y una cuchilla afilada para cortarla.
- Un globo.

AFECCIONES DEL PECHO

Muchas mujeres que han decidido amamantar a su bebé, terminan destetando precozmente debido a problemas que, en su mayoría, pueden prevenirse o tratarse.
Los profesionales de la salud deben estar preparados para ofrecer ayuda útil para prevenir o resolver esos problemas.

1. EXAMEN DEL PECHO

Muestre la Diapositiva 11/1: Examen del Pecho

- Siempre observe la condición de los pechos de la madre cuando evalúe una mamada.
  En la mayoría de casos es todo lo que necesita hacer, dado que puede ver los aspectos más importantes cuando ella pone al bebé al pecho o cuando el bebé termina la mamada.
- Después que nace el bebé, no es necesario examinar minuciosamente los pechos y los pezones de todas las mujeres que amamantan.

Siempre se debe observar la condición de los pechos al evaluar la mamada. Después del parto, sólo se necesita examinar minuciosamente el pecho y los pezones de una madre, si tiene dolor o alguna dificultad para la lactancia.

- Si usted necesita examinar los pechos de la mujer:
  - Explique lo que usted quiere hacer.
  - Asegure la privacidad para ayudarla a sentirse cómoda y considere las costumbres y el pudor.
  - Pida permiso antes de que se expongan y toquen los pechos.
  - Si usted necesita tocar los pechos, hágalo suavemente.

Primero pregunte:

- ¿Cómo cambiaron sus pechos en el embarazo? Si los pechos crecieron y la areola se oscureció durante el embarazo, usualmente significa que hay mucho tejido mamario.
- ¿Ha tenido cirugía del pecho, que podría haber seccionado algunos conductos lácteos o nervios, o debida a un absceso mamario?
- Qué ha notado ella acerca de sus pechos – ¿hay algo que le preocupe?

Si es así pídale que se lo muestre.

Luego mire:

- ¿Son los pechos muy grandes o muy pequeños?
- ¿Hay alguna cicatriz que pueda indicar problemas anteriores con la lactancia tal como un absceso o cirugía?
- ¿Está el pecho hinchado con la piel tensa y brillante? Esto sugiere ingurgitación con edema. El llenado normal cuando la leche baja, hace que el pecho se agrande, pero no que se hinche ni se ponga la piel brillante y edematosa.
- ¿Hay rubicundez de alguna parte del pecho? Si es difusa o generalizada, puede deberse a ingurgitación. Si es localizada, puede ser un conducto obstruido (área pequeña) o mastitis (área más grande, claramente definida). Una coloración violácea sugiere un posible absceso.
- ¿Cuál es el tamaño y la forma de los pezones? (largos o planos, invertidos, muy grandes). ¿Podría su forma dificultar el agarre? ¿Son protráctiles?
- ¿Hay grietas o fisuras? Esto usualmente significa que el bebé ha estado mamando con mal agarre.
- ¿Hay alguna erupción o rubicundez del pezón?

Luego palpe:

- ¿Es el pecho duro o suave? La dureza generalizada, a veces con varias masas, puede deberse al llenado normal o a ingurgitación. La apariencia de la piel (brillante con la ingurgitación o normal con el llenado) y la turgencia (flexibilidad) de la piel le dirán a usted cuál de las dos es. ¿Hay sensibilidad al roce o dolor a la palpación?

Luego explique:

- Hable a la madre sobre lo que encontró. Resalte los signos positivos, no suene crítico acerca de sus pechos. Refuerce su confianza en su capacidad de lactar.

2. AYUDANDO A MADRES CON PEZONES PLANOS, INVERTIDOS O LARGOS

Muestre la Diapositiva 11/2 – Tamaño y forma del pecho y del pezón
Hay diferentes formas y tamaños de pechos y pezones. Los bebés pueden amamantar de la mayoría de ellos.

> *Es importante tranquilizar a la madre, asegurándole que ella puede producir suficiente leche, cualquiera que sea el tamaño y la forma de sus pechos.*

Ayudando a la madre con pezones planos o invertidos

- No hay necesidad de 'diagnosticar' o tratar un pezón que parece plano o invertido durante el embarazo. Los pezones pueden cambiar de forma y volverse más *protráctiles* o "*elásticos*" en el transcurso del embarazo y en la primera semana después del parto. Así que aún si los pezones de una mujer se ven planos en los primeros meses del embarazo, su bebé podrá mamar sin dificultad.

Muestre la Diapositiva 11/3: La protractilidad del pezón es más importante que su forma.
Pregunte: ¿Qué les parece este pezón (de la foto de la izquierda)?

- El pezón se ve plano. Sin embargo, *en la foto de la derecha*, la madre está examinando su pecho para comprobar la protractilidad del pezón y la elasticidad del pecho alrededor del pezón. Su pecho es muy protráctil y el bebé podrá succionar sin dificultad.

> *La protractilidad y la elasticidad del pecho son más importantes que la forma del pezón.*

No se recomiendan los formadores de pezón ni ejercicios especiales durante el embarazo para ayudar a "formar" los pezones ya que pueden ser dolorosos y dar a la mujer la impresión de que sus pechos no son adecuados para amamantar.

> *Los pezones planos o invertidos no siempre representan un problema.*
> *Los bebés se prenden al pecho no al pezón.*

- En ocasiones, la forma del pezón puede hacer que al bebé le resulte difícil lograr un buen agarre del pecho. Al comienzo la madre puede necesitar ayuda adicional para que el bebé pueda lactar.

Muestre la Diapositiva 11/4: Pezón invertido
Pregunte: ¿Qué les parece este pezón?

- Es un pezón invertido. Si esta mujer examina sus pechos para comprobar la protractilidad, su pezón se introducirá en vez de salir *(figura inferior derecha).* Hay además una cicatriz, por un absceso mamario. Esto sucedió probablemente por un mal agarre que no le permitió a su bebé extraer la leche y no tuvo la ayuda apropiada y oportuna.
- La mejor manera de ayudar a una mujer con pezones invertidos es reforzar su confianza y proporcionar un buen apoyo desde el nacimiento del bebé:
  - Asegure un contacto piel a piel sin interrupciones, inmediatamente después del parto y en otros momentos, para ayudar al bebé a encontrar espontáneamente el pecho, en el momento apropiado para él.
  - Ayude con la posición y el agarre los primeros 2 días, antes de que los pechos se llenen. Explíquele a la madre que el bebé mama el pecho, no el pezón.
  - Ayude a la madre a encontrar la posición que ayude a su bebé a tomar el pecho. Por ejemplo, inclinada sobre el bebé en una mesa, para que el pecho caiga hacia su boca.
  - Sugiera que ella cambie suavemente la forma del pecho, sosteniendo el pecho con la mano en C, a manera de sándwich, de modo que el bebé pueda prenderse.

Puede demostrarle a los participantes la "técnica del sándwich" con el globo (Ver Capítulo 3 - Ejercicios).

- Explique que los bebés pueden necesitar tiempo para aprender y luego se prenderán espontáneamente.
- Sugiera que la madre toque la boca del bebé con el pezón y espere hasta que el bebé abra bien la boca antes de llevar el bebé al pecho. Enseñe a la madre a reconocer un agarre eficaz.
- Anime a la madre a hacer que sus pezones sobresalgan antes de una mamada. Ella puede estimular suavemente su pezón, usar una bomba de extracción, usar otro dispositivo de succión suave o que alguien succione (si es aceptable).
- Evite los chupones porque pueden dificultar el agarre del bebé.
- Prevenga la ingurgitación del pecho ya que dificulta el agarre del bebé. Si es necesario, extraiga leche y désela en taza mientras el bebé aprende a mamar.

Método de la jeringa para el tratamiento de los pezones invertidos

Muestre la Diapositiva 11/5 – Método de la jeringa para pezones invertidos
Adaptado de: N. Kesaree, y col, (1993) Tratamiento de Pezones Invertidos Usando Jeringa Descartable,
Journal of Human Lactation; 9(1): 27-29

Este método puede ayudar a sacar un pezón invertido y al bebé a agarrarse al pecho.
La madre misma debe usar la jeringa, para que pueda controlar la fuerza de succión y evitar lastimar el pezón.

- Tome una jeringa de por lo menos 10 ml o de 20 ml de modo que sea lo suficientemente grande para adaptarse al pezón de la madre.
- Corte el extremo del cuerpo de la jeringa donde usualmente se coloca la aguja. Usted necesita una cuchilla afilada o tijeras.
- Voltee el émbolo, de modo que entre por el extremo (ahora de bordes irregulares) que cortó.
- Antes de poner el bebé al pecho, la madre:
  - Jala el émbolo aproximadamente un tercio fuera del cuerpo de la jeringa;
  - Pone el extremo de bordes lisos de la jeringa sobre el pezón;
  - Suavemente jala el émbolo para mantener una presión suave pero estable durante cerca de 30 segundos;
  - Empuja el émbolo de regreso ligeramente para reducir la succión conforme retira la jeringa de su pecho.
- Diga a la madre que, si siente dolor, empuje el émbolo de regreso para disminuir la succión. Esto evita dañar la piel del pezón y de la areola.

Haga una demostración con la jeringa, usando el globo.

Ayudando a la madre con pezones largos o grandes

Muestre la Diapositiva 11/6: Pezón largo
Pregunte: ¿Qué les parece este pezón (de la foto de la izquierda)?
Es un pezón largo.
¿Qué piensan ustedes del agarre del bebé (de la foto de la derecha)?
El agarre es deficiente (Boca cerrada, mentón y nariz lejos del pecho).

- Los pezones largos o grandes pueden causar dificultades porque el bebé no toma suficiente pecho dentro de la boca.
- Ayude a la madre a colocar y prender al bebé de manera que haya una gran cantidad de pecho en la boca, no sólo el pezón.
- Si el bebé tiene arcadas repetidamente por causa de un pezón largo. Pida a la madre que se extraiga leche y que se la dé al bebé en taza por algunos días. Los bebés crecen rápidamente y sus bocas pronto se hacen más grandes.

3. INGURGITACIÓN, CONDUCTOS OBSTRUIDOS Y MASTITIS

Pregunte: ¿Qué puede usted explicar a la madre acerca de los cambios normales del pecho durante la lactancia y los cambios que pueden indicar un problema?
Espere algunas respuestas.
- Muestre la Diapositiva 11/7- Pecho lleno.

- **Pecho lleno (normal):** Cuando la leche "baja", hay un mayor flujo sanguíneo hacia el pecho, así como más leche. Los pechos se pueden sentir tibios, llenos y pesados. Esto es normal. Para aliviar la llenura, amamante al bebé con frecuencia y use compresas frías entre las mamadas. En pocos días, los pechos adaptarán la producción de leche a las necesidades del bebé.

- Muestre la Diapositiva 11/8 – Ingurgitación

- **Ingurgitación o congestión:** Si la leche no se extrae, la leche, la sangre y la linfa se congestionan y dejan de fluir bien, lo que resulta en hinchazón y edema. Los pechos se ponen calientes, duros y dolorosos y lucen tensos y brillantes. El pezón puede estar muy estirado y plano, lo que dificulta el agarre del bebé y puede resultar en pezones dolorosos. A diferencia de la llenura normal del pecho, en la ingurgitación la leche no fluye y puede haber fiebre que cede en 24 horas.
- Si la congestión continúa, el factor inhibidor de la lactancia reduce la producción de leche.
- Las causas de la ingurgitación incluyen:
  - Demora en el inicio de la lactancia;
  - Mal agarre, de modo que no se extrae la leche eficazmente;
  - Mamadas infrecuentes, de corta duración o suspensión de la lactancia nocturna.

¿Sus prácticas ayudan a evitar la ingurgitación?

- Si se ven muchos casos de ingurgitación en el establecimiento de maternidad, debe revisarse el patrón de cuidado de las madres. La implementación de los Diez Pasos hacia una Lactancia Exitosa previene la más dolorosa ingurgitación. Si usted puede contestar "sí" a todas las siguientes preguntas, habrá muy poca ingurgitación en su establecimiento.
  - ¿Se practica el contacto piel a piel en el parto? ¿Se inicia la lactancia dentro de la hora después del nacimiento? (Paso 4)
  - ¿El personal ofrece ayuda pronto y asegura que cada madre sepa cómo colocar el bebé al pecho? Si el bebé no está lactando ¿se anima a la madre y se le muestra cómo extraerse la leche frecuentemente? (Paso 5)
  - ¿Se mantienen juntos a madres y bebés las 24 horas del día? (Paso 7)
  - ¿Es toda madre animada a amamantar cada vez que su bebé quiere y por el tiempo que desee, día y noche (por lo menos 8 a 12 mamadas en 24 horas)? (Paso 8)
  - ¿Se ha suspendido el uso de chupones y biberones que puedan reemplazar la succión del pecho? (Paso 9)
  - ¿Se ha informado a la madre que el hospital le brindará ayuda después del alta y se le ha recomendado un grupo de apoyo de su comunidad? (Paso 10)

Ayude a las madres a aliviar la ingurgitación

Para tratar la ingurgitación, es esencial extraer la leche del pecho.

La extracción de la leche:
- Alivia la incomodidad de la madre,
- Previene complicaciones como mastitis y absceso mamario,
- Ayuda a asegurar la producción de leche,
- Permite que el bebé reciba leche materna.

Cómo ayudar a una madre a aliviar la ingurgitación:
- Si el bebé puede succionar:
  - Verifique el agarre. Si la causa ha sido un mal agarre, ayude a la madre a colocar a su bebé al pecho. Para facilitar el agarre, sugiera a la madre que extraiga algo de leche de sus pechos antes de lactar, para ablandar la areola.
  - Estimule mamadas frecuentes. Si las mamadas han sido limitadas, anime a la madre a amamantar cuando y cuanto el bebé quiera.
  - Si la lactancia sola no reduce la ingurgitación, aconseje a la madre extraerse, algunas veces, la leche entre mamadas hasta que esté cómoda.
- Si el bebé no puede succionar: Ayude a la madre a extraerse la leche con frecuencia.
- Antes que el bebé lacte o de extraer la leche, estimule el reflejo de oxitocina:
  - Aplique compresas tibias (paños húmedos), una ducha o un baño tibio.
  - Dé un masaje a la espalda y al cuello u otras formas de relajación.
  - Ayude a la madre a estar cómoda. Puede necesitar sostener sus pechos si son grandes.
  - Provea una atmósfera de apoyo; refuerce la confianza de la madre explicándole que la ingurgitación se resolverá pronto.
  - Las compresas frías pueden disminuir el dolor entre lactadas o puede ser necesario un analgésico como paracetamol o ibuprofeno.

Aliviando la ingurgitación en la madre que no amamanta
- *Sostenga bien los pechos* para estar más cómoda. No vende los pechos ajustadamente, ya que puede aumentar la incomodidad.
- *Aplique compresas.* El calor es cómodo para algunas madres, mientras que otras prefieren compresas frías para reducir la hinchazón y el dolor.
- *Extraiga suficiente leche para calmar la incomodidad*. Puede hacerse pocas veces al día, cuando los pechos estén muy llenos. No es necesario si la madre está cómoda. Debe sacarse menos leche de la que el bebé tomaría, para no estimular la producción de leche.
- *Calme el dolor.* Puede usarse un analgésico, tal como ibuprofeno o paracetamol.

Algunas mujeres usan productos vegetales como infusiones de yerbas (llantén) u hojas de col cruda puestas directamente al pecho para reducir el dolor y la hinchazón.

- *No se recomiendan los tratamientos farmacológicos* * para reducir la producción de leche. Los métodos mencionados son considerados más efectivos a largo plazo.

* —Dietilestilbestrol – los efectos colaterales incluyen sangrado al suspenderlo y trombo embolismo.

—Estrógeno – la ingurgitación y el dolor disminuyen pero pueden recurrir al suspender la droga.

—Bromocriptina – inhibe la secreción de prolactina. Los efectos secundarios incluyen muerte materna convulsiones e ictus. Se ha suspendido su uso en muchos países.

—Cabergolina – inhibe la secreción de prolactina. Considerado más seguro que la bromocriptina. Sus posibles efectos incluyen cefalea, mareo, hipotensión, sangrado nasal.

Conductos obstruidos y mastitis (inflamación del pecho)

- La leche atascada como consecuencia del vaciado defectuoso de una parte del pecho, es el conducto obstruido.
- Si la leche permanece en parte del pecho, puede causar inflamación del tejido mamario o mastitis no infecciosa. Inicialmente no hay infección, sin embargo puede infectarse y convertirse en una mastitis infecciosa.
- La mayoría de mastitis se presentan en las primeras 12 semanas, aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia. El germen que con mayor frecuencia causa la mastitis infecciosa es el *Staphylococcus aureus* productor de beta-lactamasa. La puerta de entrada para las bacterias puede ser una grieta en el pezón, los conductos lactíferos o la vía hematógena.
- Los conductos obstruidos y la mastitis pueden ser causados por:
  - Lactancia infrecuente – puede ser que el bebé despierte poco frecuentemente, sus signos de hambre pasen desapercibidos o la madre esté muy ocupada.
  - Extracción inadecuada de la leche de un área del pecho.
  - Presión en un área del pecho, por ropa apretada, echarse sobre el pecho, presión de los dedos de la madre o trauma.
  - Madre ansiosa, con estrés, que no tiene apoyo, lo amamanta por períodos cortos.
- Una mujer con un **conducto bloqueado** puede decirle que siente un bulto y la piel sobre él puede estar roja. El bulto puede ser sensible. La madre usualmente no tiene fiebre y se siente bien.
- Una mujer con **mastitis** puede reportar alguno o todos los siguientes signos y síntomas:
  - Dolor y rubicundez del área,

- Fiebre, escalofríos,
- Cansancio o náusea, cefalea y malestar y dolor general.

Si una madre que amamanta se queja de que tiene "gripe", lo primero que se debe considerar es descartar una mastitis infecciosa.

- Los síntomas de mastitis no infecciosa son los mismos de la mastitis infecciosa.
- Aunque no se hace de rutina, el recuento de leucocitos y bacterias en una muestra de leche permite diferenciar la mastitis no infecciosa de la infecciosa. En la mastitis no infecciosa aumenta el número de leucocitos (más de 10^6/ml) pero no el número de bacterias. La presencia de más de 10^6 leucocitos/ml y más de 10^3 bacterias/ml se considera diagnóstico de mastitis infecciosa.

- *Muestre la Diapositiva 11/9 – foto de mastitis. Note que el área es roja y hay una hinchazón severa. Los participantes y las madres necesitan aprender a reconocer los conductos obstruidos y la mastitis precozmente para que no progrese a esta severidad.*

- La mastitis, a diferencia de la ingurgitación, generalmente es unilateral, el dolor y los signos inflamatorios son más intensos, están localizados en una zona de la mama y se acompaña de fiebre y malestar general.

Asistencia a una madre con un conducto bloqueado o una mastitis

La parte importante del tratamiento es mejorar el drenaje de leche de la parte afectada del pecho, sin descuidar el manejo del dolor. Busque la causa del drenaje deficiente y corríjala.

- Observe una mamada. Note si los dedos de la madre presionan hacia adentro o bloquean el flujo de leche.
- Note si sus pechos son muy grandes. Si el conducto obstruido o la mastitis está en la zona inferior, levantar el pecho mientras lacta el bebé puede ayudar a drenar mejor esa parte del pecho.
- Pregunte acerca de la frecuencia de las mamadas y si se le permite al bebé lactar tanto como quiera.
- Pregunte acerca de la presión de ropas ajustadas, especialmente un sostén usado en la noche o trauma del pecho.

Tratamiento de la mastitis

Aconseje a la madre que haga lo siguiente:

- Extraerse la leche frecuentemente (Si no se extrae, puede formarse un absceso). La mejor manera de hacerlo es continuar amamantando al bebé frecuentemente.

- Ofrecer al bebé el pecho afectado primero (si no es demasiado doloroso).
- Verificar que el bebé tenga un buen agarre al pecho.
- Ayudar a que la leche fluya:
  - Hacer un suave masaje sobre el conducto obstruido o el área sensible, hacia abajo, hacia el pezón, durante la mamada.
  - Aplicar compresa húmeda, tibia en el área, antes de la mamada.
  - Verificar que la ropa, especialmente el sostén, no esté muy ajustada.
  - Descansar con el bebé, de modo que pueda mamar seguido. La madre debe tomar bastante líquido. La madre que trabaja fuera del hogar, debe pedir una licencia, si es posible.
  - Aplicar compresas frías para disminuir el dolor del pecho, entre las mamadas o las sesiones de extracción.

¡Que descanse la madre, no el pecho!

- Si la madre o el bebé no quieren amamantar frecuentemente, es necesario extraer leche y dársela al bebé. Si no se extrae la leche, la producción puede cesar, el pecho se pone más doloroso y puede formarse un absceso.
- La madre requiere reposo, debe buscarse el apoyo de la familia en las tareas del hogar.

En el tratamiento de la mastitis es fundamental continuar el amamantamiento frecuente.

Tratamiento medicamentoso para la mastitis

- El tratamiento anti-inflamatorio ayuda a reducir los síntomas de mastitis. El ibuprofeno es apropiado si está disponible. Un analgésico suave como el paracetamol puede usarse como alternativo.

Usualmente el conducto obstruido o la mastitis mejoran en el lapso de un día, cuando el drenaje de dicha parte del pecho mejora.

- La terapia antibiótica está indicada si:
  - La madre tiene fiebre 24 horas o más;
  - Hay evidencia de posible infección, por ejemplo un pezón agrietado obviamente infectado;
  - Los síntomas de la madre no empiezan a mejorar después de 24 horas de amamantamiento frecuente y eficaz y /o extracción de leche;
  - La condición de la madre empeora.

  Antes de iniciar el tratamiento antibiótico, es ideal tomar una muestra de leche para cultivo, que permitirá confirmar si se trata de una mastitis infecciosa, identificar el agente causal y elegir el antibiótico apropiado.

Mientras se tiene el resultado del cultivo o si no es posible hacerlo, se da un antibiótico antiestafilocócico por vía oral - dicloxacilina, flucloxacilina, amoxicilina-clavulánico, cefalexina - Se recomiendan 10 a 14 días de tratamiento, para evitar las recidivas.

La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante. La madre puede pensar en suspender la lactancia, por lo que necesita más apoyo y asegurarle que la leche no tendrá efecto perjudicial en el niño y que los beneficios de la lactancia materna compensan el dolor y las molestias que tiene que pasar.

Tratamiento de un absceso mamario

- Si la mastitis no se trata pronto, puede convertirse en un absceso. Un absceso mamario es una colección de pus dentro del pecho. Produce una hinchazón dolorosa, a veces con coloración púrpura.

> *El tratamiento precoz y adecuado de la mastitis debe evitar la formación de un absceso.*

- El absceso requiere drenaje quirúrgico. La incisión debe ser circular en la piel, siguiendo el borde de la areola; en el tejido mamario es radial, para minimizar el daño al tejido.
- La madre puede continuar amamantando si la sonda de drenaje o la incisión no interfieren con el agarre.
- Si la madre no puede o no desea amamantar de ese pecho por la localización del absceso, necesita extraer la leche. Su bebé puede empezar a mamar otra vez de ese pecho tan pronto como empiece a cicatrizar (usualmente 2-3 días).

> *El absceso mamario no contraindica la lactancia materna.*

- La madre puede continuar amamantando normalmente del pecho no afectado.

3. PEZONES DOLOROSOS

- **¡La lactancia no debe doler!** Algunas madres tienen los pezones ligeramente sensibles al comienzo de la mamada por unos días, lo que desaparece conforme la lactancia mejora. Un dolor que haga que la madre tema poner al bebé al pecho o un daño visible de los pezones, no es normal y necesita atención.

Las causas tempranas más comunes del dolor de pezones son simples y evitables.

- Si las madres en su establecimiento de salud tienen pezones dolorosos, asegúrese de que todo el personal sabe cómo ayudar a las madres a colocar a sus bebés al pecho. Cuando los bebés tienen un buen agarre al pecho y lactan frecuentemente, la mayoría de las madres no tiene pezones dolorosos.

Historia clínica y observación de los pezones dolorosos

- Pida a la madre que describa lo que siente.
  - El dolor al comienzo de una mamada, que desaparece cuando el bebé suelta el pecho, es más probable que se relacione con el agarre del bebé al pecho.
  - El dolor que empeora durante la mamada y continúa después de que la mamada termina, descrito a menudo como quemante o punzante, es más probable que sea causado por *Candida albicans.*
- Mire los pezones y el pecho

- La piel agrietada usualmente es causada por mal agarre.
- La piel que está roja, brillante, que pica y se descama, a veces con pérdida de pigmentación, se ve más a menudo con *Candida.*
- Recuerde que la *Candida* y el trauma por mal agarre pueden existir juntos.
- El pezón y el pecho pueden tener eczema, dermatitis y otras afecciones de la piel, en forma similar a otras partes del cuerpo.

Muestre Diapositivas de pezones dolorosos

- *11/10 - Este pezón tiene una grieta en una línea a través de la punta del pezón. Esta es probablemente resultado de mal agarre. .*
- *11/11 - Este pezón está rojo y doloroso. Note las marcas rojas y magulladura alrededor de la areola. Esta es probablemente resultado de mal agarre.*

- Observe una mamada completa. Use la *Ficha de Observación de la Mamada.*
  - Verifique cómo va el bebé en el pecho, su agarre y la succión.
  - Note si la madre termina la mamada o si el bebé suelta el pecho por sí mismo.
  - Observe cómo luce el pezón al final de la mamada. ¿Luce deformado (aplastado), rojo o tiene una línea blanca?

El mal agarre es la causa más común de pezones dolorosos.

- Examine la boca del bebé, buscando frenillo corto y Candidiasis (muguet).

- Pregunte a la madre sobre historia previa de *Candida*, o cualquier cosa que pueda contribuir a *Candida,* tal como uso reciente de antibióticos.
- Si la madre usa una bomba de extracción verifique que está colocada apropiadamente y que la presión de succión no sea demasiado alta.
- Decida la causa de los pezones dolorosos. Las causas más comunes son:
  - Mal agarre;
  - Secundario a ingurgitación o ambos causados por mal agarre;
  - La madre 'jala' al bebé del pecho para terminar una mamada sin romper primero el sello entre la boca y el pecho;
  - Una bomba que puede causar excesivo estiramiento de pezones y pecho o irritar el pecho;
  - *Candida* que puede pasar de la boca del bebé a los pezones;
  - El frenillo lingual corto, que no permite que la lengua llegue sobre la encía inferior causando así fricción sobre el pezón. *(Diapositiva 11/12).*
- Hay otras causas menos comunes de pezones dolorosos. Disponga que la madre consulte a alguien con experiencia en estas causas menos comunes, si es necesario.

Manejo de pezones dolorosos

- Asegure a la madre que los pezones dolorosos se curarán y se prevendrán en el futuro.
- Trate la causa:
  - Ayude a la madre a mejorar la posición y el agarre del bebé. Esto puede ser todo lo que se necesite. Si es necesario, muestre cómo alimentar al bebé en diferentes posiciones. Esto ayuda a calmar cualquier dolor porque el bebé presiona una zona diferente del pezón y permite continuar dando de lactar mientras los pezones cicatrizan.
  - Trate las afecciones de la piel o retire la fuente de irritación. Trate la *Candida.*
  - Aunque la mayoría de los niños con frenillo corto pueden amamantar sin dificultad, si hay un frenillo corto que no permite extender la lengua sobre la encía y los pezones de la madre han estado dolorosos por 2 a 3 semanas, considere referir al bebé para el corte del frenillo.
- Sugiera medidas de alivio mientras los pezones se curan:
  - Aplique a los pezones leche materna extraída después de una mamada, para lubricarlos y suavizarlos.
  - Aplique compresas húmedas tibias al pecho antes de la mamada, para estimular la bajada de la leche.
  - Empiece cada mamada por el pecho menos doloroso.
  - Si el bebé se queda dormido en el pecho y ya no está mamando activamente, pero continúa agarrado al pecho, retire suavemente al bebé del pecho.

- Si el dolor al amamantar es muy intenso, se puede dar al bebé la leche extraída hasta que cicatrice la grieta.
- Lave los pezones sólo una vez al día, durante la higiene corporal, no en cada mamada. Evite el uso de jabón en los pezones ya que retira los aceites naturales. (Este es el lavado normal, no sólo si los pezones son dolorosos).

Infección por Candida (Muguet)

- Las infecciones por *Candida* a menudo siguen al uso de antibióticos (para tratar la mastitis, otras infecciones o después de una cesárea).
- Es importante tratar tanto a la madre como al bebé, de modo que la infección no continúe pasando de uno a otro.
- Antes de comenzar el tratamiento, verifique otras causas de dolor tales como mal agarre, que pueden ocurrir al mismo tiempo.
  - *11/13 – Candida en un pezón de piel oscura.*
  - *11/14 – Candida en un pezón de piel clara.*
- Son signos de infección por *Candida*:
  - Pezones normales, rojos o irritados. Dolor profundo, penetrante. La madre puede decir que sus pezones "queman y punzan" después de la mamada.
  - Pezones dolorosos entre mamadas por tiempo prolongado a pesar de un agarre correcto. Puede ser el único signo de la infección.
  - Bebé con manchas blancas en la piel o en la boca, o con eritema del pañal.
  - La madre puede tener una infección vaginal a levaduras.

Tratamiento para el muguet

- Use medicación para los pezones y para la boca del bebé, según los protocolos locales. Continúe el uso 7 días después de que el dolor haya pasado. Use medicación que no necesite ser lavada de los pezones antes de la mamada.
  - *Nombre algunos tratamientos comúnmente usados para Candida.*
- Algunas mujeres encuentran útil el secado al aire y exponer los pezones al sol después de cada mamada. Cambie de sostén diariamente y lávelo en agua jabonosa caliente. Si se usan almohadillas para los pechos, cámbielas cuando se humedezcan.
- Si hay una infección vaginal por *Candida,* trátela. Puede necesitarse también tratar a la pareja de la mujer.
- Lávese bien las manos después de cambiar los pañales del bebé y después de usar el baño.
- Suspenda el uso de chupones, tetinas y pezoneras. Si se usan, deben hervirse por 20 minutos diariamente y reemplazarse semanalmente.

Los NO de los pezones dolorosos

- NO suspenda la lactancia para hacer descansar al pezón. Los pechos pueden ingurgitarse lo que dificulta el agarre del bebé al pecho. La producción de leche disminuirá si no se extrae del pecho.

- NO limite la frecuencia o duración de las mamadas. Esto no ayudará si no se trata el problema básico. Un minuto de succión con mal agarre puede causar daño al pecho. Veinte minutos de succión con buen agarre no causarán daño al pecho.
- NO aplique a los pezones sustancias que puedan ser dañinas para el bebé y que requieran ser retiradas antes de mamar o que puedan sensibilizar la piel de la madre y hacer más doloroso al pezón. Un ungüento no es un sustituto del agarre correcto.
- NO use una pezonera como medida de rutina.

El uso de las pezoneras puede causar más problemas.

Una pezonera puede:

- Reducir la estimulación del pecho y disminuir la producción de leche y el reflejo de oxitocina.
- Aumentar el riesgo de baja ganancia de peso y deshidratación.
- Interferir con la succión del bebé al pecho sin la pezonera.
- Albergar bacterias u hongos e infectar al bebé.
- Causar irritación y fricción al pezón de la madre.

La madre, el bebé y el profesional de salud pueden hacerse dependientes de la pezonera y encontrar difícil hacerlo sin ella.

Piense antes de recomendar una pezonera. Si se usa como medida temporal por una necesidad clínica, asegúrese que la madre tenga un seguimiento para que pueda descontinuarla.

- *Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.*

RESUMEN

Examen del pecho

- Siempre observe la condición de los pechos de la madre cuando evalúe una mamada.
  En la mayoría de casos, es todo lo que necesita hacer ya que puede ver lo más importante cuando pone al bebé al pecho o cuando el bebé termina la mamada.
- Examine los pechos de la madre sólo si surge una dificultad. Asegure la privacidad y pida permiso antes de tocarla.
- Mire la forma de los pechos y de los pezones. Busque hinchazón, daño o rubicundez de la piel. Busque evidencia de cirugía anterior.
- Hable con la madre sobre lo que ha encontrado. Resalte los signos positivos que vea. Refuerce su confianza en su capacidad para amamantar.

Pezones invertidos

No siempre representan problema. No es útil la "preparación prenatal". Se debe reforzar la confianza y dar apoyo desde el parto, asegurando el contacto piel a piel, después del parto y en otras ocasiones, ayudando a colocar al bebé al pecho. Si hay dificultad con el agarre, hacer que el pezón sobresalga, antes de la mamada, con la ayuda de una bomba de extracción o un dispositivo de succión suave.

Ingurgitación

- La llenura es normal en los primeros días. El sobre-llenado no es normal.
- Siga las prácticas de los Diez Pasos para prevenir la ingurgitación.

Tratando la ingurgitación

- Extraiga la leche materna y promueva continuar la lactancia frecuente.
- Corrija cualquier problema con el agarre.
- Extraiga algo de leche, para suavizar la areola y ayudar al agarre del bebé.
- Aplique compresas tibias a los pechos antes de la mamada y compresas frías después de la mamada para alivio.
- Refuerce la confianza de la madre y ayúdela a estar cómoda.

Conductos de leche obstruidos y mastitis

- Pueden ser causados por lactancia infrecuente, extracción inadecuada de leche o presión en una parte del pecho.

Tratamiento

- Mejore el flujo de leche:
  - Observe el agarre del bebé y corríjalo/mejórelo si es necesario.
  - Verifique ropas muy ajustadas o presión de los dedos.

- Sostenga el pecho si es grande.
- Amamante frecuentemente. Si es necesario, extraiga la leche.
- Hacer masaje suave hacia el pezón.
- Aplique compresas tibias húmedas al área antes de lactar.
- Haga descansar a la madre, no al pecho.
- Dé anti-inflamatorios o analgésicos y aplique compresas frías entre mamadas, si hay dolor.

• La terapia antibiótica está indicada si:
- La madre tiene fiebre más de 24 horas;
- Los síntomas de la madre no comienzan a desaparecer después 24 horas de lactancia frecuente y eficaz y/o extracción de la leche;
- La condición de la madre empeora.

Pezones dolorosos

• Decida la causa: Observe una mamada. Examine pezones y pechos.
• Trate la causa – el mal agarre es la causa más común de los pezones dolorosos.
• Evite limitar la frecuencia de las mamadas.
• Si se encuentran afecciones de la piel de la madre, frenillo corto del bebé u otras afecciones menos comunes, refiéralos a una persona adecuadamente entrenada.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 11:
AFECCIONES DEL PECHO

1. DISCUSIÓN DE TALLER - INGURGITACIÓN

Hace tres días María dio a luz un bebé saludable. Su bebé permanecía en la sala-cuna y sólo se lo llevaban para amamantarlo en horas programadas. Un profesional de salud que hacía una ronda por la sala de puerperio, encontró que los pechos de María estaban muy ingurgitados y María le dijo que estaban muy dolorosos.

¿Qué podía hacer el profesional para ayudar a esta madre?

¿Cómo podría haberse prevenido la ingurgitación?

¿Cómo podría María evitar que sus pechos se congestionaran otra vez?

2. JUEGO DE ROLES O DISCUSIÓN – AFECCIONES DEL PECHO

Materiales

Copia de las historias – una historia para cada grupo de 4-6 participantes

Lista de las Habilidades de Comunicación - una copia para cada persona

Preparación

Divida a los participantes en grupos de 4 personas. Dé a cada grupo un caso. Pídales discutir las preguntas. Anímelos a hacer el juego de roles de manera que ellos realmente hagan las preguntas y usen sus habilidades de comunicación. Recuérdeles que es útil practicar las frases reales que ellos usarán con la madre aún cuando lo encuentren difícil a la primera.

Señale la lista de Habilidades de Comunicación y recuerde a los participantes el uso de ellas.
Los facilitadores pueden circular para asegurar que los participantes entiendan el ejercicio.
Si hay tiempo, puede pedir a cada grupo hacer los roles de su caso para los otros grupos.

Historias para la práctica en grupos pequeños
La Sra. Ana le dice que su pecho está doloroso. Usted mira el pecho y ve que una sección esta roja, sensible al tacto y la Sra. Ana indica una masa. Ella NO tiene temperatura. Su bebé tiene 3 semanas de edad. La Sra. Ana probablemente tiene……
¿Qué podría decirle usted para mostrarle empatía?

¿Cuáles son las posibles razones para que esta situación ocurriera?

¿Qué preguntas desearía usted hacer?

¿Qué información pertinente le dará a la Sra. Ana?

¿Qué sugerencias puede usted ofrecer a la Sra. Ana de modo que pueda resolver este problema y continuar la lactancia?

¿Qué prácticas podrían estimularse para evitar que el problema vuelva a ocurrir?

La Sra. Bertha le dice que desde hace dos días siente como si estuviera con gripe. Tiene malestar general y un pecho adolorido. Cuando usted mira al pecho, una parte está caliente, roja, dura y muy sensible. La Sra. Bertha tiene temperatura y se siente demasiado enferma para ir a trabajar.
Su bebé tiene 5 meses de edad y la lactancia está yendo bien. El bebé mama frecuentemente de noche. La Sra. Bertha se extrae leche antes de ir a trabajar para dejársela al bebé y lo amamanta tan pronto llega del trabajo. Ella está muy ocupada

en su trabajo y le es muy difícil tener tiempo para extraerse leche durante el día.
La Sra. Bertha. probablemente tiene .....
¿Qué podría decir para mostrarle empatía a la Sra. Bertha?

¿Cuáles son las posibles razones para que esta situación ocurriera?

¿Qué preguntas desearía usted hacer?

¿Qué información pertinente le dará a la Sra. Bertha?

¿Qué sugerencias puede usted ofrecer a la Sra. Bertha de modo que pueda resolver este problema y continuar la lactancia?

¿Qué prácticas podrían ser estimuladas para evitar este problema re-ocurra?

El bebé de **la Sra. Carmen** nació ayer. Ella trató de amamantarlo pronto después del parto, pero no succionó bien. La Sra. Carmen dice que sus pezones son invertidos y que ella no puede amamantar. Usted examina sus pechos y nota que los pezones lucen planos cuando no son estimulados. Usted pide a la Sra. Carmen que use sus dedos para jalar un poco su pezón y su areola. Usted puede ver que los pezones y la areola se estiran fácilmente.
¿Qué podría decir para aceptar la idea de la Sra. Carmen sobre sus pezones?

¿Cómo podría usted reforzar su confianza?

¿Qué sugerencia práctica le daría a la Sra. Carmen para ayudarla a amamantar a su bebé?

3. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

a. ¿Qué dificultades en el amamantamiento le sugerirían que necesita examinar los pechos y los pezones de una madre?

b. Rosalía le dice que tuvo ingurgitación dolorosa cuando amamantó a su anterior bebé. Ella tiene miedo de que le pase con el siguiente bebé también. ¿Qué le diría usted acerca de prevenir la ingurgitación?

c. Blanca se queja de que sus pezones son muy dolorosos. Cuando usted examine su mamada ¿qué buscará usted? ¿Qué puede hacer para ayudarla?

d. Describa la diferencia entre un conducto obstruido, una mastitis no-infecciosa y una mastitis infecciosa. ¿Qué es lo más importante en el tratamiento de estas afecciones?

e. Vanesa viene a la consulta a los 5 días de nacido su bebé por cesárea. Está angustiada porque está convencida de dar leche materna, pero su bebé coge su pecho pocos minutos y se duerme. Ella le muestra sus pechos. Al examinarla, usted encuentra pechos grandes, ingurgitados, algunas masas duras y pequeñas y manifiesta dolor intenso de las mamas y fiebre.
¿Frente a que afección del pecho se encuentra?

¿Qué tratamiento seguiría en este caso?

CAPÍTULO 12

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Objetivos:

Al final de esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Comprender la importancia de la lactancia en recién nacidos prematuros, de bajo peso o que tienen necesidades especiales y la manera de promoverla y apoyarla.
2. Asistir a madres que amamantan más de un bebé.
3. Prevenir y entender el manejo de preocupaciones clínicas comunes con respecto a la lactancia: hipoglicemia neonatal, ictericia y deshidratación.
4. Ayudar a una madre cuyo bebé tiene dificultad para lactar.
5. Saber las indicaciones médicas para el uso de líquidos diferentes a la leche materna.

Materiales:

- Niños con necesidades especiales del CD Interactivo.
- Dos o tres muñecas (De diferentes tamaños para demostrar alimentación de gemelos y de un bebé pretérmino).

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Una razón para dar suplementos o para suspender la lactancia es que el bebé tenga algún problema de salud. En la mayoría de los casos, la lactancia no sólo es posible con un adecuado apoyo sino que es beneficiosa para la mejor evolución del bebé enfermo o con problemas.

1. AMAMANTANDO RECIÉN NACIDOS QUE SON PREMATUROS, DE BAJO PESO AL NACER O ENFERMOS

Pregunte: ¿Por qué la lactancia es particularmente importante para un bebé que es prematuro (menor de 37 semanas de edad de gestación), de bajo peso al nacer (menos de 2 500 gramos) o que tiene necesidades especiales o para cualquier bebé que está enfermo?
Espere algunas respuestas.

La importancia de la leche materna para el recién nacido prematuro, de bajo peso o con necesidades especiales.
Los bebés prematuros, de bajo peso o con necesidades especiales, como los que tienen problemas neurológicos o cardiacos, labio/paladar hendido y los bebés que están enfermos, tienen mayor riesgo de infecciones y otras complicaciones, por lo que necesitan la leche materna tanto o más que los bebés sanos.

*Por las mismas razones que el amamantamiento beneficia a los neonatos a término sanos, los prematuros y bebés enfermos necesitan **más** la lactancia materna.*

- La leche materna contiene:
  - factores inmunológicos, que ayudan a prevenir la infección,
  - factores de crecimiento que ayudan al intestino del bebé y a otros sistemas a desarrollar así como a recuperarse después de la diarrea,
  - enzimas que facilitan la digestión y absorción de la leche,
  - ácidos grasos esenciales especiales que ayudan al desarrollo cerebral.
- Además, el amamantamiento:
  - calma al bebé y reduce el dolor de las punciones para extracción de sangre o relacionado a la condición del bebé,
  - confiere a la madre un importante rol en el cuidado de su bebé,
  - consuela al bebé y mantiene la unión con la familia.
- La leche de la madre de un bebé prematuro, tiene más proteínas, lípidos, calorías, más altos niveles de algunos minerales - hierro, sodio, cloro, potasio, calcio y magnesio - así como más factores inmunológicos, que la leche de la madre del recién nacido a término. Los prematuros necesitan un aporte extra de proteínas y minerales y una mayor protección contra las infecciones, así que la leche materna es de gran ayuda.

El mejor alimento para el prematuro es la leche de su propia madre.

Los prematuros que toman leche materna tienen menor riesgo de infecciones, enteritis necrotizante, retinopatía de la prematuridad y displasia bronco-pulmonar, así como mejor visión y mayor cociente intelectual.

Alimentación del bebé prematuro, de bajo peso o enfermo.

¿Cómo alimentar a un bebé prematuro, de bajo peso o enfermo?

Espere algunas respuestas.

- El enfoque de la alimentación depende del bebé individualmente y de su condición.

Cada bebé debe ser tratado en forma individual.

Muestre la Diapositiva 12/1: Alimentación del bebé prematuro, de bajo peso o enfermo

En general, el cuidado puede dividirse en categorías basadas en la condición del bebé:

- **El bebé que no puede tomar alimentos por vía oral.**
  Durante los primeros días, el bebé quizás no pueda alimentarse por vía oral y necesite alimentación intravenosa. Mientras tanto, es importante que la madre comience a extraerse el calostro desde el primer día, dentro de las primeras 6 horas.

> *Cuanto antes empiece la madre a extraerse la leche, más leche tendrá.*

Si es posible, congelar la leche materna extraída para usarla después.

- El bebé que puede tomar alimentos vía oral pero no puede succionar.

- La vía oral debe comenzar tan pronto como sea posible. Aún si una madre sólo puede extraerse unas pocas gotas de calostro, es muy valioso para su bebé. La administración de pequeñas cantidades de leche (alimentación trófica o alimentación enteral mínima) estimula el desarrollo y la función del intestino, acorta el tiempo para la alimentación enteral completa y disminuye el riesgo de ictericia y de osteopenia del prematuro.

> *La alimentación por vía oral o gástrica debe empezar lo más pronto después del nacimiento.*

- *Los bebés con menos de 30 – 32 semanas de edad gestacional* usualmente necesitan ser alimentados por sonda naso-gástrica. Déle leche materna extraída, por esa vía. La madre puede dejar que su bebé le succione el dedo, o el pecho vacío, mientras le están dando la alimentación por sonda. Esta 'succión no nutritiva', estimula su tracto digestivo y le ayuda a ganar peso. Si es posible, deje que la madre alce a su bebé y haga contacto piel a piel parte del día, lo acaricie y le haga masajes suaves. Esto ayuda al establecimiento del vínculo afectivo y estimula la producción de leche materna.
  Los recién nacidos con dificultad respiratoria y los que tienen problemas neurológicos también pueden recibir leche extraída, por sonda, si no pueden coordinar la respiración/succión/deglución.
- *Los bebés de 30 a 32 semanas de edad gestacional* pueden tomar de una taza pequeña o con cucharita. Usted puede comenzar a darle leche materna con taza 1 ó 2 veces al día mientras continúa recibiendo la mayor parte de la leche por sonda. Si el bebé toma bien de la taza, se puede reducir lo que recibe por la sonda. Otra manera de alimentar a un bebé en este estadio es extrayendo la leche directamente en la boca del bebé.

- El bebé capaz de succionar pero no todo lo que necesita.

- *Los bebés de alrededor de 32 semanas o más de edad gestacional* pueden comenzar a succionar del pecho. Deje que la madre coloque a su bebé al pecho en cuanto éste se encuentre bien. Al inicio quizás sólo busque el pezón y empiece a lamerlo o succione un poco. Continúe dándole leche materna con taza o a través de la sonda, para asegurarse que recibe todo lo que necesita.

  Cuando un bebé con bajo peso al nacer empieza a succionar de manera eficaz, es probable que descanse con frecuencia y por períodos largos durante las mamadas. Por ejemplo, puede que succione 4 ó 5 veces y luego haga una pausa hasta de 4 – 5 minutos. Es importante no retirarlo del pecho muy rápidamente. Déjelo agarrado del pecho para que pueda succionar de nuevo cuando esté listo. El bebé puede continuar hasta una hora si es necesario. Ofrézcale después una toma con taza o alterne tomas con pecho y taza.

- **El bebé que puede succionar bien.**

  Los bebés entre 34 y 36 semanas o más de edad gestacional (algunas veces más temprano) *o mayores de 1 900 gramos* y los bebés que necesitan cuidados especiales, que no están muy enfermos, con frecuencia pueden tomar todo lo que necesitan directamente del pecho. Sin embargo, ocasionalmente continúa siendo necesario darles suplementos con taza. Por ejemplo, un bebé puede tomar a veces bien y a veces mal. Si el bebé succiona deficientemente, ofrézcale una toma con taza después de mamar. Si tiene hambre, tomará la leche de la taza. Si ya recibió suficiente, no la tomará.

  Los bebés nacidos a término y pequeños para la edad gestacional normalmente succionan con eficacia. A menudo están hambrientos y necesitan mamar con más frecuencia que los bebés más grandes, para que su crecimiento pueda ponerse al nivel de aquellos.

> *La gran mayoría de prematuros, recién nacidos de bajo peso y bebés que no están muy enfermos, aunque necesiten algún cuidado especial, pueden lactar directamente del pecho desde el nacimiento.*

- **El bebé que no puede recibir leche materna.** Por ejemplo, si el bebé tiene una enfermedad metabólica tal como galactosemia, necesita una fórmula especial.

Apoyo a la lactancia en una unidad de cuidados especiales de bebés

Pregunte: ¿Cuáles son algunas maneras en que la unidad de cuidados especiales de los bebés pueden apoyar la lactancia?

Espere algunas respuestas.

• **Arregle el contacto** entre madre y bebé, día y noche.

- Anime a la madre a visitar, tocar y cuidar a su bebé cuanto sea posible.
- Una madre produce anticuerpos contra las bacterias y virus con los que tiene contacto. Cuando pasa tiempo con su bebé en la unidad, es capaz de producir anticuerpos contra los gérmenes a los que el bebé se expone y le transmite esos anticuerpos a través de su leche (Circulación entero-mamaria y bronco-mamaria)
- *Muestre las Diapositivas 12/2 y 12/3 – Fotos de cuidado madre canguro*
- El contacto piel a piel o 'cuidado madre canguro' consiste en colocar al bebé desnudo (sólo con un pañal y, si es necesario, un gorro), en posición prona y vertical, debajo de la ropa de la madre, cerca a su pecho.

  El bebé recibe amor, calor y lactancia.

  Puede aplicarse a prematuros de cualquier edad gestacional o peso, aún enfermo, pero lo bastante estables para tolerarlo (se ha realizado en menores de 26 semanas post-concepcionales y de 600 gramos, intubados). Para que los beneficios sean superiores al estrés, el contacto piel a piel debe durar por lo menos una hora. Puede ir aumentándose el tiempo hasta llegar a ser permanente. El bebé no debe ser bañado hasta salir del cuidado madre canguro. La madre debe dormir semi-sentada para evitar el reflujo y la bronco-aspiración. Ella puede ser reemplazada por el padre del bebé u otro familiar, por algunos periodos.

  El contacto piel a piel ayuda a regular la temperatura, la respiración, la frecuencia cardiaca, la oxigenación y la glicemia del bebé, disminuye el riesgo de infecciones, aumenta la producción de leche y prolonga la lactancia, mejora la ganancia de peso, reduce la estancia hospitalaria, ayuda en el desarrollo del vínculo afectivo con la madre y aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hijo. El bebé llora menos y duerme mejor. Se reporta también un mejor desarrollo psico-motor.

> *Se debe facilitar el cuidado madre canguro en cuanto el bebé esté estable, ya que tiene muchas ventajas que lo hacen superior al cuidado en incubadora.*

• **Cuide a la madre**. Ella es muy importante para el bienestar y supervivencia del bebé.

- Ayude a la madre a quedarse en el hospital mientras su bebé esté allí.
- Si la madre viene de lejos, asegure que tenga un lugar donde descansar cuando esté en el hospital.
- Asegúrese de que la madre tiene un asiento adecuado cerca a su bebé.
- Consiga que el establecimiento proporcione alimentos y líquidos a la madre.

El éxito de la lactancia materna depende del bienestar de la madre.

- Responda las preguntas de los padres y explique pacientemente. Los padres pueden estar apenados, abrumados y asustados cuando su bebé está enfermo.

- **Ayude a establecer la lactancia:**
  - Hágales saber a los padres que usted cree que la leche materna y la lactancia son importantes.

Todo el personal de salud debe transmitir el mensaje de que la lactancia materna es importante.

  - Ayude a la madre a extraerse leche, empezando dentro de las 6 horas del parto y 6 o más veces en 24 horas.
  - Promueva que los bebés permanezcan tiempo en el pecho tan pronto como sea posible, aún si no pueden succionar bien todavía. Si el bebé tiene la madurez para lamer, buscar, succionar y deglutir en el pecho, lo hará sin perjuicios.
  - Considere los momentos iniciales al pecho como 'un conocimiento del pecho' más que esperar que el bebé tome inmediatamente todo lo que necesita del pecho.
  - El bebé puede ponerse al pecho mientras recibe alimentación con sonda para asociar la sensación de satisfacción con estar en el pecho.
  - La madurez del bebé es un factor más importante que su peso para medir su capacidad para amamantar.
  - Hasta que un bebé sea capaz de mamar, puede ser alimentado con leche materna extraída, por sonda o con taza. Evite usar chupones artificiales.

Usando leche materna extraída

- Un volumen de 200 ml/kg/día de leche materna con un valor energético de 65 kcal/100ml, resultará en una ingesta de energía de 130 kcal/día.
- Si la madre tiene más leche de la que se necesita, se puede dar al bebé la leche final, rica en grasa, ya sea que la madre la extraiga en forma separada o que la leche extraída se deje reposar por un corto tiempo para que la leche final suba a la superficie y añadirla a la toma regular de leche. Esto aumentará el valor energético de la leche.
- Algunas unidades añaden fortificantes y fórmula a la leche materna para hacer que el bebé de muy bajo peso (menor de 1 500 g de peso al nacer) crezca más rápidamente. No se conoce el efecto a largo-plazo del crecimiento rápido temprano.

Si la madre se extrae suficiente leche, los bebes mayores de 32 semanas de edad gestacional y de 1 500 gramos al nacer, no necesitan "fortificación".

- Los añadidos a la leche materna deben decidirse en forma individual, no deben ser una política estándar para todos los prematuros en la unidad.
- Si se da leche materna y fórmula, la fórmula será mejor absorbida si es mezclada con la leche materna que si se da tomas alternadas de fórmula y leche materna.
- Estos añadidos pueden hacer que la madre se preocupe de que su leche no sea lo suficientemente buena para el bebé. Asegúrele que su leche es buena para su bebé. Si hay necesidad médica de hacer añadidos a la leche materna, explique que es por corto tiempo que su bebé tiene necesidades extra.

Adicionalmente conocemos que la meta nutricional actual es alcanzar un patrón de crecimiento a corto plazo similar a las curvas de crecimiento intrauterino. Dada la inmadurez de sus sistemas y órganos, ese objetivo es difícil de alcanzar en el prematuro de muy bajo peso (menor de 1.500 g) sólo con leche materna, peor aún si no se inician precozmente la administración de calostro y el contacto piel a piel, dos factores que han demostrado mejorar la producción de leche y la ganancia de peso del recién nacido. Es por eso que se usan, por un tiempo - además de la nutrición parenteral temprana - nutrientes adicionales (proteínas, calorías, calcio, fósforo y vitaminas), cuya fuente es la leche de vaca (fortificantes o fórmulas para prematuros), con los riesgos inherentes.
Se ha reportado, sin embargo, que los prematuros con lactancia materna exclusiva (de la propia madre y de banco, si es necesario) presentan, a largo plazo, un mejor perfil lipídico, mejor mineralización ósea y mejor cociente intelectual, por lo que se plantea la necesidad de optimizar la forma de llevar a cabo la lactancia y desarrollar fortificadores a partir de leche humana.

Poniendo el bebé al pecho

- Ponga al bebé al pecho justo cuando se está comenzando a despertar, como cuando hace movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados. Cuando está listo para lactar, un bebé puede hacer movimientos de succión y también llevar sus manos a la boca. Ayude a la madre a aprender cómo anticipar el momento de lactar para evitarle al bebé gastar energía llorando.

Muestre la Diapositiva 12/4 y 12/5: Colocando a un recién nacido prematuro al pecho.
Use la muñeca para demostrar las posiciones.

- Muestre a la madre cómo sostener y colocar a su bebé. Las mejores posiciones para que la madre ponga al pecho a su bebé con bajo peso al nacer son:
  - **Posición cruzada (o de cuna cruzada).** Frente a su cuerpo, sosteniéndolo con el brazo del lado opuesto del cual mama.
  - **Posición por debajo del brazo (de fútbol o de sandía).**

  En ambas posiciones, la madre sostiene el cuerpo de su bebé sobre un brazo y apoya y controla su cabeza con la mano, sin apretarla (Ver Capítulo 7).
- La madre puede sostener su pecho con la otra mano para ayudar al bebé a mantener el pecho en su boca. Muéstrele cómo poner sus cuatro dedos debajo del pecho y su pulgar encima.
- Para aumentar el flujo de leche, haga un masaje y comprima el pecho –desde la base- cada vez que el bebé se detiene entre las salvas de succión (a menos que el flujo ya sea mayor del que el bebé puede deglutir).

Muestre la Diapositiva 12/6: Colocando el bebé al pecho (Posición bajo el brazo modificada y Posición en silla de montar)

Otras posiciones que pueden ayudar a algunos bebés enfermos son:

- **La posición modificada por debajo del brazo.** Puede ser útil con bebés que se alimentan más fácilmente en la posición vertical, por ejemplo bebés con paladar hendido. El bebé 'se sienta', frente a su madre, con sus piernas hacia un lado de ella y sus pies hacia su espalda. El bebé puede sentarse en la cama o ser apoyado con una almohada, su madre apoya la espalda del bebé con su brazo y la cabeza con su mano. Sin embargo, algunos bebés con paladar hendido maman satisfactoriamente estando un poco más recostados.
- **La posición 'en silla de montar'.** Esta es una alternativa para que un bebé se siente en posición vertical a amamantar. El bebé se sienta frente a su madre, con sus piernas a cada lado del muslo de la madre o en el abdomen de ella.

Muestre las Diapositivas 12/7 y 12/8: Posición de la mano de DANCER.

- **La posición de DANCER o en mano de bailarina.** Puede ser útil para ayudar al bebé con hipotonía muscular a mantener un buen agarre durante la mamada. La madre sostiene la mandíbula del bebé entre el pulgar y el índice para estabilizarla y coloca los tres dedos restantes bajo su pecho para sostenerlo.

Explique a las madres qué esperar de las mamadas

- Espere que el bebé lacte probablemente por largo tiempo y que se detenga frecuentemente para descansar durante una mamada. Planee mamadas tranquilas, sin prisa, incluso prolongadas (una hora más o menos por mamada).
- Espere algunas atragantadas o atoradas, debido al bajo tono muscular y a la succión incoordinada.
- Deje de intentar alimentar al bebé si parece demasiado soñoliento o quisquilloso. Puede continuar cargando al bebé contra su pecho, sin tratar de iniciar la succión.

- Mantenga la lactancia tan calmada como sea posible. Evite ruidos fuertes, luces brillantes, golpes, sacudidas o hablar durante los intentos de mamada.

Prepare a la madre y al bebé para el alta

- Un bebé puede estar listo para dejar el hospital si tiene funciones vitales estables, se alimenta eficazmente y ha estado ganando peso diariamente durante la última semana. Esto es independiente del peso que tenga el bebé. Es posible, dar de alta a los menores de 1 800 – 2 000 gramos con el método canguro, si se cumplen las condiciones mencionadas, la madre está bien entrenada, se siente segura y tiene confianza en sí misma. En algunos hospitales prefieren que el bebé alcance ese peso antes del alta.
- Asegúrese de que:
  - se proporcione a la madre un lugar y alimentos, un día o dos antes de ir a casa, para quedarse con el bebé las 24 horas del día. Esto ayuda a reforzar su confianza y a que su producción de leche se adapte a las necesidades de su bebé.
  - la madre sepa reconocer los signos de alarma, las señales para mamar, los signos de ingesta adecuada y que pueda colocar bien a su bebé para la lactancia.
  - la madre sepa cómo conseguir ayuda para el cuidado de su bebé después del alta, si es necesario. Acuerde con la madre el seguimiento. Si está en modalidad canguro, el primer control debe ser al día siguiente del alta y luego, según la evolución del bebé, se irán espaciando los controles.

2. AMAMANTANDO MÁS DE UN BEBÉ

- Muestre la Diapositiva 12/9: Gemelos.

> *Las madres pueden producir suficiente leche para dos bebés e incluso para tres.*

La lactancia materna exclusiva es posible en gemelos y trillizos. En un caso reportado de trillizos, la madre daba 27 mamadas a los 2 meses de edad y producía más de 3 litros de leche al día y en un caso de cuatrillizos, 34 mamadas al día.

Los factores clave son, no la producción de leche, sino el tiempo, el apoyo y el estímulo de los trabajadores de salud, la familia y los amigos.

- Anime a la madre a:
  - Conseguir ayuda para el cuidado de sus otros niños y para las tareas del hogar.
  - Amamantar echada para conservar energía, cuando sea posible.
  - Comer una dieta variada y cuidar de sí misma.

- Tratar de pasar un tiempo a solas con cada uno de los bebés para conocerlos en forma individual.

Use una muñeca para demostrar las posiciones.

- Una madre de gemelos prefiere amamantar a cada bebé por separado al principio, para poder concentrarse en la posición y el agarre. Cuando los bebés y la madre son capaces de adoptar una buena posición, la madre puede amamantarlos juntos si quiere disminuir el tiempo de amamantamiento.
- Si un bebé es 'comelón' y uno menos activo, asegúrese de alternar los pechos, de modo que la producción de leche se mantenga elevada en ambos pechos. El bebé que mama menos eficazmente puede beneficiarse de lactar al mismo tiempo que el bebé que mama más eficazmente, al estimularse de ese modo el reflejo de oxitocina.

Amamantando un bebé y a un niño mayor (Lactancia 'en tándem')

- Muestre la Diapositiva 12/10: Lactancia en tandem

- La madre producirá suficiente leche para ambos si se cuida a sí misma lo que incluye comer bien y descansar.

> *No es necesario suspender la lactancia de un niño mayor cuando nace un nuevo bebé.*

- Haya o no escasez de alimentos en la familia, la leche materna puede ser una parte importante de la dieta del niño. Si se suspende la lactancia, el niño estará en riesgo, especialmente si no hay alimentos de procedencia animal en la dieta. Alimentar a la madre es la manera más eficiente de nutrir a la madre, al nuevo bebé y al niño mayor que lacta. El destete abrupto debe siempre evitarse.

3. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS PREOCUPACIONES CLÍNICAS COMUNES

Muestre la Diapositiva 12/11: Preocupaciones clínicas comunes

- Muchos casos de hipoglicemia, ictericia y deshidratación pueden evitarse implementando prácticas como:
  - Contacto piel a piel para proporcionar calor al bebé.
  - Amamantamiento temprano y frecuente.
  - Alojamiento conjunto, que facilite la lactancia frecuente.
  - Extracción de leche y alimentación con taza, si el bebé no puede lactar eficazmente porque está muy débil o soñoliento.
  - No dar agua al bebé. El agua no es efectiva para disminuir la ictericia y realmente puede aumentarla.
  - Observar a todos los bebés en los primeros días para asegurar que aprendan a succionar bien.

Hipoglicemia del recién nacido

- Los bebés alimentados con leche materna pueden mantener mejor su glicemia que los bebés alimentados con fórmula. Los bebés compensan la glucosa baja en sangre usando los sustratos corporales (por ejemplo, glucógeno almacenado en el hígado), pero además, la leche materna permite el uso de sustratos alternativos, para el metabolismo cerebral, a diferencia de la fórmula.
- Los bebés prematuros o pequeños para su edad gestacional, que están enfermos o cuyas madres están enfermas, pueden desarrollar hipoglicemia. Si es posible la alimentación oral, dé la primera toma dentro de las 2 primeras horas y de ahí en adelante cada 2-3 horas, para evitar la hipoglicemia. Si no dispone de leche materna, dé tomas de leche donada, leche artificial o agua azucarada. Si la vía oral no es posible, se administrará solución de dextrosa intravenosa.
- El agua azucarada no es necesaria para bebés a término que estén bien y que no tienen riesgo de presentar hipoglicemia.

La lactancia precoz y frecuente ayuda a la prevención de la hipoglicemia en los recién nacidos de riesgo.

- Los recién nacidos a término sanos no desarrollan hipoglicemia simplemente por sub-alimentación. Si un recién nacido a término sano presenta hipoglicemia, debe investigarse algún otro problema subyacente.
- Son signos de hipoglicemia: nivel de conciencia disminuido, convulsiones, tono anormal ('flácido') y apnea. Un médico debe ver de inmediato a cualquier bebé con estos signos.

Ictericia neonatal

- ***Ictericia fisiológica***
  Usualmente aparece en el 2° ó 3er día y desaparece al 10° día. Es común que los bebés tengan color amarillo (ictericia) de la piel y de los ojos en la primera semana, debido a altos niveles de bilirrubina, producto de que los glóbulos rojos fetales que no se necesitan después del nacimiento, se destruyen más rápido de lo que el hígado del bebé puede manejar. En cuanto el hígado del bebé madura, la ictericia disminuye.
- *Ictericia por falta de leche materna*
  La ictericia es más común y es peor entre *los bebés que no reciben suficiente leche materna*. Los líquidos por vía oral, como agua azucarada, no ayudan porque reducen la ingesta de leche. La fórmula puede interferir con la lactancia materna. Si hay demora para comenzar a lactar, si las mamadas son poco frecuentes o cortas, o no hay un buen agarre, existe mayor riesgo de ictericia que se acompaña de poca ganancia de peso. Para evitar que la ictericia se vuelva severa, los bebés necesitan *más leche materna.*

Las mamadas precoces ayudan de manera especial porque proporcionan calostro, el cual ayuda a eliminar el meconio por su efecto laxante. La bilirrubina es excretada en las heces, de manera que el calostro ayuda tanto a prevenir la ictericia como a mejorarla.

La lactancia precoz y frecuente ayuda a la eliminación de la bilirrubina, previniendo o disminuyendo la ictericia.

- ***Ictericia anormal o patológica***

  Este tipo de ictericia no está usualmente relacionada a la alimentación y se evidencia pronto después del nacimiento, en el primer o segundo día, o tiene cifras de bilirrubina por encima de lo normal o se acompaña de algún signo de enfermedad. Debe continuarse la lactancia.

- ***Ictericia prolongada***

  A veces la ictericia puede persistir por 3 semanas a 3 meses.
  - Algunas veces es debida a una enfermedad seria del bebé. Si el bebé, luce enfermo, su ganancia de peso es pobre o tiene otros signos anormales, remita el bebé al médico. Estimule el amamantamiento, excepto en la muy rara condición metabólica de galactosemia.
  - Algunas veces se debe a sustancias presentes en la leche de la madre – en cuyo caso se llama "ictericia por leche materna", desaparece sola después de varias semanas. El bebé luce saludable, con una buena ganancia de peso y una ictericia leve. No hay peligro y el bebé puede seguir lactando con confianza.

- ***Tratamiento de la ictericia severa***

  La fototerapia puede hacer que el bebé pierda más líquido, de modo que necesita lactar con más frecuencia, lo que es más fácil si la fototerapia se realiza en la habitación de la madre. A veces los bebés ictéricos están soñolientos y succionan menos al ponerlos a mamar. Si es necesario, la madre puede darle leche extraída adicional con taza.

Los niños con ictericia deben continuar amamantando frecuentemente, aunque tengan que recibir otros tratamientos.

Deshidratación

- Los lactantes amamantados exclusivamente no requieren líquidos adicionales para prevenir la deshidratación, aún en climas calurosos y secos.
- Los bebés con diarrea deben amamantar más frecuentemente. La lactancia frecuente proporciona líquido, nutrientes, mejora la absorción de electrolitos y provee factores inmunológicos. Además, los factores de crecimiento en la leche materna ayudan a la recuperación del intestino dañado.

Dificultad respiratoria

Los bebés con dificultad respiratoria deben tomar pequeñas cantidades de leche materna más frecuentemente ya que se cansan fácilmente. La lactancia proporciona al bebé líquido, factores inmunológicos, calorías y nutrientes, y consuela al bebé y a la madre estresados.

Problemas neurológicos

Muchos bebés con Síndrome de Down u otros problemas neurológicos pueden amamantar. Si el bebé no puede lactar, es importante darle la leche materna. Algunas maneras de ayudar incluyen:

- Promover el contacto temprano y el inicio precoz de la lactancia.
- El bebé puede necesitar que lo despierten para lactar y que lo estimulen para permanecer alerta durante la mamada.
- Las tomas pueden durar tiempo prolongado cualquiera que sea el método: ayude a la madre a comprender que no es la lactancia en sí la que toma tiempo.
- Ayudar a conseguir una buena colocación del bebé al pecho. Puede ayudar la posición de la mano de Dancer.
- Puede necesitarse extraer leche y alimentar al bebé en una taza.
- Evitar chupones ya que puede ser muy difícil para estos bebés aprender a succionar el pecho y el chupón.

Algunos bebés con problemas neurológicos ganan peso lentamente aún si reciben suficiente leche materna.

Problemas cardiacos

Los bebés pueden cansarse fácilmente. Las mamadas cortas y frecuentes ayudan. El bebé puede respirar mejor cuando amamanta que si toma biberón. El amamantamiento es menos estresante y se usa menos energía de modo que hay una mejor ganancia de peso. La leche materna proporciona protección contra la enfermedad reduciendo así la hospitalización y ayudando al crecimiento y desarrollo.

Labio y paladar hendidos

- La lactancia es posible, aún en casos extremos de labio/paladar hendido.
- Dado que los bebés con fisuras tienen mayor riesgo de otitis media y de infecciones respiratorias superiores, la leche materna es especialmente importante para ellos.
- Ayude a la madre a encontrar una posición cómoda. Algunos bebés - no todos - lactan mejor en posición vertical (Posición bajo el brazo modificada o 'en silla de montar').
- Coloque al bebé de modo que su nariz y garganta estén más altas que el pecho, lo que evitará que la leche escape hacia la cavidad nasal. La madre puede tapar la fisura del labio con el pecho o con el dedo, para ayudar al bebé a mantener la succión.

- Las mamadas probablemente serán largas. Anime a la madre a ser paciente, ya que el bebé se cansa fácilmente y necesita descansar. La madre probablemente necesitará extraerse leche y suplementar, con una taza o con un suplementador de lactancia.
- Después de la cirugía, puede reiniciarse la lactancia tan pronto como el bebé esté alerta.

Lactantes que requieren cirugía

- La leche materna se digiere fácilmente por lo que requiere un tiempo de ayuno pre-operatorio más corto que la leche de fórmula u otros alimentos. En general, no se necesitará un ayuno mayor de 3 horas. Converse con los padres las maneras de consolar al bebé durante el ayuno.
- A veces la lactancia puede comenzar en cuanto el bebé despierta después de la cirugía y ayuda a calmar el dolor, consuela y provee líquido y energía. Si el bebé no puede tomar grandes cantidades de leche de inmediato, la madre puede extraer la leche y dejar al bebé succionar el 'pecho vacío' hasta que esté más estable.

4. EL BEBÉ QUE TIENE DIFICULTAD PARA LACTAR

Muestre la Diapositiva 12/12: El bebé con dificultad para mamar

Un bebé puede parecer reacio a lactar por muchas razones. La madre puede sentir que el bebé está rechazándola y estresarse. En los primeros días, puede ser sólo que la madre y el bebé necesitan tiempo para aprender a lactar. Observe una mamada, incluyendo cómo el bebé trata de agarrarse al pecho. Use sus habilidades de comunicación para determinar la posible causa.

Causas de rechazo a la mamada

Pregunte: ¿Por que puede un bebé rechazar amamantar?

Espere unas respuestas.

El bebé puede:

- no tener hambre. Si un bebe tuvo una mamada recientemente, puede que no tenga hambre. Si fue una mamada, la madre lo sabrá, si no, usted necesita saber si alguien le dio un biberón por alguna razón;
- tener frío, estar enfermo o ser pequeño y débil. Puede rechazar alimentarse del todo o prenderse al pecho sin succionar o succionar muy débilmente o por corto tiempo;
- estar en mala posición y no prenderse apropiadamente. En este caso, parece hambriento y quiere mamar, pero es incapaz de agarrarse eficazmente;
- tener dificultad para prenderse porque la madre mueve o agita el pecho o porque los pechos están congestionados y duros;
- comenzar a mamar bien pero luego alejarse del pecho llorando o atorándose porque la leche fluye demasiado rápido;

- tener dolor en la boca o la nariz tapada, succionar por corto tiempo y luego jalar hacia fuera, llorando con frustración;
- sentir dolor cuando se le sostiene en cierta forma, por ejemplo si hay presión sobre una lesión en la cabeza después de un parto con fórceps;
- haber usado chupón y encontrar difícil succionar el pecho;
- sentir desagrado porque la madre usa un tipo diferente de jabón o un nuevo perfume.
- no conseguir leche al inicio y dejar de mamar al sentirse frustrado, si la producción de leche es muy baja;
- mamar bien de un pecho pero rechazar el otro pecho. Puede estar en una posición dolorosa o el flujo de leche puede ser diferente o un pecho puede estar congestionado;
- estar soñoliento por efecto de algún medicamento o estar demasiado abrigado.

Manejo del rechazo al pecho

- Retirar o tratar la causa si es posible:
  - Ayudar a la madre a conseguir una buena colocación del bebé al pecho.
  - Ayudar a la madre a extraer algo de leche antes de la mamada, si la leche sale muy rápido o si el pecho está demasiado congestionado.
  - Tratar la boca si hay dolor o muguet o referir al bebé para ayuda médica.
  - Proporcionar alivio del dolor si el bebé lo presenta.
  - Ayudar a la madre a cargar al bebé sin causar dolor, si el bebé está lesionado.
  - Evitar usar chupones. Si es necesario, dar leche en taza.
  - Dejar de usar cualquier cosa que esté causando un sabor u olor desagradable del pecho.
- Estimular el contacto piel a piel entre madre y bebé en un ambiente tranquilo cuando el bebé no esté con hambre. Esto ayuda a ambos a considerar el pecho como un lugar agradable. Entonces el bebé puede explorar el pecho y prenderse cuando esté listo. Esto puede suceder en una hora o más y puede no suceder en la primera ocasión que haya el contacto piel a piel.
- No tratar de forzar al bebé a tomar el pecho cuando esté llorando. Puede ser necesario extraer la leche y dársela con taza hasta que el bebé aprenda a mamar feliz. Necesita asociar el pecho con el bienestar.

Prevención del rechazo a mamar

- Muchas veces el rechazo al pecho puede evitarse con:
  - contacto piel a piel precoz y frecuente desde las primeras horas de nacimiento;

- ayudar a la madre a aprender a colocar al bebé al pecho en un ambiente tranquilo y sin prisa,
- ser paciente mientras el bebé aprende a mamar,
- cuidar al bebé de una manera confiada y suave, demostrándole amor, para que sienta seguridad, física y afectiva.

5. RAZONES MÉDICAS PARA DAR ALIMENTOS DIFERENTES A LA LECHE MATERNA

Muestre la diapositiva 12/13: Razones médicas aceptables para el suplemento o reemplazo

- A veces la lactancia no se inicia, o se suspende, sin una clara indicación médica. Es importante distinguir entre:
  - bebés que no pueden succionar el pecho, para quienes la leche materna sigue siendo el alimento de elección;
  - bebés que no deben recibir leche materna ni otra leche, incluyendo los sustitutos usuales de leche materna; y
  - bebés para quienes no está disponible la leche materna, por cualquier razón.
- Los bebés que no pueden succionar el pecho pueden ser alimentados con leche extraída por sonda, taza o con cuchara.
  Muestre la diapositiva 12/13: Razones médicas aceptables para el suplemento o reemplazo
- En ocasiones, la leche materna puede no ser suficiente y el lactante puede requerir otro alimento.
- Pocos bebés presentan errores congénitos del metabolismo, tales como galactosemia, fenilcetonuria o enfermedad de la orina de jarabe de arce, y requieren alimentación completa o parcial con un sustituto apropiado para su condición metabólica específica.
- La madre puede estar lejos del bebé, severamente enferma, haber muerto o ser VIH-positiva o haber tomado la decisión informada de no amamantar. Estos bebés pueden necesitar fórmula. Las situaciones relacionadas a la salud materna se tratarán en el próximo capítulo.
- Los bebés con condiciones médicas que no permiten el amamantamiento exclusivo deben ser vistos y seguidos por un profesional de salud apropiadamente entrenado. Estos lactantes necesitan planes individuales de alimentación y la madre y su familia deben tener claro cómo alimentar a su bebé.
  - Si está disponible entregue el material impreso "¿Necesita el bebé sustitutos de leche materna?" (Anexo N° 8)

Discuta cualquier punto que sea necesario.

- *Pregunte si hay preguntas. Luego resuma la sesión.*

RESUMEN

Recién nacidos prematuros, de bajo peso al nacer, enfermos o que tienen necesidades especiales

- La leche materna es importante para los bebés que son prematuros, de bajo peso, enfermos o que tienen necesidades especiales. Protege, provee alimento y consuelo y ayuda al crecimiento y desarrollo.
- El enfoque para la alimentación dependerá de la condición individual del bebé. En general, el cuidado puede dividirse según la capacidad de los bebés para succionar:
  - **Bebé que no puede tomar alimentos orales.** Anime a la madre a extraer su leche para mantener su producción para cuando su bebé pueda tomar alimentos orales. Si es posible, congelar la leche materna extraída y usarla después.
  - **Bebé que puede tomar alimentos orales pero no puede succionar.** Dé leche extraída, por sonda o en taza.
  - **Bebé que puede succionar pero no todos sus requerimientos.** Deje que el bebé succione siempre que el bebé quiera. Las mamadas cortas y frecuentes pueden cansar al bebé menos que las mamadas prolongadas a grandes intervalos. Dé leche extraída en taza o por sonda además de lo que el bebé pueda succionar.
  - **Bebé que puede succionar bien.** Anime a la madre a dar mamadas frecuentes.
  - **Bebé que no puede recibir leche materna.** Por ejemplo, si el bebé tiene una enfermedad metabólica tal como galactosemia, necesita una fórmula especial.
- Cuide a la madre con líquidos, alimentos, descanso y ayude a que esté en contacto con su bebé.
- Espere que el bebé se detenga frecuentemente a descansar durante la mamada. Planifique mamadas tranquilas, sin prisa, más que largas. Evite ruidos fuertes, luces brillantes, golpes, sacudidas o hablar durante los intentos de mamadas.
- Prepare a la madre y al bebé para el alta con alojamiento conjunto, alentando al contacto piel a piel (mamá canguro), permitiendo tiempo para aprender a lactar y a reconocer los signos de querer lactar y para saber cómo conseguir ayuda en casa.
- Arreglar un seguimiento temprano para todo bebé con necesidades especiales.

RESUMEN

Amamantando más de un bebé

- Las madres pueden producir suficiente leche para dos bebés e incluso para tres. Los factores clave son, no la producción de leche, sino el tiempo, apoyo y estímulo de los proveedores de cuidados de la salud, la familia y los amigos.

Prevención y manejo de las preocupaciones clínicas comunes

Implementar prácticas tales como contacto piel a piel temprano, amamantamiento precoz y frecuente, alojamiento conjunto extracción de la leche y alimentación con taza si el bebé está soñoliento o débil y evitar suplementos de agua puede evitar muchos casos de hipoglicemia, ictericia y deshidratación.

El bebé que tiene dificultad para lactar

- Observe al bebé cuando toma el pecho y si succiona. Haga preguntas abiertas y determine la posible causa.
- Manejo:
  - Retire o trate la causa, si es posible
  - Estimule el contacto piel a piel entre madre y bebé en un ambiente tranquilo.
  - No fuerce el bebé al pecho.
  - Extraiga leche materna y déle en taza si es necesario.
- Prevención:
  - Asegure el contacto piel a piel precoz para ayudar al bebé a aprender que el pecho es un lugar seguro,
  - Ayude a la madre a aprender la habilidad de colocar y prender el bebé al pecho en un ambiente seguro y sin prisa,
  - Sea paciente mientras el bebé aprende a lactar,
  - Cuide del bebé de una manera suave y confiada

Indicaciones médicas para dar alimentos diferentes a la leche materna

- Los lactantes con condiciones médicas que no permitan la lactancia exclusiva necesitan ser vistos y seguidos por un profesional de la salud apropiadamente entrenado.

¿Necesita el bebé sustitutos de leche materna?

La lactancia exclusiva es la norma. En un pequeño número de situaciones puede haber una indicación médica de suplementar la leche materna o de no usar la leche materna por completo. Es útil distinguir entre:

- lactantes que no pueden ser alimentados al pecho pero para quienes la leche materna sigue siendo el alimento de elección;
- lactantes que pueden necesitar otra nutrición además de leche materna;
- lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche, incluyendo los sustitutos usuales de la leche materna y necesitan una fórmula especializada;
- lactantes para quienes la leche materna no está disponible.

Lactantes que no pueden ser alimentados al pecho pero para quienes la leche materna sigue siendo el alimento de elección; pueden incluir a los lactantes que son muy débiles, tienen dificultades de succión o anormalidades orales o son separados de su madre quien está proporcionando leche extraída.
Estos lactantes pueden ser alimentados con leche materna extraída, con sonda, taza o cuchara.

Lactantes que pueden necesitar otra nutrición además de leche materna; pueden incluir recién nacidos de bajo peso o muy prematuros, es decir, aquellos que nacen con menos de 1 500 g o 32 semanas de edad gestacional; lactantes que están en riesgo de hipoglicemia por problemas médicos, cuando no hay suficiente leche materna inmediatamente disponible; lactantes que están deshidratados o malnutridos cuando la leche materna sola no puede restablecer las deficiencias.
Estos recién nacidos requieren planes de alimentación individuales y debe usarse la leche materna en la mayor extensión posible. Deben hacerse esfuerzos para mantener la producción materna de leche estimulando a la extracción de leche. También puede usarse leche de donantes controladas. La leche final es alta en calorías y particularmente valiosa para los recién nacidos de bajo peso.

Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche, incluyendo los sustitutos usuales de la leche materna y necesitan una fórmula especializada; pueden incluir lactantes con ciertas condiciones metabólicas raras tales como galactosemia que pueden necesitar alimentación con una fórmula especial sin galactosa o fenilcetonuria en la que algo de lactancia es posible, en parte reemplazada por fórmula sin fenilalanina.

Lactantes para quienes la leche materna no está disponible; pueden incluir cuando la madre ha muerto o está lejos del bebé y no puede proveer leche materna extraída. Puede ser posible la lactancia por otra mujer o la necesidad de un sustituto de leche materna puede ser sólo parcial o temporal. Hay muy pocas condiciones médicas maternas en las que no se recomienda el amamantamiento.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 12:
NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

1. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

A. Jacqueline tiene un prematuro de 33 semanas en la Unidad de Cuidados Especiales. Es muy importante que su bebé reciba su leche materna.
¿Cómo ayudará usted a Jacqueline a iniciar la lactancia?

¿Cómo la ayudará usted a poner al bebé al pecho después de unos días?

B. Susana dio a luz gemelas. Ella tiene miedo de no tener suficiente leche para amamantar a sus dos bebés y piensa que necesitará darles fórmula.
¿Qué es lo primero que puede decirle a Susana para darle confianza?

¿Qué sugerirá para ayudar a Susana a amamantar a sus bebés?

C. Carolina tuvo a su bebé de parto normal en un Centro Materno Infantil. Después del parto, el personal de salud le alcanzó a su bebé para que lo amamantara sin ningún apoyo. A los pocos minutos la madre asustada llamó porque su bebé se estaba asfixiando con el calostro que había succionado Cuando examinaron al bebé, se dieron cuenta que tenía fisura palatina posterior y de inmediato lo enviaron al Hospital, allí le diagnosticaron Neumonía por aspiración y Fisura Palatina posterior y quedó hospitalizado 10 días. La madre lo visitaba todos los días y le dejaba su leche materna; al inicio se la dieron por sonda, por jeringa y algunas veces le dieron fórmula en biberón porque el Hospital no cuenta con alojamiento para madre acompañante.
¿Cómo hubiera usted ayudado a ésta madre?

¿Qué sugerencias y recomendaciones le daría a ésta madre al salir de alta?

¿Qué plan de monitoreo requiere ésta familia?

CAPÍTULO 13

PREOCUPACIONES DE LA SALUD MATERNA

Objetivos:

Al final de esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Conocer las necesidades nutricionales de las mujeres que amamantan;
2. Explicar cómo ayuda la lactancia materna en el espaciamiento de los embarazos y cómo influye en la sexualidad;
3. Conocer el manejo de la lactancia cuando la madre está enferma;
4. Revisar la información sobre medicamentos, drogas, contaminantes ambientales y la lactancia;
5. Discutir con las madres y sus familias los mitos y creencias sobre la lactancia.

Materiales:

- Preocupaciones de la Salud Materna del CD Interactivo.

PREOCUPACIONES DE LA SALUD MATERNA

El éxito de la lactancia depende del bienestar de la madre, de que ella se sienta bien y tenga confianza en sí misma. Por eso, cuando se ayuda a una madre a amamantar, es importante acordarse de su salud y de cuidar tanto de ella como de su bebé.

1. NECESIDADES NUTRICIONALES DE LAS MUJERES QUE AMAMANTAN

Pregunte: ¿Qué puede usted decirle a una mujer que le pregunta sobre qué debe evitar comer cuando amamanta?
Espere algunas respuestas.

- Las madres no necesitan comer alimentos especiales o evitar ciertos alimentos cuando amamantan.

> *Es necesario pensar en la nutrición de la madre, porque ésta afecta su salud, su energía y su bienestar.*

- Todas las madres necesitan comer suficientes alimentos y beber suficiente líquido para sentirse bien y poder cuidar a su familia. Si una madre come alimentos variados en cantidades suficientes, conseguirá los nutrientes que necesita.

La lactancia es un proceso normal. No necesita dietas especiales.

- Es importante que una mujer coma suficiente antes y durante el embarazo. Esto le ayudará a mantenerse fuerte y a tener reserva de energía y de nutrientes. Si la madre está bien nutrida, también es menos probable que su bebé tenga bajo peso al nacer.

Fuente de energía y nutrientes para la producción de la leche materna

Muestre la Diapositiva 13/1: Fuente de energía para la leche materna.

- El cuerpo de una mujer almacena grasa durante el embarazo para ayudar a hacer la leche durante la lactancia. Ella hace leche en parte de estas reservas y en parte de los alimentos que come. La producción de leche utiliza alrededor de 700 calorías por día. En una mujer bien nutrida, cerca de 200 calorías vienen de sus depósitos de grasa y alrededor de 500 calorías de los alimentos que ingiere. Una alimentación variada que contenga este aporte de calorías dará el aporte necesario de proteínas, vitaminas y minerales adicionales.
- Las mujeres que tienen recursos para comer sin restricciones, aumentan la ingesta de alimentos en respuesta a su apetito. Usualmente ellas no necesitan consejos para comer más, aunque es posible que los necesiten para comer una mayor variedad de alimentos.
- Las mujeres pobres pueden necesitar ayuda para aumentar su ración de alimentos. Probablemente la recomendación más útil es que la madre coma una ración adicional de los alimentos que usualmente ingiere cada día. Es poco probable que disponga de alimentos diferentes o especiales.
- A menudo se anima a las madres que amamantan a beber gran cantidad de líquido. Tomar más líquido del necesario para la sed no aumentará la producción de leche e incluso puede reducirla. Por otro lado, si la madre tiene una deshidratación disminuirá la cantidad de orina que produce, pero no el volumen de la leche.

Efecto de la dieta de la madre en la composición de la leche materna

- En muy pocos casos la composición de la leche guarda alguna relación con la dieta de la madre.
- Si una madre tiene una dieta rica en grasas poliinsaturadas en su dieta, su leche será alta en ese tipo de grasas. Por eso, algunos recomiendan la ingesta frecuente de pescado, aceites vegetales (en lugar de animales) y/o aceite de pescado.
- Las vitaminas hidrosolubles de la leche materna se afectan más por la dieta de la madre que las vitaminas liposolubles. Sin embargo, en general, satisfacen los requerimientos del lactante nacido a término sano.
- Algunos alimentos pueden cambiar el sabor de la leche materna, esto se ha comprobado con el ajo: los bebés maman más rápido. Se ha postulado que

los cambios de sabor de la leche materna pueden facilitar la aceptación de los alimentos complementarios a los 6 meses. Si la madre observa que algún alimento que ella come produce malestar en su bebé, debe evitarlo un tiempo y observar si al volver a ingerirlo se repiten las molestias.

- Las madres que dan de lactar bajan de peso, al consumir sus reservas. Generalmente, esta baja de peso es mayor en el segundo semestre. Si una mujer quiere hacer dieta de adelgazamiento cuando amamanta, la dieta debe ser variada, asegurando un mínimo de 1 800 cal/día (puesto que 700 de ellas se van a transferir al lactante). La reducción gradual de medio kilo de peso por semana no tiene efectos negativos sobre la lactancia. No se debe iniciar la dieta de adelgazamiento durante el primer mes posparto, porque puede afectar al establecimiento de la lactancia.
- Las madres vegetarianas estrictas requieren sólo suplemento de vitamina B12.

Efecto del estado nutricional de la madre en la producción de leche materna

Muestre la Diapositiva 13/2: Efecto de la nutrición en la producción de leche
¿Qué diferencias ven entre la leche producida por madres bien nutridas y por madres mal nutridas?

- Una madre necesita estar en un estado de malnutrición severo para que su producción de leche materna disminuya significativamente. Si hay escasez de alimentos, ella primero usa sus propias reservas corporales para hacer leche. Su leche puede reducirse en cantidad y bajar ligeramente en grasa y algunas vitaminas, comparada con la de una madre bien nutrida, pero sigue siendo de buena calidad.

> *Sólo cuando hay desnutrición severa la producción de leche materna se reduce y disminuyen algunos nutrientes, pero sigue siendo mejor que cualquier leche artificial.*

- La mala elección de alimentos o 'saltar' una comida no reduce la producción de leche. Sin embargo, una madre que trabaja demasiado, que no tiene tiempo para comer y no tiene suficiente alimento o que carece de apoyo social, puede quejarse de cansancio y de baja producción de leche. El cuidado de la madre y el tiempo para amamantar al bebé frecuentemente, ayudarán a asegurar la producción adecuada de leche.
- La lactancia es importante para la seguridad alimentaria de toda la familia. Si los recursos son limitados, es mejor dar alimento a la madre, de modo que ella pueda cuidar a su bebé, que dar alimentos artificiales al bebé. Converse esto con la familia.

- *Mencione algún programa de asistencia nutricional disponible en el área para las mujeres embarazadas o que están amamantando.*

2. ¿CÓMO AYUDA LA LACTANCIA A ESPACIAR LOS EMBARAZOS Y CÓMO INFLUYE EN LA SEXUALIDAD?

Espaciamiento de embarazos

Pregunte: ¿Qué puede usted decirle a una madre acerca de cómo la lactancia ayuda a espaciar los nacimientos?

Espere algunas respuestas.

- La lactancia puede retrasar el retorno de la ovulación y de la menstruación y, de esa manera, ayudar a espaciar los embarazos.
  No está claro si la ovulación es inhibida por la prolactina o por disminución de la hormona liberadora de las gonadotropinas FSH y LH, debida a endorfinas inducidas por la succión del pezón.
- El Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA) ayuda a las mujeres que desean usar la lactancia para espaciar los nacimientos.
  Muestre la Diapositiva 13/3- MELA

> *El MELA tiene un 98% de efectividad en prevenir la concepción si se cumplen 3 condiciones:*
> - *la madre está en amenorrea (no hay pérdida de sangre después de los 56 días post parto),*
> - *la madre amamanta en forma exclusiva, (día y noche) sin intervalos largos (no más de 6 horas) entre mamadas y*
> - *el bebé tiene menos de 6 meses de edad.*

- Si alguna de estas tres condiciones no se cumple, es aconsejable que la madre use otro método de planificación familiar para conseguir retrasar el embarazo.
- La mayoría de métodos de planificación familiar son compatibles con la lactancia con excepción de las píldoras anticonceptivas que contienen estrógenos.

Sexualidad

Pregunte: ¿Qué puede usted decirle a una madre acerca de cómo influye la lactancia en la sexualidad?

- La sexualidad de la pareja cambia, ya sea que se amamante o no, debido a la presencia del bebé, que exige prioridad y tiempo para su atención.
- Durante el amamantamiento, diferentes factores pueden influenciar el deseo o impulso sexual. Los cambios hormonales suelen disminuir la libido, aunque se reporta que en algunas mujeres, la lactancia aumenta su deseo sexual. La disminución de los estrógenos produce sequedad vaginal que puede causar

molestias durante el coito. La salida de leche durante el estímulo sexual puede también causar molestias o ser un estímulo erótico.

- La pareja debe conversar y reiniciar su vida sexual buscando nuevas formas de seducción y satisfacción. Pueden usarse lubricantes vaginales inertes, se desaconsejan las cremas con estrógenos por la posibilidad de su absorción y la consecuente disminución de la producción de leche y recuperación de la ovulación.

3. EL MANEJO DE LA LACTANCIA CUANDO LA MADRE ESTÁ ENFERMA

Muestre la Diapositiva 13/4: Manejo de la lactancia cuando la madre está enferma

Cuando trate a una mujer enferma, recuerde preguntarle si tiene un bebé lactante.

Pregunte: ¿Qué le puede usted decir a una madre acerca de la lactancia si la madre está enferma?

Espere algunas respuestas.

> *Las mujeres pueden continuar dando de lactar - en casi todos los casos - cuando están enfermas.*

- Hay muchos beneficios si se continúa amamantando durante la enfermedad:
  - El organismo de la mujer hace anticuerpos contra sus infecciones, los cuales van a la leche materna y pueden ayudar a proteger al bebé de la infección.
  - El bebé puede permanecer al lado de la madre y mamar a demanda sin que ella se mueva. Amamantar es menos laborioso que esterilizar biberones, preparar la fórmula y sentarse para darla.
  - La madre y el bebé pueden permanecer juntos, de modo que ella sabe que su bebé está seguro y feliz.
  - El bebé continúa recibiendo los beneficios de la lactancia: protección de la salud, la mejor nutrición, crecimiento y desarrollo óptimos, menor riesgo de obesidad y de problemas posteriores de salud.
- Suspender la lactancia bruscamente puede llevar a pechos dolorosos, la madre puede presentar fiebre, y el bebé puede mostrar signos de angustia, tal como llorar mucho, además de exponerlo a todos los riesgos de la alimentación artificial.

  Puede ser difícil regresar al amamantamiento después que la madre se ha recuperado, dado que su producción de leche puede haber disminuido.

> *Amamantar durante la enfermedad tiene beneficios para la madre enferma y para el bebé.*

Pregunte: ¿Qué tipo de ayuda puede necesitarse con la lactancia si la madre está enferma?
Espere algunas respuestas.

- Explique el valor de continuar amamantando durante su enfermedad.
- Minimice la separación, manteniendo a la madre y al bebé juntos.
- Ofrezca líquidos a la madre, especialmente si tiene fiebre.
- Ayude a la madre a encontrar una posición cómoda para amamantar o muestre a alguien más cómo ayudarla a sostener al bebé cómodamente.
- Si es difícil amamantar o la madre está muy mal, ella puede extraer su leche (o ser ayudada para hacerlo) y el bebé puede recibir la leche materna con taza hasta que ella esté mejor.
- Escoja tratamientos y medicamentos que sean seguros durante la lactancia.
- Asista a la madre a restablecer la lactancia después de que se recupere, si ha habido una interrupción durante la enfermedad.

• Si la madre tiene una enfermedad mental, trate de mantener el bebé con ella y cuide a ambos a la vez. Deje que la madre lo amamante si puede hacerlo. Si es posible encuentre alguien que la cuide, que pueda permanecer con ella para asegurarse que no abandone ni le haga daño a su bebé.

Mantener a la madre y al bebé juntos sigue siendo importante aún cuando la madre esté enferma.

• Las madres con enfermedad crónica pueden necesitar ayuda extra para establecer la lactancia. Por ejemplo, una madre con diabetes puede presentar complicaciones durante el parto, lo cual puede interferir con el establecimiento de la lactancia pero, con ayuda apropiada, ella puede amamantar normalmente.

Pregunte: ¿Hay situaciones relacionada a la salud de la madre que pueden requerir el uso de alimentos diferentes a la leche materna?
Espere algunas respuestas.

• Hay muy pocas situaciones relacionadas a la salud materna que requieren el uso de alimentos artificiales.
Es importante distinguir si es la enfermedad la que es una contraindicación de la lactancia o si es la situación que rodea la enfermedad la que hace la lactancia difícil.

• **Hospitalización:** Por sí misma no es una contraindicación de la lactancia.

Si la madre es hospitalizada, el bebé debe mantenerse con la madre.

Si la madre no es capaz de cuidar a su hijo, puede pedírsele a un miembro de la familia que se quede y la ayude con su niño.

- Si la madre tiene una enfermedad contagiosa común tal como una infección respiratoria o de la garganta o una infección gastrointestinal, se debe continuar la lactancia. Hay un riesgo para el bebé de estar cerca a la madre y expuesto a la infección a través del contacto o la tos. Sin embargo, cuando la madre continúa amamantando, el bebé recibe protección contra la infección. Si se suspende la lactancia en ese momento, el bebé está en mayor riesgo de contraer la infección de la madre.
- En la mayoría de las infecciones maternas, incluyendo la tuberculosis, la hepatitis B y la mastitis, no está contraindicada la lactancia materna. Tampoco en tifoidea, shigellosis, cólera, gonorrea, toxoplasmosis, rubéola, sífilis, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, infección urinaria, piodermitis ni fiebre.

En la mayoría de las infecciones maternas no está contraindicada la lactancia materna.

- *A continuación se dan recomendaciones para el manejo de la lactancia en algunas enfermedades. Pida a los participantes que la lean a su propio ritmo. Aclare las dudas, según sea necesario.*

Enfermedad Materna y Lactancia

Infecciones maternas en las que se suspende la lactancia

Infección por VIH: Existe un riesgo de transmisión al bebé durante el embarazo y el parto, así como durante la lactancia materna. Aproximadamente 5-15% de bebés (1 en 20 a 1 en 7) nacidos de mujeres infectadas por el VIH se volverán VIH positivos a través de la lactancia. Para reducir este riesgo, se debe evitar por completo la lactancia materna.

En el Perú hay obligación de proporcionar la alimentación artificial en forma gratuita. *Muestre la Diapositiva 13/5: MINSA-PROCETSS Recomendación para mujeres VIH-positivas.*

En algunos países, el riesgo de enfermedad y muerte por la lactancia artificial es más alto que el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia porque la alimentación artificial no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, (AFASS). Allí, la OMS recomienda dar lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y suspenderla tan pronto se alcancen las condiciones especificadas. La lactancia mixta la mastitis y las grietas en los pezones aumentan el riesgo de transmisión viral.

Muestre la Diapositiva 13/6: UNICEF/OMS/ONUSIDA Recomendación para mujeres VIH-positivas.

Otras alternativas son dar la leche extraída de la madre, tratada con calor, o la leche extraída de otra mujer, ya sea a través de un banco de leche o, informalmente, de una mujer VIH-negativa.

***Infección por HTLV-I* (virus de leucemia a células T humanas):** No se recomienda la lactancia materna si hay opciones de alimentación de reemplazo AFASS disponibles.

Infecciones maternas en las que se suspende la lactancia temporalmente en ciertas condiciones

Virus Herpes simplex tipo 1 (HSV-1): Las mujeres con lesiones de herpes en los pechos deben evitar amamantar hasta que las lesiones activas se hayan resuelto. Si no hay lesiones en el pecho, se debe continuar con la lactancia evitando el contacto con las lesiones.

Varicella-zoster: Si la madre tuvo la varicela en los 5 días anteriores al parto (no ha habido tiempo para el pasaje suficiente de anticuerpos), se debe administrar inmunoglobulina específica al recién nacido e iniciar la lactancia. Si no se dispone de inmunoglobulina y el bebé no presenta lesiones, se debe suspender la lactancia hasta que la madre ya no contagie. Mientras tanto, el bebé puede recibir la leche extraída.

Si la madre tuvo varicela más de 5 días antes del parto, puede dar de lactar ya que le ha transferido anticuerpos al recién nacido a través de la placenta.

En caso el recién nacido presente lesiones de varicela, no se debe suspender la lactancia.

Brucellosis: Puede transmitirse a través de la leche. El amamantamiento debe iniciarse 48-72 horas después de iniciar el tratamiento de la madre. Antes, puede darse al bebé la leche extraída tratada con calor.

Condiciones maternas de preocupación común en las cuales no está contraindicada la lactancia materna

Hepatitis B: Las madres infectadas deben continuar la lactancia normalmente. No hay pruebas de que un lactante que tome leche de una madre infectada tenga un riesgo mayor de infección, aunque no esté vacunado. Los recién nacidos deben recibir vacuna contra hepatitis B tan pronto como sea posible después del parto, pero, aunque no se disponga de vacuna, se recomienda la lactancia materna.

Hepatitis C: No contraindica la lactancia pues no se transmite a través de la leche materna, excepto cuando la madre es también portadora del VIH.

Tuberculosis: Las madres tuberculosas deben continuar la lactancia. Si la tuberculosis fue diagnosticada y tratada en el embarazo y la madre es BK (-), debe iniciarse la lactancia

normalmente. Si la madre es BK (+), la madre debe usar una máscara adecuada al amamantar e iniciar el tratamiento y el bebé debe recibir quimioprofilaxis con isoniazida durante 6 meses.
Mastitis: En general, se recomienda continuar la lactancia durante la terapia antibiótica.
Absceso mamario: Si el dolor o la localización no permiten lactar del pecho afectado, se debe extraer la leche. La lactancia puede continuar en el pecho sano y reiniciarse en el pecho afectado, una vez que se ha drenado el absceso y se ha comenzado el tratamiento de la madre con antibióticos.
Infección por CMV (citomegalovirus): Se debe continuar la lactancia. Si bien el virus pasa a la leche, los anticuerpos protegen al recién nacido y la infección es leve, excepto en el prematuro de 28 semanas o menos de edad gestacional, que no ha recibido anticuerpos suficientes. La pasteurización de la leche o su congelación a -20° C por 72 horas inactiva el virus.
Hipotiroidismo: No contraindica la lactancia.
Hipertiroidismo: No contraindica la lactancia. El tratamiento de primera elección es el propiltiouracilo frente al metimazol, pero ambos son compatibles con la lactancia. Es recomendable un control periódico de la función tiroidea del lactante.

4. MEDICAMENTOS, DROGAS, CONTAMINANTES AMBIENTALES Y LACTANCIA

Muestre la Diapositiva 13/7: Medicamentos, drogas, contaminantes y lactancia

La mayoría de las drogas pasan a la leche materna pero sólo en pequeñas cantidades y pocas drogas afectan al bebé.

Cuando una madre está tomando medicamentos, el profesional de la salud a veces le aconseja no amamantar por temor a que el medicamento pase a la leche materna y le haga daño al bebé, sin embargo hay pocos medicamentos que pueden causar efectos dañinos. Rara vez es necesario suspender la lactancia a causa de un medicamento materno.

Suspender la lactancia puede ser más peligroso para el bebé que administrar la droga a la madre que amamanta, en la mayoría de los casos.

- Los medicamentos son generalmente seguros durante la lactancia si se pueden usar en niños o en el embarazo, si no se absorben por vía gastrointestinal o si no se excretan en la leche materna.
- Es más probable que un medicamento que toma la madre afecte a un bebé prematuro o a un bebé menor de dos meses de edad que a un bebé mayor. Si hay alguna preocupación, es usualmente posible encontrar una droga o un tratamiento que sea más compatible con la lactancia.

Pregunte: ¿Qué haría usted si una madre que amamanta toma un medicamento del cual usted no está seguro?

- Si una madre que amamanta está tomando una droga de la que usted no está seguro:
  - Anime a la madre a continuar el amamantamiento mientras usted averigua más.
  - Vigile al bebé por efectos colaterales tales como somnolencia anormal, no deseo de alimentarse e ictericia, especialmente si la madre necesita tomar la droga por un tiempo largo.
  - Aprenda a buscar información confiable (explique dónde encontrar información localmente disponible que apoye la lactancia materna).

> *Los vademécum y los prospectos que vienen con los medicamentos no constituyen información confiable de compatibilidad de la droga con la lactancia.*

  - Pregunte a profesionales de salud más especializados, por ejemplo a un médico o farmacéutico para mayor información y para encontrar una droga alternativa que sea más segura, si es necesario.
  - Si el bebé tiene efectos colaterales y la medicación de la madre no puede cambiarse, considere usar método de alimentación de reemplazo, temporalmente si es posible.

- Los tratamientos tradicionales, las yerbas o medicinas a base de yerbas y otros tratamientos pueden tener efectos sobre el bebé. Trate de averiguar más sobre ellos si son usados comúnmente en su área. Mientras tanto, anime a la madre a continuar el amamantamiento y observar al bebé por efectos colaterales.

- *Pida a los participantes que lean el resumen de "Lactancia y Medicación de la Madre". Señale las categorías de drogas en el resumen.*

LACTANCIA Y MEDICACIÓN DE LA MADRE –RESUMEN-

1. Fármacos contraindicados:

- drogas anticancerosas (antimetabolitos);
- sustancias radioactivas (suspender la lactancia temporalmente);
- amiodarona

Pueden disminuir la producción de leche:

- estrógenos incluyendo anticonceptivos que contienen estrógenos, diuréticos tiazidas, derivados del ergot (ergometrina, bromocriptina, cabergolina), anticolinérgicos (antiespasmódicos, antihistamínicos de primera generación).

2. Fármacos a tomar con precaución:

Efectos colaterales posibles; vigile al bebé por somnolencia:

- drogas psiquiátricas seleccionadas y anticonvulsivantes, especialmente con barbitúricos y diazepam y si el bebé tiene menos de 1 mes.

Use drogas alternativas si es posible:

- cloramfenicol, tetraciclinas. Sin embargo si es el tratamiento de elección para la madre, continúe la lactancia y observe al bebé. En la mayoría de los casos no habrá ningún problema.

Vigile al bebé:

- **por ictericia** *(en menores de 6 semanas de edad)* Sulfonamidas, dapsona, sulfametoxazol+trimetoprim (cotrimoxazol), sulfadoxina+pirimetamina (Fansidar).
- **función tiroidea:** propiltiouracilo, metimazol (dosis menores de 40 mg/día no causan problemas).

3. Fármacos seguros en dosis usual:

Drogas más comúnmente usadas:

- analgésicos y antipiréticos: cursos cortos de paracetamol, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno; naproxeno, codeína, dosis ocasionales de morfina y petidina.
- antibióticos: ampicilina, amoxicilina, cloxacilina y otras penicilinas, eritromicina.
- quinolonas (ejemplo: ciprofloxacina).
- drogas antituberculosas, drogas anti-leprosas (ver dapsona arriba).
- antimaláricos (excepto mefloquina, Fansidar), antihelmínticos, metronidazol, antifúngicos.
- broncodilatadores (ejemplo salbutamol), corticosteroides, antihistamínicos,
- antiácidos, drogas para diabetes, la mayoría de antihipertensivos, digoxina.
- suplementos nutricionales de iodo, hierro, vitaminas.

Drogas o tratamientos menos usados:

- tiroxina, warfarina, inmunizaciones.
- antidepresivos, litio.
- ciclosporina.
- sustancias de contraste iodadas, de bario, gadopentato.
- radiografías, tomografías y resonancias magnéticas.

(Modificado de Consejería en Lactancia: Un curso de capacitación", OMS/CDR/93.3-6)

- **Drogas psicoactivas**. Aún en situaciones de uso de tabaco, alcohol y drogas, la lactancia sigue siendo el método de alimentación de elección para la mayoría de lactantes. Cuando se trata de drogas fuertes, se debe decidir individualmente.
  - **De uso social:** Si la madre no puede dejar de usarlas, puede permitirse su uso moderado. En exceso pueden producir efectos adversos
    - ***Café:*** Menos de 5 tazas (750 ml) no causan problema en la mayoría de los casos. La cafeína puede causar irritabilidad e insomnio.
    - ***Tabaco:*** El humo aumenta las infecciones respiratorias, aún en los bebés que toman fórmula. La madre debe fumar donde no le alcance el humo al bebé. La nicotina a dosis muy altas puede disminuir la producción láctea.
    - ***Alcohol:*** Puede permitirse a la madre el uso ocasional, recomendándole que no amamante después de tomar hasta que deje de sentir los efectos (mente despejada). El consumo crónico (más de 2 copas diarias) se ha relacionado con retraso psicomotor del lactante y el consumo excesivo con disminución del reflejo de eyección y de la producción de leche.
  - **Drogas de adicción:** No se recomienda la lactancia en madres que usan drogas como cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas, fenciclidina, LSD y consumen alcohol en exceso.

Muestre la Diapositiva 13/8: Pautas para el uso de medicamentos en madres que amamantan
Pida a los participantes que la lean por turnos.

PAUTAS PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN MADRES QUE AMAMANTAN

- Usar un medicamento sólo si es absolutamente necesario. Considerar terapias alternativas no medicamentosas.
- Postergar el comienzo de la medicación, si se puede, hasta que el bebé sea más maduro y mejore su capacidad de metabolizar drogas.
- Tomar la dosis más baja posible por el tiempo más corto posible.
- Escoger un medicamento que se transfiera menos a la leche materna.
- Evitar una droga con una vida media larga, si es posible.
- Evitar preparaciones de liberación prolongada.
- Tomar el medicamento en un horario tal que llegue la cantidad más pequeña a la leche materna (usualmente, inmediatamente después de una mamada o antes de que el bebé tenga un periodo largo de sueño).
- Observar cualquier reacción no deseada (tales como irritabilidad, erupción dérmica, cólico o cambios en el patrón de alimentación o de sueño). Si aparece, notificar al médico e informarle todas las drogas que está tomando la madre.

- **Contaminantes ambientales:** No hay estudios sobre el riesgo para la salud de los lactantes debido a los contaminantes ambientales encontrados en la leche de las madres.

Se ha reportado el efecto beneficioso de la lactancia materna en el desarrollo intelectual de lactantes con exposición prenatal a productos organoclorados en una zona muy contaminada.

Los beneficios de la lactancia materna superan el riesgo de bajos niveles de contaminantes ambientales en la leche humana, en muchos casos inferiores a los de la leche de vaca u otros alimentos.

La manera adecuada de disminuir la contaminación de los niños es disminuir la contaminación ambiental en todo el mundo.
La exposición laboral de las madres a sustancias químicas debe evaluarse en forma individual.

5. MITOS Y CREENCIAS

Muestre la Diapositiva 13/9: La formación de la Vía Láctea por Tintoretto
Explicación de la diapositiva: Hermes, el mensajero de los dioses, pone a Heracles (Hércules), hijo de Zeus y Alcmena, al pecho de Hera, esposa de Zeus, mientras ella duerme, para que mame la leche divina y se vuelva inmortal. Hera despierta asustada, la leche brota, se esparce por el universo, formando un camino de estrellas, la Vía Láctea.

Todas las culturas tienen mitos y creencias sobre la lactancia. Es importante conocerlos y conversar con las gestantes, con las madres y con su familia sobre sus creencias, porque pueden influir en el éxito o fracaso de la lactancia.
Recuerde usar sus habilidades de comunicación cuando hable con la madre, no haga que se sienta juzgada o criticada, refuerce su confianza y déle información pertinente.
A continuación se mencionan algunas creencias populares en relación con la lactancia y los fundamentos para refutarlas.
Puede mencionar algunas o puede usarlas para el ejercicio del capítulo, según lo considere necesario.

"El bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed"
Falso. Los gases se producen normalmente en la digestión y se eliminan en forma espontánea. El bebé no necesita más líquidos porque la leche materna tiene toda el agua que necesita. Al dar otros líquidos, hay riesgo de infección y de disminución de la producción de leche. Es probable que se produzca un exceso de gases o cólicos en bebés con mamadas cortas, ya que sólo toman la leche inicial rica en lactosa, lo que mejorará corrigiendo la técnica de lactancia.

"Al lavar la ropa se enfría la leche y causa cólico y deposiciones verdes"
Falso. La leche sale siempre a la temperatura del cuerpo como la orina, por ejemplo"

"Es necesario tomar abundantes líquidos para tener bastante leche"
Falso. La madre debe tomar líquidos según su sed. Tomar más líquidos no aumenta la producción de leche. La succión frecuente sí.

"Es necesario tomar leche para producir más y mejor leche materna"
Falso. La leche no es indispensable en la dieta de una madre que da de lactar. Las vacas comen pasto y producen leche. Si a la madre le agrada, puede tomarla, pero a muchos adultos la leche les produce molestias digestivas porque ya no tienen lactasa para su digestión.

"Si la madre tiene gases o estreñimiento, se los transmite al bebé en la leche"
Falso. Los gases de la madre no se pueden transmitir a la leche porque no se absorben.

"Las madres desnutridas no pueden dar el pecho"
Falso. Las madres desnutridas son capaces de amamantar. Necesitan alimentos adicionales, líquidos y apoyo para amamantar frecuentemente. Se debe alimentar a la madre y que ella dé el pecho al bebé.

"El estrés o la cólera impide que la madre produzca leche."
Falso. Puede interferir temporalmente con el flujo de leche, no con la producción que depende de la succión frecuente. Se debe procurar un ambiente tranquilo para la madre.

"Si el bebé tiene diarrea, no hay que darle pecho."
Falso. La leche materna ayuda al bebé a recuperarse de la diarrea, lo hidrata y lo nutre.

"No se puede dar el pecho una vez que se ha interrumpido la lactancia."
Falso. Una madre que ha dejado de dar el pecho puede, en muchos casos, volver a hacerlo, con el apoyo necesario.

"La leche de los primeros días debe desecharse porque le hace daño al bebé"
Falso. El calostro es importante para el bebé ya que lo defiende de las infecciones y tiene efecto laxante, facilitando la eliminación del meconio y disminuyendo la ictericia.

"Jugos y otras bebidas o alimentos ayudan a madurar el 'estómago' del bebé los primeros meses"
Falso. La leche materna es todo lo que el bebé necesita los primeros 6 meses. La introducción de otros alimentos puede causar problemas al bebé y disminuir la producción de leche en la madre.

"Las relaciones sexuales pueden dañar la leche materna"
Falso. La pareja puede reanudar su vida sexual cuando la mujer se haya recuperado y ambos lo deseen. Existirá el riesgo de un nuevo embarazo, si no se cumplen las condiciones del MELA, pero la leche no se afectará.

"La lactancia materna, hace que los pechos pierdan firmeza y se caigan"
Falso. Los pechos se van deformando poco a poco, con las sucesivas menstruaciones y embarazos y después, con el paso del tiempo, los tejidos pierden elasticidad y los pechos se ponen más flácidos.

"Ciertos líquidos, alimentos o yerbas aumentan la producción de leche"
Si bien pueden existir sustancias que aumentaen la producción de leche (galactagogas), la mayoría no se ha estudiado científicamente. Algunas pueden tener sólo un efecto psicológico en la mujer. Hay riesgo de que el exceso de una sustancia pueda producir efectos indeseados. Otras veces no le agradan a la madre y las toma sacrificándose innecesariamente. La succión frecuente es la mejor manera de aumentar la producción de leche.

Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

Necesidades nutricionales de las mujeres que amamantan

- Todas las madres necesitan comer suficientes alimentos para sentirse bien y poder cuidar a su familia.
- Las madres no necesitan comer alimentos especiales o evitar ciertos alimentos cuando amamantan.
- Si el suministro de alimentos es limitado, es mejor para la salud y nutrición de ambos, madre y bebé - y menos caro - dar alimento a la madre de modo que ella pueda cuidar de su bebé, que dar alimentos artificiales al bebé.

¿Cómo ayuda la lactancia a espaciar los embarazos?

El MELA es 98% efectivo para prevenir la concepción si se cumplen 3 condiciones:

- La madre está en amenorrea y
- La madre amamanta en forma exclusiva, (día y noche) sin intervalos largos entre mamadas y
- El bebé tiene menos de 6 meses de edad.

- Si alguna de estas tres condiciones no se cumple, es aconsejable que la madre use otro método de planificación familiar.

El manejo de la lactancia cuando la madre está enferma

- Usted puede asistir el amamantamiento durante la enfermedad materna:
  - Explicando el valor de continuar la lactancia durante la enfermedad,
  - Minimizando la separación, manteniendo a la madre y al bebé juntos,
  - Dando líquidos a la madre, especialmente si tiene fiebre,
  - Ayudando a la madre a encontrar una posición cómoda para amamantar,
  - Ayudando a la madre a extraer y dar al bebé la leche materna en taza si la madre está demasiado mal para amamantar,
  - Escogiendo tratamientos y medicamentos que sean seguros para la lactancia.
  - Ayudando a la madre y al bebé a restablecer la lactancia cuando la madre se recupere, si no ha amamantado durante su enfermedad.

Medicamentos, drogas, contaminantes y lactancia

- A menudo, si se necesita una medicación, puede usarse alguna que sea segura para su bebé. La mayoría de drogas pasan a la leche materna sólo en pequeñas cantidades y pocas pueden afectar al bebé. En la mayoría de casos, suspender la lactancia puede ser más peligroso para el bebé que la droga.
- Vigile al bebé por efectos colaterales y averigüe más sobre la droga, si usted está preocupado. Es más probable que los bebés prematuros y los menores de 2 meses de edad muestren efectos colaterales.

RESUMEN

- Sepa cómo conseguir más información o consejo sobre medicamentos.
- Los antimetabolitos, las sustancias radiactivas y la amioradona están contraindicados durante el amamantamiento. Otros medicamentos están contraindicados porque disminuyen la producción de leche.
- No se recomienda la lactancia en madres que usan drogas como cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas, fenciclidina, LSD y consumo excesivo de alcohol.
- Los beneficios de la lactancia materna sobrepasan el riesgo de bajos niveles de contaminantes ambientales en la leche humana, en muchos casos inferiores a los de leche de vaca u otros alimentos.

Mitos y creencias

Es necesario discutir con la madre y la familia los mitos y creencias relacionados con la lactancia, ya que pueden influir positiva o negativamente en el amamantamiento.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 13:
PREOCUPACIONES DE LA SALUD MATERNA

1. CLASIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN RELACIÓN CON LA LACTANCIA.

Este ejercicio requiere material preparado con anticipación. El ejercicio puede realizarse antes de iniciar la charla sobre medicamentos, para medir el conocimiento previo, o durante el taller, para mencionar sólo algunos medicamentos y dejar la lista general para la lectura posterior. El ejercicio también puede realizarse al final del taller.

Materiales

Cartulina
Tijeras
Plumones (para papel)
Papelógrafo y rotafolio (o pizarra acrílica y plumones para pizarra)
Cinta adhesiva.

Preparación previa

Antes del día del taller recorte rectángulos de cartulina y escriba en cada uno el nombre de un medicamento, con letra imprenta.
El día del taller:
Escriba en un papelógrafo o en la pizarra las categorías:

- Fármacos contraindicados
- Fármacos a tomar con precaución
- Fármacos seguros

Dejando un espacio entre ellas, para que los participantes puedan pegar las cartulinas.

Desarrollo

Entregue uno o dos "medicamentos" a cada participante, para que los peguen en las categorías según corresponda.
Haga comentarios en relación con los medicamentos y los resultados del ejercicio.

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

A. Una mujer embarazada le dice que no puede amamantar porque necesitaría comprar alimentos especiales para ella misma que no puede afrontar.
¿Qué puede decirle para ayudarla a ver que es posible la lactancia para ella?

B. Un compañero de trabajo le dice que una madre necesitará suspender la lactancia a su bebé de 25 días porque tiene una infección puerperal y la van a hospitalizar y tratar con antibióticos.
¿Qué puede usted responder a este compañero de trabajo?

C. Un compañero de trabajo le dice a usted que una madre deberá suspender la lactancia porque necesita tomar un medicamento.
¿Qué puede usted responder a este compañero de trabajo?

3. JUEGO DE ROLES - MITOS Y CREENCIAS

- Pídale a un participante que haga el rol de una madre y que mencione alguna creencia relacionada con la lactancia y dígale a otro participante que use sus habilidades de comunicación para discutir esa creencia con la madre.

- Pídales a otros participantes que hagan lo mismo por turnos.

CAPÍTULO 14

APOYO CONTINUO A LAS MADRES

Objetivos:

Al final de esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir cómo preparar a la madre para el alta;
2. Buscar la disponibilidad de seguimiento y apoyo después del alta;
3. Conocer las maneras de proteger la lactancia de mujeres que trabajan fuera del hogar;
4. Discutir el mantenimiento de la lactancia por el segundo año o más.
5. Identificar otras estrategias o programas que puedan dar apoyo continuo a la lactancia.

Materiales:

- Apoyo continuo a través de la demos del CD Interactivo.

Pida información del apoyo que existe en el área o región, tales como grupos de apoyo, apoyo comunitario, consultorios de nutrición o de lactancia en los centros de salud.
Información sobre alguna legislación nacional o directivas de apoyo a la lactancia en el lugar de trabajo.
Información sobre algunos lineamientos y políticas nacionales de alimentación complementaria – verifique que estos materiales apoyen la lactancia materna exclusiva por seis meses.

APOYO CONTINUO A LAS MADRES – PASO 10

Durante el embarazo, el parto y la lactancia la mujer es muy sensible e influenciable, por lo que requiere apoyo para adquirir o reforzar su confianza en sus capacidades. Antiguamente, el apoyo se brindaba en forma natural, por las madres con experiencia, de una generación a otra, pero con la institucionalización del parto y el abandono de la lactancia, esto se perdió, persistiendo la necesidad de apoyar a las madres. El apoyo iniciado en el establecimiento de salud debe continuar cuando la madre sale de alta. De ello puede depender la continuación y el éxito de la lactancia.

> *El establecimiento de salud donde nace el bebé puede hacer mucho para iniciar y establecer la lactancia. Sin embargo, la necesidad de apoyo continúa después del alta.*

1. PREPARANDO A UNA MADRE PARA EL ALTA

En algunas comunidades, las madres están bien apoyadas por los amigos y la familia. Cuando este apoyo no está disponible, por ejemplo si la madre vive lejos de su propia familia, el establecimiento de salud necesita coordinar alguna alternativa de seguimiento. Esto debe tratarse con las madres antes del alta.

Muestre la Diapositiva 14/1: Lo que la madre necesita antes del alta
Pregunte: ¿Qué necesita una madre antes de salir del hospital con su bebé?
Espere algunas respuestas. Agradézcalas y complemente.

Antes que una madre deje la maternidad, necesita:

- Ser capaz de alimentar a su bebé.
- Entender la importancia de la lactancia materna exclusiva por 6 meses y de la lactancia continuada con la introducción de alimentos complementarios hasta los dos años y más.
- Ser capaz de reconocer si la lactancia está yendo bien.
- Saber cómo conseguir el apoyo continuo que ella necesita.

Ser capaz de alimentar a su bebé

- Un trabajador de salud entrenado en el apoyo a la lactancia materna, debe observar una mamada y asegurarse de que la madre y el bebé saben cómo amamantar.
- Una madre debería:
  - saber sobre la alimentación 'a demanda' o 'dirigida por el bebé',
  - ser capaz de reconocer las señales para mamar de su bebé,
  - ser capaz de colocar a su bebé para un buen agarre al pecho,
  - conocer los signos de lactancia eficaz y de un bebé saludable,
  - conocer qué hacer si ella piensa que no tiene suficiente leche,
  - ser capaz de extraer su leche.
- Si una madre no amamanta, un trabajador de salud debe observar que la madre (u otro cuidador) es capaz de preparar el alimento de reemplazo y dárselo al bebé de manera segura antes que la madre y el bebé sean dados de alta de la maternidad.

> *La madre debe saber cómo dar de lactar a su bebé en forma eficaz, aún cuando tenga que separarse de él.*

Entender la importancia de la lactancia materna exclusiva y la lactancia continuada

- Cuando una madre regresa a casa pueden presionarla para dar al bebé otros alimentos o líquidos diferentes a la leche materna.

> *Antes que la madre deje el establecimiento de salud, recuérdele la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses.*

- Después de seis meses, un bebé necesita alimentos además de leche materna. La leche materna continúa proporcionando buena nutrición y protección contra la enfermedad así como cercanía a la madre.

La madre debe saber que la leche materna sigue siendo valiosa para la salud y la nutrición aún más allá de los dos años.

Ser capaz de reconocer que la lactancia está yendo bien

- A veces debemos decirle a la madre que se comunique con nosotros si hay algún problema. Una madre primeriza puede no saber qué es normal y qué es un problema.
  Los signos que indican que la lactancia está yendo bien y que una madre que tiene un bebé pequeño puede buscar, son:
  - El bebé está alerta y activo, lactando al menos 8 veces en 24 horas. Se tranquiliza y duerme por algunos periodos.
  - El bebé moja 6 ó más pañales en 24 horas con orina pálida, diluida y hace 3 ó más deposiciones al día, las primeras semanas. En un bebé mayor, la defecación puede ser menos frecuente, pero las heces deben ser suaves.
  - Los pechos están más llenos antes de las mamadas que después de las mamadas.
  - Los pechos y los pezones están cómodos y no adoloridos.
  - La madre siente confianza al cuidar a su bebé en general.

Saber cómo conseguir la ayuda que ella necesita

Las madres necesitan ayuda y deben saber cómo encontrarla.

- Cuando una madre va a casa, necesita que un miembro de la familia, un amigo, un trabajador de salud u otra persona la ayude a adquirir confianza conforme aprende a cuidar a su bebé. Una madre necesita ayuda particularmente si:
  - tiene mucha demanda de su tiempo tal como cuidar otros niños y las tareas del hogar,
  - es una madre primeriza,
  - tiene dificultad para alimentar a su bebé,
  - necesita trabajar fuera de casa y dejar a su bebé,
  - está aislada, tiene poco contacto con gente que la apoye,
  - recibe consejos confusos y conflictivos de mucha gente,
  - ella o su bebé tienen algún problema de salud.
- A veces una madre piensa que debería ser capaz de hacer todo sin ayuda alguna. Puede creer que si busca ayuda pensarán que ella es una mala madre o que no puede afrontar las cosas.
- Cuando cualquiera de nosotros aprende un nuevo trabajo o habilidad, necesita un tiempo para aprender y puede requerir pedir ayuda. El aprendizaje de ser madre es similar, hay nuevas habilidades que aprender. Los servicios de apoyo

que existen en el área pueden no ser suficientes. Una madre primeriza puede necesitar valor para buscar ayuda y usar el apoyo disponible.

- También el seguimiento de la madre que está dando alimento de reemplazo es muy importante para asegurar que está haciéndolo en forma apropiada.
- Cuando le hable a una mujer durante su embarazo mencione que hay servicios de apoyo disponibles en caso tenga alguna dificultad. Esto puede ayudarla a sentirse confiada desde el comienzo.

2. SEGUIMIENTO Y APOYO CONTINUO DESPUÉS DEL ALTA

Recursos disponibles en la comunidad local

Muestre la Diapositiva 14/2: Apoyo continuo

Pregunte: ¿Quién en la comunidad puede proporcionar apoyo continuo a una madre para alimentar y cuidar a su bebé?

Espere algunas respuestas.

- ***Familia y amigos***

  Pueden ser fuente importante de apoyo para la lactancia en general. Sin embargo, el apoyo a la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, falta en familias en que las otras mujeres han dado siempre suplementos y alimentos precoces.

  Las madres que dando alimentación de reemplazo (por ejemplo, las madres VIH positivas) también necesitan apoyo de la familia y de los amigos.

> *En toda ocasión en que un trabajador de salud ve a una madre y a su niño pequeño, puede apoyar a la madre en la alimentación y el cuidado de su bebé.*

- ***Atención primaria y agentes de salud comunitarios***

  Si los trabajadores de salud no pueden ayudar a la madre por sí mismos, deben referirla a alguien que pueda hacerlo.

  Los agentes de salud comunitarios están a menudo más cerca de las familias que los trabajadores de salud y pueden pasar más tiempo con ellas. Para ser efectivos, los agentes de salud comunitarios necesitan estar entrenados.

  Si los centros comunitarios tienen "consultorios de lactancia", significa que hay personal entrenado que ayudará a la madre sin necesidad de esperar una cita. Puede ser efectivo ver varias madres a la vez, de modo que intercambien experiencias. En estos consultorios puede formarse un grupo de apoyo de madres.

  Los trabajadores de salud pueden dar el ejemplo en sus propias comunidades, dando de lactar en forma exclusiva a sus propios bebés, añadiendo alimentos apropiados después de los 6 meses de edad.

Todos los trabajadores de salud y los agentes de salud comunitarios deben estar entrenados para apoyar a la madre con la alimentación de su bebé y deben dar el ejemplo con sus propios bebés.

- ***Apoyo madre a madre***

Muestre la Diapositiva 14/3: Paso 10
Pídale a algún participante que la lea en voz alta.

El Paso 10 de los Diez Pasos hacia la Lactancia Materna Exitosa dice:
"Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica".

Muestre la Diapositiva 14/4: Apoyo madre a madre
Este apoyo usualmente se basa en la comunidad y puede darse uno a uno o en grupo.
Una madre con experiencia puede proporcionar apoyo individual a una madre primeriza. Pídale a la madre con experiencia permiso para darles su nombre a madres primerizas en su área.

Pregunte: ¿Qué es un grupo de apoyo a la lactancia materna?
Espere algunas respuestas y comente.

Un grupo de apoyo a la lactancia materna (GALM) es un grupo de mujeres que están amamantando o que han amamantado y mujeres embarazadas, que se reúnen periódicamente, para recibir información, reflexionar y darse apoyo en lo que se refiere a lactancia materna

En muchas comunidades se ayuda mejor a las madres cuando hay grupos de apoyo a la lactancia materna - madre a madre-.
Si no hay tales grupos de apoyo en su comunidad, quizás usted pueda ayudar a establecer uno y fomentar su crecimiento.

Formando un grupo de apoyo madre a madre
Puede comenzarse un grupo con algunas madres por iniciativa propia o por iniciativa de un agente de salud comunitario. Puede haber grupos de apoyo especiales para mujeres en situaciones especiales como por ejemplo las que son VIH positivas o las que tienen hijos con problemas.

Estos grupos no necesitan ser grandes o tener facilitadoras altamente entrenadas.

Pregunte: *¿Qué características debe tener la facilitadora del grupo?*
- Experiencia propia y conocimientos en lactancia.
- Calor humano y sensibilidad social.
- Saber escuchar.
- Aptitud y tiempo para enseñar y para ayudar a otras mujeres.
- No sentirse superior a los demás.
- Respeto a la experiencia de las personas y a la resistencia al cambio.
- Capacidad para reconocer sus limitaciones y pedir ayuda.

Pregunte: *¿Qué no debe hacer la facilitadora del grupo de apoyo?*
La facilitadora del grupo de apoyo madre a madre:
- NO debe dar una conferencia
- NO debe criticar a la gente
- NO debe tomar decisiones por la madre

Pregunte: *¿Cómo formar un grupo de apoyo?*
Espere algunas respuestas y complemente.
- Identifique madres con experiencia en lactancia y averigüe si serían aceptadas por otras madres como "facilitadoras". Las madres jóvenes también pueden ayudar.
- Proporcione información precisa y ayude a las facilitadoras, pero déjelas dirigir el grupo.
- Informe a cada madre sobre el grupo de apoyo y preséntelas a su facilitadora, si es posible.
- Anime al grupo a reunirse con cierta frecuencia, en la casa de una madre u otro local comunitario. En las reuniones, las madres pueden compartir cómo se sienten ellas, las dificultades que tuvieron y cómo las resolvieron. Usted puede sugerir tópicos especiales que podrían discutirse.
- Esté disponible para dar información y apoyo a las facilitadoras, cuando lo pidan.
- Incluya facilitadoras en algunas actividades de entrenamiento en el hospital o en el consultorio de lactancia.
- Proporcione entrenamiento en habilidades de comunicación a las facilitadoras.

  La ayuda es fácilmente accesible o muy barata. Idealmente, las madres que han sido entrenadas para dar apoyo están disponibles en cualquier momento, para ayudar a una madre con dificultades, lo que puede hacerse también por teléfono, carta o correo electrónico, donde sea posible.

En un grupo de apoyo madre a madre:
- La ayuda puede estar disponible en la propia comunidad de las madres.

- Se refuerzan los patrones tradicionales de las mujeres de conseguir información y apoyo de parientes y amigos.
- Alimentar y cuidar al bebé se ven como actividades normales más que como problemas que necesitan ser resueltos por un trabajador de salud.
- Las madres experimentadas dirigen los grupos de discusión y brindan la ayuda.
- Las madres se tranquilizan y se vuelven más seguras de sí mismas.
- Son bienvenidas tanto las mujeres embarazadas como las madres experimentadas.
- Las madres pueden ayudar a otras fuera de las reuniones de grupo y hacer amistades.

Una sugerencia para el personal de salud es promover la formación de un grupo de apoyo y entrenar a madres a fin de que puedan convertirse en consejeras de pares. Esta actividad puede ser apoyada por los Agentes Comunitarios de Salud. Esta actividad se debe incluir en los planes institucionales de cada establecimiento de salud. Información sobre el tema se puede encontrar en las actividades de La Liga de la Leche que es un grupo de apoyo extendido por el mundo

Muestre la Diapositiva 14/5: Efecto de consejeros pares entrenados
Se ha reportado un buen resultado de la consejería por pares entrenados, midiendo la lactancia materna exclusiva.

- ***Cuando no está disponible el apoyo formal***
  Si no hay grupos de apoyo en su área, antes que la madre deje el establecimiento de salud:
  - Discuta qué apoyo familiar tienen ella en el hogar.
  - Si es posible, hable con los miembros de la familia sobre cómo pueden ayudar.
  - Dé a la madre el nombre de una persona para comunicarse en el hospital o en la clínica. Ella debe ir para evaluaciones de seguimiento de ella y de su bebé en la primera semana después del parto (a los 2 días y a los 7 días), la cual debe incluir la observación de una mamada. Debe ir también en cualquier otro momento si tiene cualquier dificultad o preguntas.
  - Ella debe ir a su chequeo puerperal de rutina y llevar a su bebé con ella, de modo que pueda también ser evaluado.
  - Recuerde a las madres los puntos clave sobre la alimentación óptima.
  - Es útil a menudo dar materiales escritos como recordatorios. Estos deben ser precisos y nunca de compañías que producen o distribuyen sustitutos de leche materna, biberones o chupones.
  - Si es posible, comuníquese con las madres después que estén en casa para saber cómo les está yendo con la alimentación.

  Algunos hospitales establecen grupos de apoyo a madres que son dirigidos por un trabajador de salud y se encuentran en el hospital como es el caso

del Hospital Dos de Mayo, en Lima. Puede también haber un consultorio de lactancia donde la madre pueda acudir si tiene dificultades de alimentación.

- ***Consejeros y Consultores de Lactancia:*** Son profesionales de la salud (médicos, enfermeras, obstetrices, nutricionistas y otros) capacitados para brindar apoyo y consejería en lactancia materna. En el marco del Plan de Ministerio de Salud para fortalecer las actividades de lactancia materna, adicionalmente a la formación de facilitadores, se realizará el entrenamiento de personal de salud para fortalecer sus conocimientos y habilidades para ser consejero en lactancia materna.

- ***Comunidades Amigas de los Niños***

  Algunas comunidades han establecido este concepto. Su establecimiento de salud puede desear fomentarlo en las áreas aledañas. Mientras no haya un enfoque reconocido internacionalmente, los elementos básicos incluyen la discusión en la comunidad de las necesidades que se deducen de lo aplicable de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa.

  Las comunidades amigas de los niños pueden incluir:

  - Un sistema o servicio de salud se designa como "Amigo de los Niños" y apoya activamente tanto la lactancia temprana como la lactancia exclusiva;
  - El acceso a sitios de referencia con capacidad de apoyo a la lactancia temprana, exclusiva y continuada, está disponible y aprobado por la comunidad;
  - Proporcionar apoyo para la alimentación complementaria a la edad apropiada, frecuente e interactiva, con lactancia continuada;
  - Sistemas de apoyo madre a madre, o similares;
  - En la comunidad no existen prácticas, distribuidores, tiendas o servicios que violen el Código Internacional;
  - El gobierno local o la sociedad civil crean y sostienen la implementación del cambio que apoya activamente a madres y familias para tener éxito con las prácticas de alimentación infantil óptimas. Ejemplos de este cambio podrían ser compartir el tiempo de tareas, conceder autoridad para transportar una madre lactante para referirla si es necesario, identificar "defensores o protectores de la lactancia" entre los líderes de la comunidad y lugares de trabajo que apoyan la lactancia.

  Dé cualquier información específica tal como detalles para contactar fuentes de apoyo en él área o pregunte a los participantes si ellos las conocen.

3. PROTEGIENDO LA LACTANCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR

Muestre la Diapositiva 14/6: Madres que trabajan fuera del hogar

Muchas madres introducen suplementos tempranos o suspenden la lactancia porque tienen que regresar a trabajar.

El éxito de la lactancia de la madre que trabaja fuera del hogar, depende del grado de motivación de la madre, del apoyo del empleador, de los compañeros de trabajo, de su familia y de la legislación laboral al respecto.

Los trabajadores de salud pueden ayudar a las madres a continuar dando a sus bebés leche materna, cuando regresen al trabajo.

Pregunte: ¿Por qué se recomienda continuar la lactancia después del regreso al empleo?
Espere algunas respuestas.

- Además de la importancia general de la lactancia discutida antes en este curso, una mujer que trabaja fuera de casa puede valorar la lactancia por lo siguiente:
  - El bebé enferma menos, de modo que ella se ausenta menos del trabajo para cuidar un niño enfermo.
  - La facilidad de las mamadas nocturnas (en comparación con la lactancia artificial), de modo que la madre consigue dormir más.
  - La oportunidad de pasar tiempo con el bebé y continuar cerca a él.
  - La oportunidad para descansar mientras amamanta a su bebé.
  - Una relación personal especial con su bebé.

Pregunte: Si un empleador le pregunta por qué debería apoyar a la mujer a amamantar después de que ella regrese al empleo ¿Qué podría usted decir?
Espere algunas respuestas.

- Los empleadores que apoyan a las mujeres a continuar con la lactancia también se benefician:
  - Las madres faltan menos al trabajo porque sus niños son sanos y pueden concentrarse mejor en su trabajo porque tienen que preocuparse menos por la salud de sus bebés.
  - Los empleadores pueden retener así a trabajadoras capaces.
  - Las mujeres se interesan más en trabajar para empleadores que dan más apoyo.
  - Las familias y la comunidad piensan bien de los empleadores que apoyan,
  - Los bebés amamantados crecen para ser una futura fuerza de trabajo saludable.

Pregunte: ¿Cuáles son los puntos clave a conversar con la madre que se prepara para retornar al empleo?
Espere algunas respuestas.

- Algunas semanas antes de que la madre deba regresar al trabajo, discuta:
  - ¿Podrá llevar al bebé al trabajo con ella?

- ¿Podrá el bebé ser cuidado cerca del lugar de trabajo de modo que pueda ir a amamantarlo en los recesos o que puedan llevárselo?
- ¿Podrá la madre trabajar menos horas o menos días hasta que el bebé crezca?
- ¿Quién cuidará al bebé en su ausencia?

- Si no va a ser posible amamantar al bebé durante la jornada de trabajo, sugiera:
  - Amamantar exclusiva y frecuentemente durante el permiso de maternidad.
  - Continuar la lactancia cuando la madre y el bebé estén juntos – en las noches, temprano en la mañana y en los días libres.
  - No empezar otros alimentos antes que se necesiten – unos días antes de regresar al trabajo es suficiente (no es necesario que "se vaya acostumbrando").
  - Aprender a extraer leche, desde 2 semanas antes de retornar al trabajo, para adquirir práctica, con el fin de dejársela al cuidador para que se la dé al bebé.
  - Extraer leche en el trabajo cada 3 horas aproximadamente, si es posible. Esto mantiene la producción de leche y los pechos más cómodos.
  - Enseñar al cuidador a dar los alimentos en forma segura y cariñosa, con taza y no con biberón, de modo que el bebé quiera succionar el pecho cuando la madre esté en casa.
  - Tener contacto y ayuda de otras madres que están trabajando y amamantando.
  - Retribuir el apoyo que le dan en el trabajo, demostrando eficiencia y alegría.
- Mucha de esta información acerca de la lactancia y el trabajo también aplica a madres que son estudiantes.
  - *La mayoría de trabajadores de salud son mujeres y probablemente muchas son madres de niños pequeños. ¿Cómo puede su establecimiento de salud ser un lugar de trabajo que apoye la lactancia?*
  - *Mencione leyes nacionales o políticas que protejan a las madres trabajadoras.*

  La lactancia materna es un proceso fisiológico humano que tiene beneficios para toda la sociedad, por lo cual la sociedad en pleno debe promover, proteger y apoyar la lactancia y una de las maneras de hacerlo, es la implementación de leyes que favorezcan a la madre que trabaja fuera del hogar.

  En el Perú, se han promulgado las siguientes leyes laborales que favorecen la lactancia:
  - Ley N° 26644 (27/6/96) Da derecho a gozar 45 días de descanso pre natal y 45 días de descanso post natal. El descanso pre natal puede ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado en el post-natal.

Da derecho a que el período vacacional, se inicie al día siguiente de vencido el descanso post-natal.

- Ley N° 27240 (22/12/99) Al término del período post natal, da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que el hijo tenga como mínimo 6 meses de edad.
- Ley N° 27403 (20/1/01) La hora diaria de permiso por lactancia materna se considera como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyendo el goce de la remuneración correspondiente.
- Ley N° 27591 (13/12/01) Modifica la Ley N° 27240. Da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo tenga un año de edad.
- Ley N° 27606 (23/12/01) Extiende el descanso postnatal en 30 días adicionales en los casos de nacimiento múltiple.
- Ley N° 28731 (13/5/06) Incrementa el permiso por lactancia en una hora más al día, en caso de parto múltiple.
- D.S. N° 009-2006-MIMDES (23/8/06) Dispone la implementación de lactarios en las instituciones del sector público donde laboren 20 ó más mujeres en edad fértil.

La madre trabajadora en el Perú tiene derecho a 45 días de descanso prenatal y 45 días postnatal, que pueden acumularse en el periodo postnatal y a los que se pueden sumar 30 días de vacaciones. Después, tiene derecho a una hora diaria de lactancia hasta que su hijo cumpla un año. Si tuviera un parto múltiple, se amplía el descanso a 30 días más y se otorga una hora más de lactancia al día. Los centros laborales del sector público con 20 trabajadoras o más, deben disponer de un lactario.

No es la legislación ideal ya que la norma es la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, pero da ciertas facilidades que contribuyen al establecimiento y continuación de la lactancia. Otro problema es que no incluye a todas las madres trabajadoras, pues sólo es para las aseguradas.
La Organización Internacional del Trabajo, en el Convenio C183 sobre la protección de la maternidad, reconoce una licencia de 14 semanas, como mínimo. El Perú aún no ha ratificado ese convenio.

4. MANTENIENDO LA LACTANCIA CONTINUADA POR 2 AÑOS O MÁS

Diapositiva 14/7: Lactancia continuada por 2 años y más
Pregunte: ¿Cuál es la duración normal de la lactancia?
Espere algunas respuestas.

No hay una edad específica a la cual la lactancia deja de ser importante. Según datos antropológicos la duración normal de la lactancia en nuestra especie estaría entre los 2 años y medio y los 7 años de edad.

> *La lactancia continuada por dos años o más, sigue proporcionando buena nutrición, contacto con la madre y seguridad y protección contra la enfermedad.*

- La lactancia de un bebé mayor o niño pequeño puede ser más valiosa todavía si el niño se enferma. La lactancia puede ser calmante para un niño que está con dolor o fastidiado. A menudo el niño enfermo será capaz de lactar aunque no esté interesado en comer otros alimentos. Esto ayuda al niño a conseguir líquidos así como a evitar la pérdida de peso durante la enfermedad.
- Amamantar a un niño mayor es diferente a amamantar a un recién nacido. Conforme un bebé se pone más alerta, puede distraerse fácilmente durante la lactancia con los ruidos y la actividad. Una madre puede percatarse de que un lugar tranquilo limita las distracciones.
- Los niños pequeños pueden lactar una o dos veces al día o más veces. Algunos pueden lactar sólo cuando algo les duele o si están fastidiados.
- Las madres pueden necesitar apoyo especial para superar las presiones que se presentan, ya sea del trabajo o de la familia, conforme el niño se hace mayor. Una conversación puede ayudarlas a identificar qué pueden hacer en su situación.

Alimentación Complementaria

Muestre la Diapositiva 14/8: Brechas a llenar con otros alimentos

La lactancia de los 6 a los 12 meses, proporciona más de la mitad de las necesidades nutricionales y de los 12 a los 24 meses, hasta un tercio de ellas. Después de seis meses de edad, el bebé necesita otros alimentos mientras continúa recibiendo suficiente leche materna.

> *Dar otros alimentos se llama alimentación **complementaria** porque complementa la lactancia, no la reemplaza.*

Muestre la Diapositiva 14/9: Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria debe ser:

- **Oportuna:** iniciarse cuando las necesidades nutricionales no se satisfagan con la lactancia materna exclusiva.
- **Adecuada:** proporcionar energía y nutrientes suficientes para, sumados a los de la leche materna, satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.

- **Inocua:** preparada, almacenada y administrada en forma higiénica con manos y utensilios limpios, evitando el uso de biberones y chupones.
- **Dada en forma apropiada:** atendiendo a las señales de apetito y satisfacción, despacio y pacientemente, ofreciendo diversos sabores y texturas.

Para mantener la producción de leche, anime a la madre a continuar ofreciendo el pecho antes de los alimentos complementarios.

Hasta que el bebé tenga un año de edad, la leche materna debe proporcionar la parte principal de la dieta. Se debe continuar ofreciendo el pecho frecuentemente, así como alimentos adecuados de la comida de la familia.

Muestre la Diapositiva 14/10: Alimentación Complementaria: Alimentos espesos

El periodo de 6 a 12 meses de edad es un tiempo para aprender cómo comer una amplia variedad de **alimentos espesos** (papillas, mazamorras y purés), ya que suplen más energía en porciones más pequeñas que los líquidos.

A los 6 meses se vuelve más fácil darle ese tipo de alimentos porque los bebés:

- Se sientan sin apoyo.
- Muestran interés en lo que las otras personas comen y en alcanzarlo.
- Les gusta llevarse cosas a la boca.
- Pueden controlar mejor la lengua para mover la comida en la boca (desaparece el reflejo de extrusión).
- Empiezan a hacer movimientos de masticación.
- Aparecen los primeros dientes.

Además los sistemas digestivos están suficientemente maduros para digerir una variedad de alimentos. Entre los 7 y 8 meses se dará alimentos triturados y entre los 9 y 11 meses alimentos picados. Al año se le da al niño la comida familiar.

La incorporación de los distintos alimentos debe ser *progresiva.*

Muestre la Diapositiva 14/11: Lactancia y Alimentación Complementaria

- El *número* apropiado de *comidas* depende de la densidad energética de los alimentos locales y de las cantidades consumidas durante cada comida, por lo que no existen reglas fijas. Los Lineamientos de Alimentación Materno Infantil recomiendan que al niño amamantado sano se le proporcione, además de la leche materna a demanda, 2 comidas al día a los 6 meses de edad, 3 comidas entre los 7 y los 8 meses de edad, 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses de edad y 5 comidas al día entre los 12 y 24 meses de edad. Se recomienda ofrecer el pecho primero y después los sólidos.

El destete

Un niño deja de lactar cuando está listo, como una parte natural de su desarrollo. A esto se le llama destete y es un proceso complejo que requiere una

adaptación psico-biológica tanto de la madre como del niño por lo que debe ser progresivo.

No se debe suspender súbitamente la lactancia en un niño, ya que puede causar pechos dolorosos a la madre y angustia a ambos, así como quitar una fuente nutricional importante al niño.

Permita al niño disminuir el número de mamadas gradualmente y asegúrese de que obtenga suficientes alimentos cada día, así como atención continua de la madre.

5. OTRAS ESTRATEGIAS O PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO (INCLUIR AQUELLOS QUE EXISTAN LOCALMENTE).

Puede darse el apoyo continuo a la lactancia a través de otros programas nacionales de salud y nutrición incluyendo:

- Programas de Maternidad Segura. Se ve a las madres a través del embarazo para proporcionar un nacimiento seguro.
- La Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). El niño es visto por enfermedad recurrente.
- El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). El niño es visto a intervalos frecuentes.
- Programas de suplemento de micronutrientes. Para suplemento de hierro y de vitamina A.
- Programas de Tamizaje Neonatal. Usualmente se hace en la primera semana del nacimiento, que es un momento importante para asegurar que la lactancia esté yendo bien.
- Programas de desarrollo temprano del niño. Se monitorea el crecimiento y desarrollo del niño durante las evaluaciones de rutina del niño.
- Programas de planificación familiar. La madre es vista para planificación familiar en cualquier momento usualmente a través de visitadores de salud.

- Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.

RESUMEN

PREPARANDO A LAS MADRES PARA EL ALTA

- Antes de que la madre deje la maternidad del establecimiento de salud, ella necesita:
  - Ser capaz de alimentar a su bebé.
  - Saber la importancia de la lactancia exclusiva por 6 meses y la lactancia continuada después de la introducción de alimentos complementarios, hasta los dos años y más.
  - Ser capaz de reconocer si la alimentación está yendo bien.
  - Averiguar cómo conseguir el apoyo continuo que necesita.

SEGUIMIENTO Y APOYO DESPUÉS DEL ALTA

- Antes de que la madre deje el establecimiento de salud:
  - Discuta qué ayuda de la familia tiene ella en casa,
  - Si es posible, hable con los miembros de la familia sobre cómo pueden proporcionar ayuda y apoyo,
  - Dé a la madre el nombre de una persona para comunicarse en el hospital/clínica o en la comunidad y coordinar evaluaciones en la primera semana, para incluir la observación de una mamada. Arregle el chequeo puerperal de rutina también.
  - Diga a la madre sobre cualquier grupo de apoyo a madres en su área o los nombres de madres experimentadas que quieran apoyar a madres primerizas.
  - Recuerde a la madre los puntos clave de cómo amamantar y las prácticas que ayudan.
  - Asegúrese de que las madres no reciban materiales que promocionen sustitutos de leche materna o biberones.
  - Comuníquese con la madre después que esté en casa para saber cómo le está yendo con la alimentación.

PROTEGIENDO LA LACTANCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR

- El amamantamiento continúa siendo importante cuando la madre retorna al trabajo.
- Apoyar la lactancia tiene beneficios para el empleador.
- Algunas semanas antes que la madre deba regresar al trabajo, discuta:
  - ¿Podrá llevar al bebé al trabajo con ella?
  - ¿Podrá el bebé ser cuidado cerca del lugar de trabajo de modo que pueda ir a amamantarlo en los recesos o que puedan llevárselo a ella?

  - ¿Podrá la madre trabajar menos horas o menos días hasta que el bebé crezca?
  - ¿Quién cuidará al bebé en su ausencia?
- Si no va a ser posible amamantar al bebé durante la jornada de trabajo, sugiera:
  - Amamantar exclusiva y frecuentemente durante el permiso de maternidad y, después, cuando la madre y el bebé estén juntos.
  - Aprender a extraer la leche y dejarla al cuidador para darla al bebé.
  - No empezar otros alimentos antes que se necesiten
  - Tener contacto y apoyo de otras madres que trabajan y amamantan.

Manteniendo la lactancia continuada por 2 años o más

- La lactancia continúa proporcionando cercanía a la madre, protección contra la enfermedad y buena nutrición al bebé mayor o niño pequeño.
- Hasta que el bebé tenga un año de edad, la leche materna debe proporcionar la parte principal de la dieta del bebé. Después de seis meses de edad, el bebé necesita lactancia frecuente continuada y otros alimentos además de leche materna. Dar estos alimentos se llama *alimentación complementaria* porque complementan la lactancia, no la reemplazan.
- La alimentación complementaria debe ser oportuna, adecuada, inocua y administrada en forma apropiada.
- Recomiende que la madre continúe ofreciendo el pecho frecuentemente, de preferencia antes de los alimentos complementarios, para mantener su producción de leche. Si ella desea destetar, sugiera que permita al bebé reducir el número de mamadas gradualmente y que se asegure de que él reciba suficientes alimentos cada día.

Otras estrategias o programas nacionales de salud de la madre y del niño

Puede darse el apoyo continuo a la lactancia a través de otros programas nacionales de salud y nutrición de la madre y del niño.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 14:
APOYO CONTINUO PARA MADRES – PASO 10

1. JUEGO DE ROLES – GRUPO DE APOYO

Materiales
Material con Habilidades de Comunicación.

Preparación
Pida a dos participantes hacer el rol de 'madres' en la actividad del grupo de apoyo y déles las preguntas a hacer.

Presentación de la actividad
- Las facilitadoras de grupos de apoyo madre a madre deben usar buenas habilidades de comunicación y tener un adecuado conocimiento de la alimentación infantil. Estas 'madres con experiencia' pueden asistir a un curso de capacitacióno para conseguir las habilidades.
- En esta actividad podemos ver cómo pueden usarse las habilidades de comunicación para ayudar a madres primerizas en el grupo.

Desarrollo de la actividad
Pida a 6-8 participantes sentarse en círculo. Entregue a 2 de ellos las preguntas a hacer como 'madres primerizas'. Los otros participantes en el 'grupo madre a madre', son las madres con experiencia que proporcionan apoyo a las madres primerizas. Escoja un participante para ser una 'facilitadora' par entrenada, o sea una madre con experiencia en lactancia que ayudará a guiar la discusión y asegurará que todas las 'madres' tengan oportunidad de participar.
Pida a los demás participantes que formen un círculo externo y que sean observadores.
Pida a los participantes del grupo pequeño hablar con la madre que hace una pregunta, para ayudarla, haciendo los roles de

otras madres del grupo. Nadie debe hacer discursos. Trate de mantener una conversación amigable. Recuerde la práctica de habilidades de comunicación de este curso.
Se dan preguntas modelo para el grupo de discusión o el grupo puede sugerir otras preguntas. Se incluyen puntos de discusión si el facilitador necesita proporcionar información que no viene del grupo. Sin embargo, si el grupo está respondiendo bien, no lo convierta en un discurso. Es un grupo de apoyo madre a madre, no un estudio de caso clínico.
Anime a las 'madres con experiencia' a compartir brevemente cómo superaron preocupaciones similares cuando sus bebés tenían la misma edad. Este compartir ayuda a sacar del foco de atención a la 'madre primeriza'. También ayuda a evidenciar la esencia del apoyo de pares donde las madres aprenden unas de otras y se demuestra que las preocupaciones de lactancia tienen muchas soluciones.

Caso 1:
Jaime tiene ocho meses de edad y es sano. Come dos porciones de mazamorra cada día y mama 'cuando llego de trabajar'. Ayer rechazó el pecho en la tarde y en la noche. Esta mañana cuando despertó, tampoco quiso el pecho. Él toma cuatro biberones de fórmula al día, de modo que puede ser que suspenda la lactancia.

Posibles puntos de discusión
Recuerde escuchar a la madre y responder de manera que la anime a hablar y a explorar su propia situación.
¿Cómo le gustaría a la madre que fuera la situación?
¿Qué soluciones ha probado ya la madre? ¿Tiene ella ideas de lo que puede hacer?
A veces los bebés a esta edad rechazan el pecho debido a la dentición o boca dolorosa ¿piensa usted que está sucediendo esto?
¿Cómo es la mamada? Algunos bebés pueden distraerse mamando. Una madre ocupada da de lactar apurada. ¿Cuán a menudo es 'cuando llego de trabajar'? ¿Puede pasar más

tiempo con el bebé?, ejemplo, ¿está el bebé con ella en su día libre si va de compras o de visita?
¿Dónde duermen la madre y el bebé? (¿Juntos?) ¿Cómo mama el bebé durante la noche?
¿Cuánto toma el bebé en las tomas cuando ella está fuera? ¿Pueden reducirse, especialmente en la tarde, de modo que el bebé esté listo para mamar cuando la madre llegue a casa?
Dándole algunos vegetales, frutas o carne le dará una mayor variedad de alimentos y el bebé puede no estar tan lleno que cuando come mazamorra. ¿Qué piensa ella de ofrecer mayor variedad de alimentos en vez de sólo mazamorra?
La leche materna continúa siendo una importante fuente de alimento en el segundo año.

Caso 2:
Carlos tiene tres meses de edad y está mamando muy frecuentemente. Pero no se satisface. A veces después que termino de amamantarlo, llora muy pronto. Pienso que mi leche se está terminando. ¿Necesitaré empezar a darle sus alimentos con una cuchara u otra leche?

Posibles puntos de discusión
Recuerde escuchar a la madre y responder de manera que la anime a hablar y a explorar su propia situación.
¿Cómo le gustaría a la madre que fuera la situación?
¿Qué soluciones ha probado ya la madre? ¿Tiene ella ideas de lo que puede hacer?
A veces, los bebés necesitan alguna ayuda para mamar bien. ¿La madre le ha pedido a una persona experta que observe la manera como mama el bebé?
A veces un bebé quiere mamar, para tener contacto o quiere estar más cómodo, antes que el reloj indique que es hora de mamar. ¿Qué piensa la madre de cargar más al bebé y de darle el pecho cuando el bebé está intranquilo para calmarlo?
Si el bebé está creciendo bien, ¿cuáles son las sugerencias para calmar a un bebé que llora?

Conclusión de la actividad

Pregunte a las 'madres' en el grupo cómo sienten ellas que las 'madres con experiencia' discutieron las preocupaciones y usaron sus habilidades de comunicación. Luego pregunte a los 'observadores' qué notaron ellos. Recuerde también reforzar las habilidades que fueron bien usadas

2. VERIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Enumere 3 fuentes de apoyo para madres en su comunidad.

Dé 2 razones de por qué el grupo de apoyo madre a madre puede ser útil

Dé 2 razones de por qué la lactancia es importante para el bebé mayor y la madre.

CAPÍTULO 15

PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Objetivos:

Al final de esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Discutir el efecto de la comercialización en las prácticas de alimentación infantil;
2. Resumir los puntos claves del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y del Reglamento de Alimentación Infantil del Perú;
3. Describir acciones que los trabajadores de salud pueden tomar para proteger a las familias de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna;
4. Conocer las dificultades y peligros de la lactancia en situaciones de emergencia.

Materiales:

- Protección de la Lactancia Materna del CD Interactivo.
- Reúna ejemplos de publicidad de sucedáneos de la leche materna, dirigida a madres y a profesionales de la salud.
- Reúna ejemplos de presentes/regalos para trabajadores de salud de las compañías.

PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Las prácticas de alimentación infantil están cada día más influenciadas por las estrategias de comercialización de los fabricantes y distribuidores de alimentos infantiles que se valen de los medios de comunicación, pero también de los trabajadores de salud, para llegar directamente a las madres y a sus familias. De allí la necesidad de conocer cómo hacerles frente para proteger a la comunidad con la cual estamos éticamente comprometidos.

1. EFECTO DE LA COMERCIALIZACIÓN EN LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Muestre la Diapositiva 15/1: Madres en el consultorio prenatal y relate la historia: Miriam está esperando su segundo bebé. El bebé anterior de Miriam nació en otro hospital. En ese hospital Miriam recibió folletos a todo color sobre el uso de la fórmula incluyendo cupones de descuento durante su embarazo. También recibió una lata de fórmula, un biberón de alta calidad y un juego de chupones, cuando salió de alta después del parto.
Pregunte: ¿Cuál pudo ser el efecto de estos regalos en las decisiones de Miriam sobre la alimentación infantil?
Espere algunas respuestas.

La comercialización y la promoción de los sustitutos comerciales de la leche materna pueden socavar la lactancia materna y han contribuido sustancialmente a la declinación mundial del amamantamiento.

- *Pida a los participantes que mencionen algunas maneras como se promueven, se les hace publicidad o se comercializan los sucedáneos de la leche materna localmente. La siguiente es su lista de chequeo; sólo mencione estas estrategias si los participantes no las incluyen.*

PRÁCTICAS DE COMERCIALIZACIÓN

Publicidad en radio y televisión
Publicidad en periódicos y revistas
Publicidad en carteles
Páginas web promocionales
Ofertas especiales
Precios reducidos
Envíos a mujeres embarazadas y a madres
Cupones de descuento
Líneas telefónicas de ayuda
Afiches, calendarios etc. en consultorios de médicos y en hospitales
Recomendaciones de médicos y enfermeras
Regalos
Muestras gratuitas
Materiales de educación

Si las mujeres reciben información sesgada e incorrecta no pueden tomar decisiones informadas sobre la alimentación infantil.

Las empresas proporcionan información con el fin de vender más sus productos, por lo tanto, las empresas son fuentes de información parcializada.

Además, si la buena información y la educación sobre lactancia materna no llegan a la sociedad como un todo, ni siquiera las mujeres bien informadas obtendrán el apoyo personal y social esencial para la lactancia materna exclusiva. Las familias, los amigos y los profesionales de la salud mal informados pueden incluso socavar la confianza de una mujer bien informada; los consejos contradictorios y las presiones sutiles pueden hacerla dudar de su capacidad para amamantar a su bebé.

2. EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA Y EL REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Un Hospital Amigo de la Madre y el Niño apoya el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (el Código) fue aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 1981 por los Estados Miembros como un paso para proteger la lactancia materna y para proteger a la minoría de lactantes que pueden necesitar alimentación artificial. Además se han aprobado Resoluciones posteriores (aproximadamente cada dos años) en la AMS y tienen el mismo status del Código original.
El Código Internacional no es una ley; es una recomendación basada en la opinión de la membresía colectiva del organismo internacional más importante en el campo de la salud, la Asamblea Mundial de la Salud.
Muestre la diapositiva 15/2 y lea en voz alta los puntos siguientes:

El objetivo global del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna es la nutrición segura y adecuada de todos los lactantes.

Para alcanzar este objetivo debemos:
- Proteger, promover y apoyar la lactancia materna.
- Asegurar que los sucedáneos de la leche materna (SLM) sean usados apropiadamente cuando sean necesarios.
- Proporcionar información adecuada sobre la alimentación infantil.
- Prohibir la publicidad o cualquier forma de promoción de SLM.

- El Código no está dirigido a obligar a las mujeres a amamantar contra su voluntad. El Código está dirigido a asegurar que todos reciban información imparcial y correcta sobre la alimentación infantil.
- El Código también protege a los lactantes alimentados artificialmente asegurando que la elección de los productos sea imparcial, científica y proteja la salud de estos niños. El Código asegura que las etiquetas lleven advertencias e instrucciones de preparación correctas, de modo que se preparen de manera segura, si se usan.
- El Código es claro en que la manufactura de SLM y la disponibilidad de productos seguros y apropiados, son prácticas aceptables, pero promoverlos de la manera como se comercializa la mayoría de productos de consumo, es inaceptable.

La implementación local del Código

- Los Estados Miembros (países individuales) están moralmente obligados a implementar el Código, pero pueden hacerlo de la manera que piensen que es mejor para sus países. Si un Estado Miembro usa leyes para reforzar las prácticas de protección de la salud, puede hacer del Código una Ley, pero si su costumbre es emitir edictos desde la cabeza del Estado o emitir reglas a nivel de Ministerio, puede hacerlo así.

> *En 1982, el Perú fue el primer país en Latinoamérica en adoptar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, en el primer Reglamento de Alimentación Infantil.*

- El Código se adoptó como un estándar MÍNIMO y se espera que los Estados Miembros implementen los principios básicos y fortalezcan las disposiciones, de acuerdo a las necesidades de sus sociedades. Pueden hacer el Código más fuerte, de la manera que vean que encaja para proteger la salud y la supervivencia del lactante y del niño pequeño, pero no debilitarlo ni omitir alguna disposición.

> *En el Perú, en el 2006 se promulgó un nuevo Reglamento de Alimentación Infantil que incluye el Código y las Resoluciones siguientes de la AMS.*

- La responsibilidad de vigilar la aplicación del Código cae sobre los Gobiernos, aunque los fabricantes y distribuidores, los grupos profesionales y las ONG (Organizaciones No Gubernamentales) deben colaborar con los Gobiernos para este fin. La vigilancia debe estar libre de influencia comercial. En ese campo IBFAN (International Baby Food Action Network, Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil), fundada en 1979, cumple un rol importante al realizar permanentemente la vigilancia del cumplimiento del Código.
- La responsibilidad de vigilar la aplicación del Reglamento de Alimentación Infantil (el Reglamento) es del Ministerio de Salud a través de sus órganos competentes y de las Direcciones Regionales de Salud en el ámbito nacional.

Productos que comprenden el Código y el Reglamento

Muestre la Diapositiva 15/3: Productos que comprenden

El Código y el Reglamento se aplican a la comercialización y prácticas relacionadas de los siguientes productos:
- sucedáneos de la leche materna, incluyendo la fórmula infantil;
- otros productos lácteos, alimentos (cereales) y bebidas (tés y jugos para bebés), cuando sean comercializados, o de otra manera presentados, como apropiados para su uso como reemplazo, ya sea parcial o total, de la leche materna;
- biberones y chupones.

- Sucedáneo de la leche materna es cualquier producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.
- Según las recomendaciones para una optima alimentación infantil, los lactantes deben ser amamantados en forma exclusiva durante los primeros 6 meses. Eso significa que cualquier alimento o bebida que se les dé antes de esa edad, reemplaza a la leche materna y es por lo tanto un sucedáneo de la leche materna.
- Después de la edad de 6 meses, cualquier alimento que reemplace la parte de la dieta constituida por leche, la cual debe ser idealmente cubierta por leche materna, es un sucedáneo de la leche materna, por ejemplo leches de continuación o cereales que se promocionan para ser administrados con biberón.
- El Código y el Reglamento:
  - No prohiben la producción y disponibilidad de sucedáneos de la leche materna.
  - No afectan el uso apropiado de los alimentos complementarios después de los 6 meses de edad.

Publicidad e Información

Muestre la Diapositiva 15/4: Condiciones del material informativo

- Tanto el material informativo como las etiquetas de los productos deben establecer claramente la superioridad de la lactancia materna, la necesidad de consejo de un trabajador de salud y una advertencia sobre los riesgos para la salud. No pueden mostrar fotos de bebés u otras imágenes o textos que idealicen el uso de la fórmula infantil.

No se permite la publicidad de los sucedáneos de la leche materna directa al público.

- Las compañías pueden dar la necesaria información a los trabajadores de salud sobre los ingredientes y el uso de sus productos. Esta información

debe ser científica y objetiva, no material de mercadeo. No debe darse esta información del producto a las madres.

- Si se proporciona algún material informativo a los padres, los materiales deben explicar:
  - la importancia de amamantar,
  - los riesgos para la salud de la alimentación con biberón,
  - los costos de usar fórmula infantil y
  - la dificultad para revertir la decisión de no amamantar.

Muestras y Suministros

Muestre la Diapositiva 15/5: Prohibición de donaciones

> *No debe haber suministros gratuitos ni de bajo costo de los sucedáneos de la leche materna en ningún lugar del sistema de salud.*

- Los establecimientos de salud deben comprar la pequeña cantidad de fórmula necesaria para los bebés que no están amamantando, por los canales regulares de compra.

> *No deben entregarse muestras gratuitas a las madres, a sus familias ni a los trabajadores de salud.*

- No se permite entregar pequeñas cantidades de fórmula a las madres como regalo cuando salen de alta o en la comunidad, porque son para animar a las madres a usar esos productos.
- A veces el gobierno obtiene sucedáneos de leche materna para entregarlos gratuitamente o a precios reducidos, a madres o cuidadores, con propósitos de asistencia social (por ejemplo, madres VIH positivas o que han tomado la decisión informada de no amamantar). En esta situación, debe poder mantenerse el suministro para cada lactante, por todo el tiempo que lo necesite.
- Los suministros que se entregan a un bebé no deben depender de donaciones. Las donaciones pueden suspenderse en cualquier momento y entonces el bebé no tendrá fórmula. Un bebé que no es amamantado necesitará 20 Kg. de fórmula en polvo durante los primeros 6 meses y un sucedáneo de leche materna adecuado hasta los 2 años de edad.
- Todos los productos deben ser de alta calidad y tomar en cuenta las condiciones climáticas y de almacenamiento del país donde se usan. No se deben distribuir productos vencidos.

3. CÓMO PUEDEN LOS TRABAJADORES DE SALUD PROTEGER A LAS FAMILIAS DE LA COMERCIALIZACIÓN

Cómo se canaliza la promoción a través de los Sistemas de Salud

- *Pida a los participantes mencionar algunas maneras como se promueven, promocionan o comercializan los sucedáneos de la leche materna, en los hospitales y establecimientos salud. La siguiente es su lista de chequeo; sólo mencione los métodos de comercialización si los participantes no los incluyen.*

LISTA DE CHEQUEO DE LA COMERCIALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

Muestras gratis.

- Suministros gratuitos a hospitales y a profesionales de salud.
- Pequeños regalos tales como lapiceros, recetarios, gráficas de crecimiento, calendarios, afiches y equipo médico de bajo costo.
- Grandes regalos como incubadoras, máquinas, refrigeradoras, equipos de aire acondicionado, computadoras.
- Regalos de servicios profesionales tales como diseños arquitectónicos de hospitales, organización de eventos o servicios legales.
- Regalos personales tales como viajes de vacaciones, artefactos eléctricos, comidas, entretenimiento.
- Auspicio de hospitales, clínicas o proyectos, asociaciones de trabajadores de salud.
- Patrocinio de becas de investigación y salarios.
- Apoyo para asistir a eventos profesionales y para asociaciones profesionales.
- Auspicio económico de estudiantes y la presencia de representantes de las compañías en establecimientos de capacitación en salud, que pueden incluir la enseñanza en cursos de alimentación infantil.
- Auspicio de conferencias, seminarios y publicaciones.
- Publicidad en revistas y publicaciones similares, artículos 'publicitoriales' que parecen información pero son publicidad.
- Reportes de investigaciones que realmente son materiales de promoción.
- Relaciones amistosas que animan a los trabajadores de salud a sentirse bien dispuestos hacia la compañía, envío de tarjetas, entrega de golosinas u otros alimentos al personal que está trabajando.
- Relaciones estrechas con Ministros de Salud y sus empleados
- Visitas de los representantes de las representantes a los médicos, en su práctica privada, instituciones de salud y ministerios.

Muestre la Diapositiva 15/6: Prohibiciones

Pregunte: ¿Cómo puede Ud. ayudar a proteger a los bebés y a sus familias de las prácticas de comercialización?

Espere algunas respuestas.

Muestre la Diapositiva 15/7: Qué pueden hacer los trabajadores de salud

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS TRABAJADORES DE SALUD?

- Los trabajadores de salud individualmente y como grupo pueden ayudar a proteger a los lactantes y a sus madres de la comercialización. Ellos pueden y deben:
  - Retirar los carteles que promocionan las fórmulas, tés, jugos o cereal para bebés, así como los que promocionen biberones y chupones y rechazar nuevos carteles.
  - Rechazar los regalos de las compañías.
  - No permitir que se entreguen muestras gratis, regalos o folletos a las madres.
  - Eliminar la enseñanza de preparación de fórmula en grupo a gestantes, particularmente si la enseñanza la da personal de la compañía.
  - Enseñar individualmente, en privado, el uso de fórmula, si el bebé la necesita.
  - Reportar el incumplimiento del Código y del Reglamento a las autoridades pertinentes.
  - Aceptar información de las compañías sobre el producto, que sea científica y objetiva, no material publicitario, sólo para conocimiento propio.

- Los hospitales deben cumplir el Código Internacional y las posteriores Resoluciones para ser reconocidos como Hospitales Amigos.

4. LACTANCIA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Muestre la Diapositiva 15/8 Situaciones de emergencia

- Cada vez más las madres y los niños son afectados por situaciones de emergencia en todo el mundo. Desastres naturales tales como terremotos, tormentas e inundaciones, así como conflictos armados, desplazan a millones de familias y los dejan sin sus fuentes usuales de comida.
- En muchos casos el problema inmediato de asegurar el alimento se complica con los brotes de enfermedades tales como cólera, difteria y malaria después del corte de los servicios de energía, agua y desagüe.
- En estas situaciones de emergencia, la leche materna, y en especial la lactancia materna exclusiva, es el más seguro y a menudo el único alimento confiable para lactantes y niños pequeños. Proporciona tanto nutrición como protección de las enfermedades, no tiene costo financiero ni se necesita agua extra para la preparación.

En una situación de emergencia, la leche materna es el alimento más limpio y seguro que se puede ofrecer a un bebé.

- Con frecuencia llegan donaciones de sustitutos de leche materna como ayuda humanitaria, no solicitadas o no supervisadas apropiadamente, que terminan fomentando y provocando el abandono de la lactancia.

- Justamente en estas situaciones de emergencia, los recursos básicos que se necesitan para una alimentación artificial segura, tales como el agua limpia y el combustible, las facilidades para esterilizar utensilios, para conservar y transportar adecuadamente los alimentos, son escasos o no existen.
- Intentar la alimentación artificial en tales situaciones aumenta el riesgo de malnutrición, enfermedad y muerte. Además, los niños pequeños no amamantados no tienen los efectos protectores y son mucho más vulnerables a la infección y a la enfermedad.
- En emergencias, las donaciones de fórmula infantil, alimentos y biberones pueden provenir de muchas fuentes, incluyendo pequeños grupos o individuos bien intencionados pero mal informados. Los medios de comunicación pueden haber hecho creer a estos donantes que las mujeres no pueden amamantar en las crisis.
- Una madre no necesita una perfecta calma para dar de mamar. Muchas mujeres amamantan fácilmente en situaciones muy estresantes. Algunas mujeres encuentran que la lactancia las calma y las ayuda a lidiar con el estrés. Sin embargo, el estrés puede disminuir la capacidad de calmarse, por eso es importante crear áreas seguras en situaciones de emergencia donde las mujeres embarazadas y las madres lactantes pueden reunirse para apoyarse unas a otras. Si los trabajadores de salud dan apoyo y refuerzan la confianza de la madre, esto puede ayudar a su leche a fluir bien.

Las donaciones de sustitutos de leche materna no sólo interfieren con el amamantamiento sino que le dan a las empresas comercializadoras publicidad gratuita y acceso a nuevos mercados.

- Se deben rechazar estas donaciones ya que pueden derivar en:
  - Envío de exceso de fórmula, lo que puede resultar en que la reciban bebés que no la necesitan, así como en problemas con el almacenamiento y la eliminación del exceso de fórmula y de los desechos de los envases.
  - Promoción de marcas que las madres pueden pensar que son marcas recomendadas.
  - Donaciones de fórmula vencida o inapropiada, haciéndola insegura para su uso.
- Pueden surgir problemas adicionales:
  - Falta de instrucciones en el lenguaje local para la preparación de la fórmula.
  - Inclusión de biberones y chupones cuando la alimentación con taza es lo recomendable en emergencias.
- Cualquier lactante que no amamanta está en alto riesgo en una situación de emergencia. Sus madres deben ser referidas para una evaluación completa del riesgo, para relactación, si es posible, y para otra ayuda que necesite.

Peligros adicionales de suministros ilimitados en emergencias

> *Si los suministros de fórmula están ampliamente disponibles y no son controlados puede haber* ***dispersión****.*

- **Dispersión** significa que madres que, en otras circunstancias, hubieran amamantado pierdan confianza y empiecen a dar alimentos artificiales sin necesitarlos.
- **Los lactantes y sus familias se vuelven dependientes de la fórmula.** Si el suministro gratuito no es confiable, se les pone en riesgo de malnutrición además de los riesgos de la alimentación artificial para la salud.
- Pueden venir grandes donaciones de compañías que, donando fórmula al área en crisis, *intentan crear un nuevo mercado* para la posterior venta de sus productos a la población afectada por la emergencia o a la población huésped.
- Si las donaciones son inevitables, deben usarse para preparar alimentos cocidos, papillas para niños mayores u otros, o usarse con un dispositivo para relactar o inducir la lactancia.

RESUMEN

- La comercialización de los sucedáneos de la leche materna y de los biberones puede socavar la confianza de las madres, y de la comunidad en general, en la lactancia materna.
- El Código Internacional, sus resoluciones siguientes y el Reglamento de Alimentación Infantil, ayudan a la nutrición segura y adecuada de los lactantes, reduciendo la exposición a la desinformación del trabajador de salud y de las madres, que socava la lactancia materna, asegurando que los sucedáneos de la leche materna se usen apropiadamente cuando son necesarios, proporcionando información adecuada acerca de la alimentación infantil, comercializando y distribuyendo los sucedáneos de la leche materna apropiadamente.
- Los trabajadores de salud pueden ayudar a proteger a las familias de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna siguiendo el Código y el Reglamento, rehusando respaldar accidentalmente la fórmula al aceptar regalos de compañías y negándose a distribuir objetos con marca registrada, material de comercialización y muestras a las madres.
- Las donaciones de sucedáneos de la leche materna en emergencias deben tratarse con extremo cuidado ya que pueden hacer que la nutrición y la salud de los lactantes se deterioren.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 15:
PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

1. DISCUSIÓN - ¿CÓMO RESPONDER A LAS PRÁCTICAS DE COMERCIALIZACIÓN?

A. El representante de una compañía visita a los nutricionistas en un centro de rehabilitación nutricional para promover el uso de una nueva fórmula mejorada. El dice que esta fórmula es especialmente útil para bebés desnutridos. El ofrece proporcionar lo suficiente para que puedan dársele dos latas gratis a cada madre. Si el personal está implementando el Código y el Reglamento, ¿cómo puede responder?
   - *Escriba las respuestas en la pizarra o en el rotafolio.*
   - ***Puntos Clave:*** *El personal debe rechazar la donación. Debe estimularse la lactancia materna para estos bebés. Dos latas alimentarían a un bebé solamente por corto tiempo. ¿Qué sucedería después de que las dos latas se terminen?*

B. Juan dirige un hogar de maternidad privado. Su amigo José, trabaja para una compañía de fórmulas y le ofrece darle carteles y folletos sobre la alimentación al pecho y con biberón y muestras de fórmula. ¿Qué puede Juan decirle a su amigo?
   - *Escriba las respuestas en la pizarra o en el rotafolio.*
   - *Puntos Clave: Juan puede explicar a su amigo que el amamantamiento es importante para la salud de los bebés y de las madres. Los carteles y la fórmula gratuita debilitan la importancia de la lactancia materna. Si hay madres que no amamantan, la fórmula gratuita sólo durará un corto tiempo. Estas madres necesitan tener una conversación con un consejero en alimentación infantil sobre maneras sostenibles de alimentar a su bebé. Los carteles y los folletos gratuitos no se necesitan.*

C. Samuel se está entrenando para ser pediatra. El está muy interesado en la alimentación infantil. Una compañía de

fórmulas ofrece patrocinar su viaje a una conferencia gratuita que la compañía está celebrando y proporcionarle alojamiento en el hotel de la conferencia. Si Samuel acepta este patrocinio, ¿qué puede pasar?

- *Escriba las respuestas en la pizarra o en el rotafolio.*
- ***Puntos Clave:*** *Samuel necesita pensar cuidadosamente si acepta este patrocinio. En la conferencia ¿escuchará información científica y objetiva o información de comercialización de los productos de la compañía? Habrá 'regalos' en la conferencia, de lapiceros, recetarios, carteles y otros materiales que promocionen los productos de esa compañía? ¿Rehusará Samuel aceptar estos 'regalos' o los llevará a su lugar de trabajo? ¿Visitarán los representantes de las compañías a Samuel después de la conferencia, esperando que él los ayude a que se usen sus productos en el establecimiento de salud, porque ellos lo ayudaron a asistir a la conferencia? El Artículo 7 del Código y el Artículo 48° del Reglamento establecen que no se deben ofrecer incentivos financieros o materiales para promocionar productos a los trabajadores de salud ni ellos aceptarlos. Si se proporciona patrocinio para una conferencia, la compañía debe informar al establecimiento de salud donde la persona trabaja y el trabajador que recibe este patrocinio debe también informar a su supervisor.*

- *Pídale a un participante resumir las conclusiones de la discusión. Complemente si es necesario.*

2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN - IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVIDAD EN LOS HOSPITALES AMIGOS

Objetivos

Analizar los capítulos seleccionados del Reglamento de Alimentación Infantil

Plantear estrategias para su implementación y la difusión de los documentos normativos en los servicios de salud

Materiales

- Reglamento de Alimentación Infantil (una copia para cada participante).
- Ficha - resumen de la revisión (una para cada grupo).

Preparación

- Formar grupos según designación (4-5 participantes).
- Nombrar un relator y un secretario por grupo.
- Revisar el capítulo asignado a su grupo
- Desarrollar la ficha resumen de la revisión

Taller: **Análisis del Reglamento de Alimentación Infantil y Estrategias para su Implementación y Difusión** ***Ficha- Resumen***
Nombre del Grupo:
Integrantes del Grupo:
Capítulo:
Interpretación y Análisis:
Estrategias para su implementación en el establecimiento:
Estrategias para su difusión en el establecimiento y en la comunidad:

3. VERIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE

Marque en la columna de la derecha si la afirmación de la columna de la izquierda es Verdadera (V) o Falsa (F)

Afirmación	Respuesta	
1. Dar a las madres folletos producidos por las compañías, acerca de los sucedáneos de la leche materna, puede afectar las prácticas de alimentación infantil.	V	F
2. Los sucedáneos de la leche materna incluyen fórmula, tés y jugos (así como también otros productos).	V	F
3. El Código Internacional y la IHAMN prohíben el uso de fórmula infantil en las maternidades.	V	F
4. Los trabajadores de salud pueden recibir cualquier publicación o material de las compañías siempre que no los compartan con las madres.	V	F
5. Deben entregarse donaciones de fórmula a las madres de lactantes en situaciones de emergencia.	V	F

RESPUESTAS	
1. V	El propósito de los folletos producidos por las compañías es aumentar la venta de sus productos.
2. V	Los sucedáneos de la leche materna incluyen fórmula, otros productos lácteos, alimentos y bebidas (tés y jugos para bebés); alimentos complementarios en biberón, (cereales y mezclas vegetales para uso antes de los 6 meses de edad) cuando son comercializados, o de otra manera presentados, como apropiados, con o sin modificación, para usarse como reemplazo parcial o total de la leche materna.
3. F	Los lactantes que no son amamantados pueden recibir fórmula comprada por la unidad de maternidad de manera similar a otras compras de alimentos, no donados por una compañía de fórmulas.
4. F	Las publicaciones de las compañías para trabajadores de salud deben contener sólo información científica y objetiva sobre los productos.
5. F	Las donaciones pueden aumentar las enfermedades. No deben ser distribuidas en forma generalizada.

CAPÍTULO 16

HACIENDO A TU ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

Objetivos:

Al completar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Explicar lo que significan las prácticas de un Hospital o Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño;
2. Describir el proceso de evaluación de Hospitales o Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño (HAMN);
3. Discutir cómo puede la Iniciativa de HAMN incluirse en los programas existentes.

Materiales:

- Haciendo a tu Hospital Amigo de la Madre y el Niño del CD Interactivo.
- Lista de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa del Capítulo 1.

HACIENDO A TU ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

OPCIONAL

1. QUÉ SIGNIFICAN LAS PRÁCTICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

- Muestre la Diapositiva 15/1 y léala en voz alta

- En la primera sesión, vimos que:

> *El objetivo de este curso es que cada miembro del personal apoye con seguridad a las madres con el amamantamiento temprano y exclusivo y que este establecimiento se encamine hacia el logro de la designación de Establecimiento Amigo*

- Un Hospital o Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño:
  - Implementa los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa.
  - No acepta muestras gratuitas ni material de promoción de las compañías que fabrican o distribuyen sustitutos de leche materna.
  - Fomenta la alimentación y el cuidado óptimos para los lactantes que no son amamantados.

- *Señale la lista de los Diez Pasos desplegada o recuerde a los participantes que ellos recibieron un folleto, si lo recibieron.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 1.***

Pregunte: ¿Por qué es importante para un establecimiento tener una política escrita que esté a la vista?
Espere algunas respuestas.

- Una política define lo que se pide al personal de planta y al servicio que haga como práctica de rutina y debe ser obligatoria. Ayuda a los padres a saber qué atención pueden esperar recibir.

> *Para satisfacer los requerimientos de la IHAMN, una política tiene que cubrir los Diez Pasos como también prohibir los suministros gratuitos de sucedáneos de leche materna, biberones y chupones y materiales de promoción.*

- En áreas de alto VIH, la política debe definir claramente lo que el personal de planta y los servicios deben hacer como práctica de rutina relacionada con las madres que no amamantan.

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 2.***

Pregunte: ¿Por qué es importante para un establecimiento entrenar a su personal de planta?
Espere algunas respuestas.

- Si el personal está acostumbrado a trabajar en un establecimiento de salud que no usa las prácticas de Amigo de los Niños, necesitará entrenamiento para aprender acerca de ellas.

> *Unido, el personal capacitado puede hacer los cambios necesarios, desarrollar prácticas de Amigo de los Niños que ayuden a las madres y a los bebés a amamantar y eliminar las prácticas que no apoyan.*

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 3****.*

Pregunte: ¿Por qué es importante para un establecimiento hablar con las mujeres embarazadas?
Espere algunas respuestas.

- Las mujeres embarazadas necesitan información precisa que no promueva un producto comercial tal como la fórmula infantil. Esta información debe darse en casos específicos.

> *Si las mujeres embarazadas no discuten la información con un trabajador de salud preparado, pueden tomar decisiones basadas en información incorrecta.*

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 4.***

- Este Paso es ahora interpretado como:

> *Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres, inmediatamente después del parto, por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo están sus bebés listos para amamantar, ofreciéndoles ayuda, si es necesaria.*

Pregunte: ¿Por qué es importante ayudar a las madres y a los bebés a tener contacto inmediato?
Espere algunas respuestas.

- El contacto piel a piel ayuda a:
  - mantener al bebé tibio y estabilizar la respiración y la frecuencia cardiaca.
  - iniciar el amamantamiento,
  - la madre y el bebé a conocerse uno al otro.
- Si el bebé o la madre necesitan cuidado médico inmediato al nacimiento, el contacto piel a piel puede comenzar tan pronto estén estables.

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 5****.*

Pregunte: ¿Por qué es importante mostrar a las madres y bebés cómo amamantar?
Espere algunas respuestas.

- Algunas madres han visto amamantar poco entre su familia y amigos.

> *Mostrar a las madres algunos puntos importantes de cómo amamantar puede ayudar a que la lactancia vaya bien.*

Pregunte: ¿Cuáles son los puntos principales a buscar en relación con la posición del bebé?
Espere algunas respuestas.

- El cuerpo del bebé debe estar:
  - **alineado,** con la oreja, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia delante, ni muy atrás;
  - **cerca** al cuerpo de la madre, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé;
  - con la cabeza y los hombros sostenidos y, si es recién nacido, todo el cuerpo **sostenido** o apoyado y
  - **frente** al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho.

Pregunte: ¿Cuáles son los puntos principales a buscar en relación con el agarre del bebé al pecho?
Espere algunas respuestas.

- Son signos de buen agarre:
  - El mentón toca el pecho (o casi lo toca)
  - La boca bien abierta
  - El labio inferior hacia afuera
  - Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca

Pregunte: ¿Cuáles son los principales signos de succión eficaz?
Espere algunas respuestas.

- Son signos de succión eficaz:
  - Succiones lentas y profundas y sonidos de deglución
  - Mejillas llenas y no hundidas
  - El bebé mama tranquilamente
  - El bebé termina de mamar por sí mismo y luce satisfecho
  - La madre no siente dolor

Pregunte: ¿Si la madre está extrayendo leche para su bebé, qué puntos pueden ayudarla a la extracción?
Espere algunas respuestas.

- Puede ayudar a la extracción manual que la madre pueda:
  - Estimular el reflejo de oxitocina, para que la leche fluya.
  - Localizar los conductos lácteos.
  - Comprimir el pecho sobre los conductos.
  - Repetir en todas las partes del pecho.

Pregunte: Si la madre amamanta ¿qué necesita saber acerca de la alimentación?
Espere algunas respuestas.

- La madre necesita saber:
  - Qué tipo de alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS) en su situación.
  - Cómo obtener, preparar y administrar los alimentos de reemplazo en forma segura.

- Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.
- Pida a un participante leer en voz alta el ***Paso 6.***
Pregunte: ¿Por qué es importante dar a los recién nacidos sólo leche materna?
Espere algunas respuestas.

- La leche materna cubre el intestino del bebé como una pintura para protegerlo.

> *Otros líquidos o alimentos pueden quitar la protección de la leche materna y pueden introducir infecciones al bebé.*

- Si se piensa que hay alguna razón médica para no estimular la lactancia materna exclusiva, se dispone de información para tratar el tema.

- Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.
- Pida a un participante leer en voz alta el ***Paso 7*** *y el* ***Paso 8****.*
Pregunte: ¿Por qué es importante para las madres y los bebés estar juntos 24 horas al día?
Espere algunas respuestas.

- El alojamiento conjunto ayuda a una madre a aprender las señales de su bebé para lactar y cómo cuidarlo.

> *El alojamiento conjunto ayuda a una madre a amamantar a su bebé en respuesta a sus señales (lactancia a demanda) y no a alimentarlo con horario.*

- Los bebés que tienen que llorar para ser alimentados usan energía para llorar y pueden quedarse dormidos sin lactar bien.

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*
- *Pida a un participante leer en voz alta el* ***Paso 9****.*

Pregunte: ¿Por qué es importante evitar dar chupones artificiales y biberones?
Espere algunas respuestas.

Los biberones y los chupones pueden interferir con la lactancia.

- El uso de biberones y chupones puede:
  - interferir con el aprendizaje del bebé a amamantar,
  - afectar la producción de leche,
  - indicar que la madre (o el trabajador de salud) encuentra difícil cuidar al bebé y necesita ayuda.

- Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.
- Pida a un participante leer en voz alta el ***Paso 10.***
Pregunte: ¿Dónde puede una madre en esta comunidad conseguir apoyo para amamantar, después de que deja el establecimiento de salud?
Espere algunas respuestas.

- El apoyo al amamantamiento y otros aspectos del cuidado del bebé, pueden estar disponibles de:
  - Familia y amigos
  - Trabajadores de salud
  - Grupos de apoyo y consejeros organizados
  - Grupos de apoyo y consejeros informales o voluntarios
  - Otros servicios comunitarios

La necesidad de apoyo y dónde encontrarlo deben conversarse con cada madre, antes de que sea dada de alta después del parto.

- *Pregunte si hay preguntas sobre este Paso.*

Los establecimientos de salud deben cumplir el Código Internacional y las subsiguientes Resoluciones, para ser reconocidos como Amigos de los Niños.

- El objetivo general del **Código Internacional** de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna es la nutrición segura y adecuada de todos los lactantes.

Pregunte: ¿Cómo pueden ustedes ayudar a alcanzar este objetivo?
Espere algunas respuestas.

- Para alcanzar ese objetivo tenemos que:
  - Proteger, promover y apoyar la lactancia materna.
  - Asegurar que los sucedáneos de la leche materna (SLM) se usen apropiadamente cuando son necesarios.
  - Proveer adecuada información acerca de la alimentación infantil.
  - Prohibir la publicidad o cualquier forma de promoción de los SLM.
  - Reportar las transgresiones al Código (y/o al Reglamento de Alimentación Infantil) a las autoridades apropiadas.

  - *Pregunte si hay preguntas sobre el Código.*

> *Cuando los establecimientos de salud trabajan para implementar las prácticas de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, el objetivo no es sólo ganar una placa o un premio. Más importante es incrementar el bienestar de las madres y de los bebés y así beneficiar a la comunidad en general.*

- La Iniciativa es de Amigos de la Madre y el Niño y no de Amigos de la *Lactancia*. La mayoría de las prácticas en un establecimiento amigo de los niños beneficia también a los bebés y a las madres que no amamantan.

2. EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES O ESTABLECIMIENTOS AMIGOS

Autoevaluación

> *El proceso de la IHAMN empieza cuando el establecimiento decide hacer los cambios y forma un grupo o comité con un coordinador que asuma la responsabilidad.*

Usualmente el comité consiste en gente del establecimiento que puede tomar decisiones y personal interesado en la lactancia, que sabe algo sobre ello.

- El comité dispone que 2 ó 3 personas usen el Instrumento de Autoevaluación para revisar las políticas y prácticas que puedan ayudar o entorpecer la lactancia. Las experiencias de las madres y del personal son una fuente de información clave para evaluar si se aplican las prácticas.

  Muestre a los participantes el formulario de Autoevaluación y déles unos minutos para mirar su distribución – hay preguntas y hay que contestar sí o no acerca de cada práctica. No necesitan mirarlo en detalle.

- Los casilleros de sí/no del formulario deben llenarse honestamente en relación con un día normal.Los items que se espera que estén en vigencia pronto o las prácticas que suceden en un día perfecto no reflejan la situación real. Imagine que un evaluador externo viene hoy día ¿qué encontraría?
- Una vez que el establecimiento pueda ver qué prácticas son de apoyo y cuáles no lo son, pueden hacer un plan de acción que conducirá a un servicio que brinde mayor apoyo. Se necesita un plan con un cronograma para mantener el proyecto en marcha. También puede ayudar a establecer un presupuesto y a obtener fondos.
- Usualmente se necesita capacitación al inicio del proceso, como este curso. Cuando todo el personal ha recibido la capacitación y se aplican las nuevas prácticas, el establecimiento puede realizar una Autoevaluación nuevamente.

Cuando un hospital puede contestar "sí" a todas las preguntas del Instrumento de Autoevaluación, puede pedir una evaluación externa.

Evaluación externa

- Después que se ha completado la Autoevaluación, el comité y el coordinador tienen que trabajar para ayudar a otro personal a hacer los cambios necesarios. Cuando se piensa que los cambios son satisfactorios, la autoridad nacional de Hospitales o Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño puede llevar a cabo una evaluación externa usando los Criterios Globales. Los Criterios Globales son los mismos en todo el mundo. Los criterios no pueden hacerse más fáciles para satisfacer los estándares de un determinado país o de un determinado establecimiento, aunque algunos países han hecho más estrictos los criterios.
- A menudo, vienen uno o más asesores externos para una visita preliminar, para explicar el proceso de evaluación, para comprobar que la política y el proceso de capacitación del establecimiento ha terminado, para asegurarse de que ellos están realmente listos para la evaluación y para ayudarlos a planificar qué más pueden necesitar hacer. Esto ayuda a asegurar que el proceso sea educacional y no disciplinario, en caso de que no estén listos. Es muy desmoralizador cuando un establecimiento que ha trabajado mucho para mejorar sus prácticas, no tiene éxito en una evaluación.

Para la evaluación externa, un equipo multi-disciplinario visita los servicios de maternidad y entrevista al personal y a las madres, observa las prácticas y revisa la documentación.

- La evaluación externa puede tomar dos o más días (y noches) dependiendo del tamaño del establecimiento.
- Cuando es posible, se revisan documentos tales como el curriculum de entrenamiento del personal, la política del establecimiento, estadísticas de lactancia y la información prenatal, antes de que el equipo de evaluación llegue al establecimiento.
- Las entrevistas con las mujeres embarazadas y con las madres primerizas son clave para la evaluación. También es importante entrevistar a miembros del personal que tengan contacto directo con madres en los servicios de maternidad, para evaluar sus conocimientos y prácticas. No es suficiente que un alto directivo reporte sobre las actividades.
- El equipo de evaluación externa no designa a un establecimiento como Amigo de la Madre y el Niño. El equipo completa un reporte que va a la autoridad nacional responsable de la IHAMN, un comité nacional de lactancia u otro organismo designado.

Las autoridades nacionales, consultando con la OMS y UNICEF si es necesario, determinan si se le concederá al establecimiento la designación de Amigo de la Madre y el Niño.

- Si el establecimiento no cumple los criterios, puede recibir un Certificado de compromiso para convertirse en Amigo de la Madre y el Niño y una guía de cómo hacer las mejoras necesarias.

Monitoreo continuo

- Cuando se le concede a un establecimiento el status de Amigo de la Madre y el Niño, se requiere mantener los estándares de los Criterios Globales y cumplir el Código Internacional para mantener la designación de Hospital o Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño.

Para ayudar a mantener los estándares entre evaluaciones, se necesita monitorear las prácticas.

- Para monitorear, usted necesita obtener información acerca de las prácticas. Es mejor obtener información acerca del *resultado* y no acerca de las *actividades*. Por ejemplo, es mejor medir el número de bebés y madres que tienen contacto piel a piel pronto después del nacimiento, que medir si se dispone de una hoja de información que enumera los beneficios del contacto piel a piel.

Pregunte: ¿Qué prácticas piensa usted que sería útil monitorear de modo que el establecimiento pueda ver cómo está yendo?

Espere algunas respuestas.

- Monitorear es más fácil cuando la política del establecimiento está escrita de tal manera que es medible. Por ejemplo, la siguiente disposición es muy difícil de monitorear: "Ofrezca a la madre contacto piel a piel con el bebé tan pronto sea posible después del parto, preferentemente dentro de la media hora". ¿Cómo pueden medirse "tan pronto sea posible", y "preferentemente"?
- La siguiente disposición es más fácil de monitorear: "Dentro de los 5 minutos después del parto, se entregará los bebés a todas las madres, independientemente de la intención de alimentación, para cargarlos, en contacto piel a piel, por lo menos durante 60 minutos,"

Reevaluación externa

> *Es también importante que los establecimientos que hayan sido designados "Amigos de la Madre y el Niño" sean reevaluados en forma regular.*

- Esta reevaluación ayuda a asegurar que sigan cumpliendo los "Diez Pasos" y el Código con el tiempo y así continúen dando a las madres y bebés el apoyo que necesitan.
- UNICEF recomienda que se reevalúe a los establecimientos aproximadamente cada 3 años, pero sugiere que la autoridad nacional responsable de la IHAMN en cada país tome las decisiones finales relativas al tiempo y al proceso a seguir.
- La reevaluación debe conducirla, como la evaluación, un equipo externo. Aunque el país puede usar el instrumento de evaluación para este proceso, es a menudo más costo-efectivo usar uno más simple, que tome menos tiempo y un pequeño equipo de evaluación. UNICEF provee guías para planificar la re-evaluación, así como varios instrumentos que la autoridad nacional puede considerar usar.
- Una vez que el establecimiento ha sido re-evaluado, su status de Amigo de la Madre y el Niño puede ser renovado o, si ha habido un retroceso, se le puede pedir trabajar en alguno de los Pasos que necesite mejorar, antes de la re-designación oficial como Hospital o Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño.

3. INCLUSIÓN DE LA IHAMN EN LOS PROGRAMAS EXISTENTES

- Algunos establecimientos participan en un proceso nacional o internacional de acreditación de aseguramiento de la calidad o en un programa de mejora que identifica la equidad de acceso, calidad de servicio y la responsabilidad como un enfoque de calidad de la atención.

- La IHAMN puede encajar dentro de estos programas de aseguramiento de la calidad. La IHAMN tiene criterios cuantificables y estándares internacionales. Hay herramientas para evaluar cómo un establecimiento cumple esos estándares y criterios. Si un establecimiento ya tiene un sistema de calidad o una acreditación, pueden usarse las herramientas de planeamiento y monitoreo de ese sistema.
- En un establecimiento, la IHAMN puede ser responsabilidad de los servicios materno-infantiles, de un comité de lactancia o de alimentación del lactante o puede ser parte de un comité de calidad.
  Incluir la IHAMN en la responsabilidad de un comité de calidad de todo el establecimiento, puede ayudar a elevar la conciencia de la importancia de las prácticas de apoyo a la lactancia, así como ayudar a obtener recursos para implementar la IHAMN.
- Usualmente el personal de los servicios de maternidad tiene pericia en el cuidado de la madre y el bebé. La pericia del personal de la oficina de calidad está en medir y mejorar la calidad del cuidado. Por ejemplo, la oficina de calidad puede no saber que la IHAMN existe y que se dispone de los estándares y de las herramientas. El personal de la maternidad puede no saber qué puede hacer la oficina de calidad para ayudar con el uso del Instrumento de Autoevaluación, con el desarrollo o con la adecuación, dentro de un proceso regular de auditoría existente y con la planificación para la mejora.
  Pueden usarse ambas áreas de peritaje para dar un mejor servicio. Sin embargo cada grupo necesitará ser consciente de la pericia del otro grupo y trabajar juntos.
- La IHAMN puede integrarse también a programas de Maternidad Segura y/o de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
  Sin embargo para que un establecimiento sea designado como *Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño,* debe ser evaluado usando los Criterios Globales específicos de la Iniciativa.

- *Pregunte si hay alguna pregunta. Luego resuma la sesión.*

RESUMEN

- La Autoevaluación de la IHAMN ayuda al establecimiento de salud a ver las prácticas vigentes y las áreas que necesitan atención. Estructurar un plan para mejorar puede ayudar al cambio.
- Cuando las prácticas de apoyo están totalmente vigentes, el establecimiento solicita la evaluación externa
- El monitoreo continuo y la reevaluación son necesarios para mantener altos los estándares.
- La IHAMN puede integrarse a otros programas tales como un programa de mejora de la calidad.

EJERCICIOS

CAPÍTULO 16:
HACIENDO A TU ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

Materiales:

- Instrumento de Autoevaluación de Hospitales para la Iniciativa de Hospitales Amigos de OMS/UNICEF y Los Criterios Globales – una copia para cada grupo de 4-6 participantes.
- Para la actividad de Evaluación de una política:
  Copias de la política del hospital o política de ejemplo y
  Lista de chequeo de la Política de Alimentación Infantil del Hospital – una por cada grupo de 4-6 participantes

Procedimientos:

1. *Autoevaluación del Hospital*

El Instrumento de Autoevaluación puede ser completado por el establecimiento de salud antes del curso o como una actividad separada en este curso. Esto tomará 1-2 horas o más dependiendo de a cuántas personas (madres y personal) se les pregunta sus puntos de vista. Se puede dividir la autoevaluación en grupos de 4 a 6 participantes.

2. *Verificación del conocimiento*

Enumere dos razones por las cuales un hospital puede buscar la Evaluación Externa de la IHAMN. Explique, como si lo hiciera a un compañero de trabajo, por qué el alcanzar la designación de HAMN no es el fin del proceso y la importancia del monitoreo continuo.

3. *Análisis y Discusión - Evaluación de una Política*

- Puede existir una política de lactancia que necesite revisarse. A menudo no hay una política y tiene que desarrollarse una.
- Una política consiste en un conjunto de reglas que la gente que está en posición de tomar decisiones ha aceptado seguir. Usualmente se trata de la gente mayor de todos los departamentos permanentes incluyendo obstetricia, enfermería,

gineco-obstetricia, pediatría y la dirección/gerencia del hospital. Es necesario que todos acepten la política antes de implementarla. Esto requiere que se reúnan y la discutan, lo que puede tomar varios meses.

- La política no necesita ser muy larga y detallada. Puede haber protocolos adicionales, guías u hojas de información para ayudar al personal a implementar las prácticas que se requieren.
- La política debe usar palabras que se entiendan fácilmente. Las políticas deben ser cuantificables. Por ejemplo, si una política dice "el personal debe hacer todo lo posible para apoyar la lactancia", ¿cómo monitorearía usted si eso se está cumpliendo?

Preparación:

Si el Curso es en un hospital, revise la política de ese hospital. Si el Curso es en otro lugar, revise una de las muestras de políticas de lactancia de este capítulo. Evalúe si la política incluye los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa, la no aceptación de suministros gratuitos y de materiales de promoción y si ayuda a las madres que no amamantan.

Use la Lista de Chequeo de la Política de Alimentación Infantil del Hospital. Marque los cambios que podrían sugerirse para hacer una política de mayor apoyo.

Para usar bien el tiempo, divida a los participantes en grupos pequeños, de modo que cada uno vea 2 ó 3 de los títulos de la lista de chequeo de la Política y luego diga a los otros grupos, lo que encontró.

Recuerde comprobar si los enunciados de la política están claramente escritos y si las actividades son cuantificables, de modo que sean fáciles de monitorear.

Tome 2 minutos para explicar la actividad, 10 minutos para que los grupos pequeños miren si se incluyen o no los Pasos en la política y 15 minutos para la retroalimentación al grupo y la discusión.

- La lista de chequeo de la política está en la próxima página.

Usted puede usar la política del hospital donde se está realizando

el curso o las políticas que se muestran en las siguientes páginas.
En la muestra Política del Hospital Feliz, los puntos a discutir incluyen:

- *Frasear tal como "haga todo lo posible", "tan pronto como sea factible" que son difíciles de monitorear;*
- *No hay necesidad de que todas las mujeres tengan un examen mamario prenatal minucioso.*
- *No debe pedirse a las mujeres que escojan cómo alimentarán a su bebé antes de que se discuta la importancia de la lactancia.*
- *El bebé no necesita ser 'puesto al pecho'. El bebé puede auto-agarrarse al pecho de su madre. En este momento necesita hacerse énfasis en el contacto piel a piel y no en tomar una mamada.*

Lista de Chequeo de la Política de Lactancia/Alimentación Infantil del Hospital

(Nota: La política de un hospital no tiene que tener las palabras o puntos exactamente como están en esta lista de chequeo, pero debe cubrir la mayoría o todos los puntos clave. Se debe tener cuidado de que la política no sea demasiado larga. Políticas más cortas (3 a 5 páginas) han demostrado ser más efectivas, así como las más largas a menudo no son leídas.)

La política debe cubrir claramente los siguientes puntos:		SI	NO
PASO 1:	La política se comunica rutinariamente a todo el personal (nuevo).		
	Se ha publicado un resumen de la política dirigida a los Diez Pasos y a apoyar a las madres que no amamantan, en todas las áreas apropiadas, en lenguaje y con palabras que el personal y las madres pueden entender fácilmente.		
PASO 2:	El entrenamiento del personal asistencial (de acuerdo a su posición) incluye: - Manejo del amamantamiento y de la lactancia (20 horas como mínimo o que cubra todos los temas esenciales, incluyendo 3 horas de práctica clínica). - Alimentar al lactante que no es amamantado. - El rol del establecimiento de salud y de su personal en defender el Código Internacional de Comercialización y las resoluciones siguientes de la AMS.		
	Se entrena a los nuevos miembros del personal dentro de los 6 meses de su ingreso.		
PASO 3:	Se informa a todas las mujeres embarazadas sobre: - El manejo básico del amamantamiento y de las prácticas de cuidado. - Los riesgos de dar suplementos a sus bebés durante los primeros seis meses.		
PASO 4:	Todas las madres y bebés reciben: - Contacto piel a piel inmediatamente después del parto durante, por lo menos, 60 minutos. - Orientación para identificar los signos de que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda si la necesitan.		
PASO 5:	Se enseña a todas las madres la extracción manual de leche (o se les entrega un folleto y se les refiere para ayuda).		

La política debe cubrir claramente los siguientes puntos:		SI	NO
	Se les enseña a todas las madres la posición y el agarre al pecho.		
	A todas las madres que han decidido no amamantar: - Se les informa los riesgos y el manejo de varias opciones de alimentación y se les ayuda a decidir lo que es adecuado en sus circunstancias. - Se les enseña a preparar sus alimentos de elección y se les pide demostrar lo que han aprendido		
	A las madres de los bebés en las unidades de cuidado especial: - Se les ofrece ayuda dentro de las 6 horas del nacimiento de sus bebés, para iniciar la lactancia y para mantener la producción,. - Se les muestra cómo extraer su leche manualmente y se les dice que necesitan amamantar o extraer al menos 6-8 veces en 24 horas para mantener la producción. - Se les da información sobre los riesgos y beneficios de varias opciones de alimentación y cómo cuidar sus pechos si planean no amamantar.		
PASO 6:	Se da suplementos/alimentos de reemplazo a los bebés sólo: - Si están médicamente indicados. - Si las madres han hecho una "elección totalmente informada" después de consejería sobre varias opciones y de los riesgos y beneficios de cada una.		
	Se documentan las razones para los suplementos.		
PASO 7:	Todas las madres y sus bebés permanecen juntos, incluso en la noche. Las separaciones son sólo por razones justificables con documentación escrita.		

La política debe cubrir claramente los siguientes puntos:		SI	NO
PASO 8:	Se enseña a las madres cómo reconocer las señales de que sus bebés tienen hambre y de que están satisfechos.		
	No se restringe la frecuencia ni la duración de las mamadas.		
PASO 9:	No se usan biberones para alimentar a los bebés.		
	Se enseña a las madres los riesgos de usar biberón.		
	No se les da chupones a los bebés.		
PASO 10:	Se proporciona información de dónde conseguir ayuda y apoyo con el amamantamiento/alimentación infantil después del regreso a casa, incluyendo por lo menos un recurso (tal como un hospital, servicios de salud comunitarios, grupos de apoyo o consejeros pares).		
	El hospital trabaja para fomentar grupos de apoyo a madres o coordina con ellos y/o con otros servicios comunitarios que proporcionan apoyo para la alimentación infantil.		
	Se brinda información a las madres acerca de cómo conseguir ayuda con la alimentación de sus lactantes pronto después del alta (preferentemente 2-4 días después del alta y nuevamente en la siguiente semana).		
El Código:	La política prohíbe la promoción de sucedáneos de leche materna		
	La política prohíbe la promoción de biberones y chupones		
	La política prohíbe la aceptación de regalos, literatura no científica, materiales o equipo, dinero o apoyo para educación en servicio o eventos de los fabricantes o distribuidores de sustitutos de leche materna, biberones o chupones.		

La política debe cubrir claramente los siguientes puntos:		SI	NO
VIH	Todas las madres VIH positivas reciben consejería, que incluye información acerca de los riesgos y beneficios de varias opciones de alimentación infantil y guía específica para seleccionar lo que es mejor en sus circunstancias.		
	El personal que proporciona apoyo a las mujeres VIH-positivas recibe entrenamiento sobre VIH y alimentación infantil.		
Cuidado amigable de la madre	La política requiere prácticas de amigos de la madre que incluyen: - Animar a las mujeres a tener un acompañante de su elección, constante durante el trabajo de parto y el parto. - Animar a las mujeres a caminar y a moverse durante el trabajo de parto, si lo desean, y a asumir las posiciones de su elección mientras dan a luz, a menos que se requiera una restricción, específicamente por una complicación y que se explique la razón a la madre. - No usar procedimientos invasivos tales como ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, cesáreas o partos instrumentados, a menos que se requieran específicamente por una complicación y que se explique la razón a la madre. - Animar a las mujeres a considerar el uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor a menos que se necesiten drogas analgésicas o anestésicas debido a complicaciones, respetando las preferencias personales de las mujeres.		

* El contenido de la política **relacionado a VIH -** debe evaluarse sólo si las autoridades han tomado la decisión de que la evaluación de la IHAMN debe incluir los criterios de VIH.
** El contenido de **amigo de la madre** en la política es opcional, de nuevo dependiendo de la decisión nacional concerniente a incluir o no los criterios de amigos de la madre.

Políticas para la actividad
Note que estas políticas pueden tener áreas que pueden mejorarse. No son ejemplos de políticas aceptables a la IHAMN.

EJEMPLO A para Análisis

POLÍTICA DE LACTANCIA DEL HOSPITAL FELIZ

Objetivos
1. Aumentar la incidencia y la duración del amamantamiento.
2. Ayudar a las madres y a los lactantes a conseguir una lactancia exitosa estandarizando la enseñanza, eliminando los consejos contradictorios e implementando prácticas que conduzcan al éxito de la lactancia.

POLÍTICA
PERIODO PRENATAL
El personal debe estar comprometido en la promoción de la lactancia y debe hacer todo lo posible por aumentar la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar.
En la primera visita prenatal:
(a) Hacer un examen minucioso de mamas.
(b) Establecer la elección del método de alimentación. Si no está decidido, animar a la lactancia materna.
(c) Dar folletos de información que describan los beneficios y el manejo de la lactancia materna.

SALA DE PARTOS
Poner al bebé al pecho tan pronto sea factible después del parto, preferentemente dentro de la media hora cuando la succión del bebé es más fuerte o durante la primera hora después del nacimiento. Una enfermera debe estar presente en la primera mamada para dar instrucción sobre la correcta técnica y posición.

SALA DE PUERPERIO
Lactancia a demanda – No debe haber límite al máximo número de mamadas, pero se espera que un neonato a término necesite por

lo menos 5/6 mamadas en un periodo de 24 horas – con intervalos no mayores de cinco horas.
Práctica de alojamiento conjunto.
Evitar la rutina rígida de la sala – no despertar al bebé para baño/peso/temperatura entre mamadas.
Aconsejar a la madre a llamar a los miembros del personal cuando el bebé se despierta, para estas tareas.
La comunicación eficiente entre madre y personal, y entre el personal durante el cambio de turno, es esencial si se quiere alcanzar coherencia en el enfoque y en el consejo.
Documentar las mamadas como sigue – mamada buena larga, mamada buena corta, mala mamada.
No dar chupones a los lactantes que amamantan, mientras que se establece la lactancia.
Es necesario enseñar a todas las madres, mientras están en el hospital, cómo extraerse y conservar la leche materna.

ALTA

Dar información sobre los grupos de apoyo de la comunidad, el consultorio comunitario y la disponibilidad de seguimiento en el consultorio del hospital.

EJEMPLO B para Análisis

Note que estas políticas pueden tener áreas que pueden mejorarse. No son ejemplos de políticas aceptables a la IHAMN.

CONTROL DE CALIDAD EN LA POLÍTICA DE LACTANCIA DEL HOSPITAL

El personal de Control de Calidad del Hospital está comprometido en Proteger, Promover y Apoyar la Lactancia Materna porque la lactancia es importante tanto para la madre como para su bebé. Esta política nos ayuda a proporcionar información efectiva y coherente y apoyo a las mujeres embarazadas, a las madres y a sus familias.
El cumplimiento de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa (OMS/UNICEF) y del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (1981) y sus Resoluciones siguientes son el fundamento de nuestras prácticas.

1. Todo el personal recibirá orientación pertinente a su rol, sobre nuestra política de lactancia, a su ingreso al hospital.

2. Es obligatorio un entrenamiento de un mínimo de 18 horas en el manejo de la lactancia, para todo el personal y los estudiantes a cargo de las mujeres embarazadas, lactantes y niños pequeños. Se dará facilidades al personal nuevo para entrenarse, dentro de los 6 meses de su ingreso, si no está entrenado. Se ofrecerán cursos de refrescamiento en forma regular.
3. Las obstetrices deben tratar la importancia y el manejo básico de la lactancia en el periodo prenatal y registrar esta discusión en la historia de las gestantes.
4. Dentro de los 30 minutos del parto, se entregará su bebé a todas las madres, independientemente de su intención de alimentación, para cargarlo en contacto piel a piel, por lo menos durante 30 minutos. El contacto piel a piel podrá hacerse con un miembro de la familia, cuando la madre no es capaz de hacerlo y se realizará después con la madre, en la sala de puerperio o de cuidado especial, cuando el bebé y/o la madre estén estables.
5. Se ofrecerá ayuda a todas las madres para iniciar la lactancia dentro de los 30 minutos del parto. El personal ofrecerá ayuda posterior, dentro de las 6 horas, para la posición y el agarre del bebé al pecho.
6. El alojamiento conjunto es la política del hospital y, a menos que esté médicamente o clínicamente indicado, la madre y su bebé no se separarán. Cuando la separación del bebé y de la madre sea necesaria, se favorecerá y se mantendrá la lactancia.
7. La lactancia dirigida por el bebé será practicada por todos los bebés, aunque en los primeros días el bebé puede necesitar ser despertado si está soñoliento o si los pechos de la madre están congestionados. Cuando el bebé termine de mamar un pecho, se le ofrecerá el segundo pecho.
8. El personal mostrará a las madres que amamantan, cómo extraer su leche manualmente, o con bomba, si es necesario.
9. Sólo se darán suplementos por necesidad clínica/médica. Todos los alimentos/líquidos suplementarios se registrarán en la historia clínica del bebé con la indicación para darle el alimento. Los líquidos suplementarios prescritos se darán en taza o por sonda.
10. No se darán chupones ni biberones a los bebés mientras se establezca la lactancia.

11. No se permitirá la publicidad de sucedáneos de leche materna, biberones ni chupones. El personal instruirá en forma individual, en el uso seguro de la fórmula, a las madres que eligen alimentar con fórmula a sus lactantes, durante el periodo postnatal, antes del alta.
12. Se conversará con cada madre, antes del alta, sobre los servicios de apoyo disponibles en la comunidad.
    Cualquier desviación de esta política en relación con el cuidado del paciente se registrará en la historia clínica de la madre/bebé anotando la razón para tal variación y será firmada con fecha y hora por el miembro del personal.
    La Oficina de Calidad hará una auditoría del cumplimiento de la política de lactancia del hospital por la por lo menos una vez al año.

Fecha de Entrada en Vigencia de la Política:
Fecha de la Revisión de la Política:

RESPONSABILIDADES
Referidos a la difusión y la implementación del manual

- En el Nivel Nacional
  La Dirección General de Salud de las Personas es responsable de supervisar y brindar asistencia técnica para la implementación de lo establecido en el presente documento técnico.
- En el Nivel Regional

  Las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas son responsables de la, difusión, implementación y evaluación de lo establecido en el presente documento técnico.
- En el Nivel Local
  La dirección o jefatura del establecimiento es responsable de la ejecución de las actividades para la atención integral de salud de las niñas y niños menores de 5 años y mujeres durante el embarazo parto y puerperio de acuerdo a las normas establecidas y su capacidad resolutiva.

Anexos

ANEXO N° 1

PRÁCTICA CLÍNICA 1
Observando y ayudando a la lactancia

OBJETIVOS:
Al terminar esta sesión, los participantes serán capaces de:
1. Observar una mamada usando la Ficha de Observación de la Mamada;
2. Ayudar a una madre a aprender la posición y el agarre de su bebé para la lactancia;
3. Usar las habilidades de comunicación cuando se ayuda a una madre.

MATERIALES:
Ficha de Observación de la Mamada del Capítulo 7 – dos copias por cada participante.
Lista de Habilidades de Comunicación del Capítulo 2 – una copia por cada participante.

PREPARACIÓN:
Asegúrese de conocer dónde se realizará la práctica clínica y dónde llevará a su grupo cada facilitador.

DESARROLLO:
1. Explique la práctica clínica
- Esta práctica clínica le dará a usted una oportunidad para:
  - Evaluar la mamada usando la Ficha de Observación de la Mamada

- Usar las habilidades de comunicación
- Ayudar a la madre con la posición y el agarre del bebé para mamar.

- Usted trabaja en grupos de 4 participantes con un facilitador por grupo. Al inicio, el grupo de 4 personas trabaja completo. Una persona habla a la madre, mientras los otros miembros del grupo observan. Cuando todos saben qué hacer, pueden trabajar en parejas, mientras el facilitador circula.
- La encargada de la sala nos dice cuáles son las mujeres adecuadas para hablarles y cuáles tienen a sus bebés lactando con ellas en la sala.
- Un participante hablará a la madre:
  - Preséntese a la madre y pídale permiso para hablarle. Si ella no quiere ser observada, agradézcale y busque otra madre. Presente a su compañero/ grupo pequeño y explique que usted está interesado en la alimentación de los bebés.
  - Pídale permiso para observar lactar a su bebé. Evite decir que usted desea ver cómo está ella 'dando de lactar' ya que esto puede ponerla nerviosa. Si su bebé está excesivamente envuelto en mantas, pida a la madre que las quite para que usted pueda ver.
  - Trate de encontrar una silla o una banqueta para sentarse. Si es necesario y está permitido, siéntese en la cama de modo que usted esté al mismo nivel.
  - Si el bebé está mamando, pida a la madre que continúe haciéndolo. Si el bebé no está mamando, pida a la madre que le ofrezca una mamada de la manera normal, en el momento en el que el bebé parezca listo. Si el bebé quiere mamar en ese momento, pida a la madre permiso para observar la mamada. Si el bebé no está interesado en mamar, agradezca a la madre y vaya con otra madre.
  - Antes o después que amamante, haga a la madre preguntas abiertas acerca de cómo está ella, cómo está su bebé y cómo está yendo la lactancia, para empezar la conversación. Anime a la madre a hablar acerca de ella y de su bebé. Practique tantas habilidades de escuchar y aprender como sea posible.
  - Recuerde alabar lo que las madres están haciendo bien y ofrezca una breve información pertinente si es apropiado.
- El compañero o los miembros del grupo pequeño (de 4 personas) deberán:
  - Permanecer callados atrás. Tratar de estar lo más quietos y callados posible. No comentar o hablar entre ellos.
  - Hacer observaciones generales de la madre y del bebé. Notar por ejemplo: ¿luce ella feliz? ¿Tiene fórmula o biberón con ella?
  - Hacer observaciones *generales* de la conversación entre la madre y el participante. Notar por ejemplo: ¿Quién habla más? ¿La madre habla libremente y parece disfrutarlo?
  - Hacer observaciones *específicas* de las habilidades de comunicación de los participantes. Notar si usa comunicación no verbal útil, si usa palabras enjuiciadoras o si hace muchas preguntas cerradas a las que la madre dice `sí' y `no'.

- Cuando usted observe una mamada:
  - Permanezca calladamente observando a la madre y al bebé conforme continúa la mamada.
  - Mientras observa, llene la Ficha de Observación de la Mamada. Explique a la madre que está usando una ficha para recordar lo que usted está aprendiendo.
  - Marque una señal al lado de cada signo que observe.
  - Bajo 'Notas:' al final de la página del formulario, escriba algo más que usted observe, que parezca importante para la lactancia.
- Cuando usted termine de observar a una madre:
  - Agradezca a la madre por su tiempo y cooperación y dígale algo para animarla y apoyarla.
  - Vaya con el grupo a otra sala o área privada para discutir sus observaciones.
  - Discuta qué notó acerca de la mamada y qué notó acerca de las habilidades de comunicación que el participante usó.

Si la madre necesita ayuda

- Cuando una pareja encuentra a una madre que necesita ayuda para poner a su bebé al pecho, dígaselo al facilitador del grupo. Luego practique ayudando a la madre, mientras su facilitador lo observa y lo ayuda, si es necesario.
- Cuando una pareja termina de ayudar a una madre, si fue necesario; debe alejarse de la madre para la discusión. El participante debe comentar su primera actuación. Entonces el facilitador puede alabar lo que hicieron bien, darles información pertinente y sugerir cambios que puedan hacer la próxima vez que ayuden a una madre.
- Antes de dejar la sala o el consultorio, diga a los miembros del personal a qué madres sugirieron cambiar la posición y el agarre, de modo que puedan hacer el seguimiento de estas madres.
- Cada participante debe hablar, por lo menos, a una madre y observar una mamada. No todas las madres necesitarán ayuda para la posición y el agarre de sus bebés.
- Mientras usted está en la sala o en el consultorio, note:
  - si los bebés están en alojamiento conjunto con sus madres,
  - si se da o no, a los bebés, fórmula o suero glucosado;
  - si se usan biberones o no;
  - la presencia o ausencia de publicidad de leche para bebés;
  - si las madres y bebés enfermos son admitidos juntos en el establecimiento;
  - cómo alimentan a los bebés de bajo peso;
- No comente sus observaciones ni muestre desaprobación alguna mientras esté en el establecimiento de salud. Espere hasta que el facilitador invite a los participantes a comentar privadamente o en grupo.

Pregunte si los participantes entienden lo que van a hacer durante la práctica clínica y conteste las preguntas. Dé directivas de cómo llegar al área de la práctica clínica.

2. Conduzca la práctica clínica

- Para el facilitador de cada grupo pequeño:

- Cuando llegue al área de la práctica clínica:
  - Preséntese usted y presente su grupo a los miembros del personal a cargo.
  - Pregunte qué madres y bebés serían apropiados para hablarles y dónde están.
  - Trate de encontrar a la madre y al bebé que están lactando o a una madre que piense que su bebé quiere mamar pronto. Si no es posible, hable a cualquier madre con su bebé.
  - Recuerde alabar lo que las madres están haciendo bien y ofrezca una breve información pertinente si es apropiado.
- Cuando un participante encuentra que una madre necesita ayuda con la posición y el agarre de su bebé, observe al participante asistiendo a la madre y dé ayuda si es necesario.
- Antes que su grupo deje la sala o el consultorio, diga a los miembros del personal a qué madres ha sugerido cambiar la posición y el agarre, de modo que puedan hacer el seguimiento de esas madres.
- Cuando el participante haya terminado de hablar con la madre, lleve al grupo lejos de la madre y discuta lo que los participantes han observado. Pregúnteles a ellos:

  ¿Qué observaron en general acerca de la madre y el bebé?

  ¿Qué signos de la Ficha de Observación de la Mamada observaron?

  ¿Qué habilidades de comunicación observaron?
- Si la madre y el bebé mostraron signos de buena o de mala posición y agarre que los participantes no vieron, señálelos.

3. Discuta la práctica clínica

Todos los participantes regresan para discutir la práctica clínica.

Pida a un participante de cada grupo que reporte brevemente qué han aprendido.

- Pídales que comenten:
  - sobre sus experiencias en el uso de la Ficha de Observación de la Mamada y la lista de Habilidades de Comunicación;
  - sobre alguna situación especial de madres y bebés y qué aprendieron de estas situaciones.

  Anime a los participantes a reportar sólo sobre los puntos de especial interés; no necesitan reportar detalles de cada madre individual.
- Los participantes pueden continuar la práctica de sus habilidades de observar y ayudar a madres en otros momentos, si es aceptable para las madres y para la

sala del hospital o del consultorio. Anime a los participantes a practicar en parejas, de modo que puedan observar las habilidades usadas y discutirlas después con el otro participante.

- Revise los puntos sobre la práctica clínica que ayudarán a mejorar la siguiente práctica clínica.

Pregunte si hay alguna pregunta

ANEXO N° 2

PRÁCTICA CLÍNICA 2
Hablando con una gestante

OBJETIVOS:
Al completar esta sesión, los participantes serán capaces de:
1. Hablar con una gestante acerca de la alimentación de su bebé;
2. Discutir con una gestante las prácticas que ayudan a establecer el amamantamiento.
3. Usar habilidades de comunicación de escuchar y aprender y de reforzar la confianza.

MATERIALES:
Lista de Chequeo Prenatal del Capítulo 5 – una copia para cada participante (opcional).
Lista de Habilidades de Comunicación del Capítulo 2 – una copia para cada participante.

PREPARACIÓN:
Asegúrese de conocer dónde se realizará la práctica clínica y dónde llevará cada facilitador a su grupo. Si no lo hizo en una etapa preparatoria, visite las salas o consultorios prenatales donde irá, preséntese a los miembros del personal a cargo y asegúrese de que están preparados para la sesión.
Añada tiempo extra al programa si los participantes deben dejar el local para ir a otro sitio.

DESARROLLO:

1. Explique la práctica clínica

- Esta práctica clínica le da a usted una oportunidad para:
  - Hablar con una gestante acerca de sus intenciones sobre la alimentación de su bebé;
  - Discutir con una gestante las prácticas que ayudan a establecer la lactancia, tales como contacto piel a piel precoz, alojamiento conjunto, lactancia a demanda y lactancia exclusiva sin suplementos ni chupones;
  - Usar sus habilidades de comunicación de escuchar y aprender y de reforzar la confianza.
- Usted trabaja en grupos de 4 participantes con un facilitador por grupo. Al inicio el grupo trabaja completo. Una persona habla con la madre, mientras los otros miembros del grupo observan. Los participantes hacen turnos para hablar con las gestantes. Cuando todos saben qué hacer, usted puede trabajar en parejas, mientras que el facilitador circula.
- Un participante en cada grupo pequeño hablará con una gestante:
  - Preséntese usted a la gestante y pídale permiso para hablarle acerca de la alimentación de su bebé.
  - Presente al grupo o a su compañero y explique que usted está interesado en la alimentación de los bebés.
  - Trate de encontrar una silla o una banqueta para sentarse.
  - Pregunte a la gestante algunas preguntas abiertas tales como "¿Qué piensa de la alimentación de su bebé?" o "¿Qué sabe acerca de la lactancia?" para iniciar la conversación.
  - Anime a la madre a hablar, usando sus habilidades de comunicación. Practique usando tantas habilidades de escuchar y aprender como sea posible.
  - Si por los comentarios de la mujer usted nota que ella ya sabe mucho sobre la lactancia, usted puede reafirmar su conocimiento y alabarla. No necesita darle información de lo que ya sabe.
  - Proporcione información de manera que sea fácil de entender. Incluya la importancia de la lactancia para la mujer así como para su bebé y alguna información sobre por qué se recomiendan las prácticas.
  - Ofrezca oportunidades a la mujer para hacer preguntas o para discutir más la información. Usted puede preguntarle acerca de sus experiencias previas de lactancia si la mujer ya tiene hijos.
  - Recuerde alabar lo que la mujer está haciendo bien y ofrezca una pequeña cantidad de información pertinente si es apropiado.
- Si la gestante le dice que no va a amamantar porque tiene una condición médica – NO pregunte acerca de su condición. Usted no necesita saber sus detalles personales. Usted puede preguntar si alguien le ha hablado a ella acerca de cómo alimentar a su bebé, si no amamanta.

  Verifique que los participantes saben dónde referir a la madre para consejería en alimentación si es necesario.

- Los demás miembros del grupo pequeño deben:
  - Permanecer callados atrás. Tratar de estar lo más quietos y callados posible. No comentar o hablar entre ellos.
  - Hacer observaciones *generales* de la conversación entre la gestante y el participante. Notar por ejemplo: ¿Quién habla más? ¿La gestante habla libremente y parece disfrutarlo?
  - Hacer observaciones *específicas* de las habilidades de comunicación del participante. Notar si usa comunicación no verbal útil, si usa palabras enjuiciadoras o si hace muchas preguntas cerradas a los que la madre dice `sí' y `no'.
- Cuando usted termine de hablar con la gestante:
  - Agradézcale por su tiempo y cooperación y diga algo para animarla y ayudarla.
  - Vaya con el grupo a otra sala o área privada para discutir sus observaciones.
  - Discuta qué notó en la conversación y qué notó de las habilidades de comunicación que el participante usó.
- Cada participante debería hablar por lo menos con una gestante.
- Mientras usted está en la sala o en el consultorio, note:
  - la presencia o ausencia de publicidad de leche para bebés, muestras gratis o lapiceros u otro equipo promoviendo fórmula para bebés;
  - afiches o folletos para madres sobre la importancia de la lactancia o sobre cómo amamantar.
- No comente sus observaciones ni muestre desaprobación alguna mientras esté en el establecimiento de salud. Espere hasta que el facilitador invite a los participantes a comentar en privado o en grupo.

  Pregunte si los participantes entienden lo que van a hacer durante la práctica clínica y conteste cualquier pregunta. Dé direcciones de cómo llegar al área de la práctica clínica.

2. Conduzca la práctica clínica

Para el facilitador de cada pequeño grupo:

- Asegúrese de que su grupo tiene la Lista de Chequeo Prenatal y una lista de Habilidades de Comunicación para usar en la práctica.
- Cuando usted llegue al área de la práctica clínica:
  - Preséntese usted y a su grupo, a los miembros del personal a cargo.
  - Pregunte qué gestantes serían apropiadas para hablar con ellas y dónde están.
- Cuando el participante termine de hablar con la gestante, lleve al grupo lejos de la gestante y discuta lo que observaron. Pregúnteles:
  - ¿Qué habilidades de comunicación observaron?
  - ¿Fue precisa la información provista y en una cantidad adecuada?

3. Discuta la práctica clínica

Todos los participantes regresan para discutir la práctica clínica.

Pida a un participante de cada grupo que reporte brevemente lo que han aprendido.

- Pídales que comenten sobre:
  - qué temas importantes quisieron discutir las mujeres cuando ellos les ofrecieron información;
  - sus experiencias usando la lista de Habilidades de Comunicación para hablar con las gestantes.

  Anime a los participantes a reportar sólo sobre los puntos de especial interés; no necesitan reportar detalles de cada gestante.
- Revise los puntos acerca de la práctica clínica que ayudarán a la siguiente práctica clínica a ir mejor.

Pregunte si hay alguna pregunta.

ANEXO N° 3

PRÁCTICA CLÍNICA 3

Observando la extraccion manual y la alimentación con taza

OBJETIVOS:

Al completar esta sesión los participantes serán capaces de:

1. Ayudar a una madre a aprender las habilidades de extracción manual,
2. Observar una demostración de la alimentación con taza.

MATERIALES:

Lista de las Habilidades de Comunicación del Capítulo 2 – una copia para cada participante.

El folleto de Extracción Manual de Leche del Capítulo 8 – una copia para cada participante

Una taza pequeña y un paño pequeño o un babero.

El folleto Alimentando a un Bebé con Taza del Capítulo 8.

PREPARACIÓN:

La práctica clínica de extracción manual y la demostración de la alimentación con taza pueden hacerse en momentos separados.

Una madre puede aceptar llevar su bebé para la demostración de la alimentación con taza. En algunos lugares, las madres pueden aceptar hacer una demostración de la extracción manual de la leche.

Esta demostración puede hacerse en el consultorio para control de niño sano e inmunizaciones. Si el bebé es prematuro o enfermo, el grupo es un posible riesgo de infección para el bebé. Trate de encontrar un bebé pequeño sano para demostrar la alimentación con taza.

Si la práctica clínica se va a hacer en un consultorio o en una sala, asegúrese de que sabe dónde está y dónde debe llevar a su grupo cada facilitador. Si usted no lo hizo en la semana de preparación, visite las salas o los consultorios donde irá, preséntese a los miembros del personal a cargo y asegúrese de que están preparados para la sesión.

Si es necesario, asegúrese de que hay algún lugar privado para enseñar/observar la extracción manual.

Discuta con el personal de la sala o del consultorio qué envases usan para la leche extraída que se administrará al bebé. Asegúrese de que se disponga de algunos envases limpios por si la madre desea conservar la leche que extraiga.

Conduzca la demostración de alimentación con taza en pequeños grupos de modo que cada uno pueda ver y la madre y el bebé no sean abrumados.

DESARROLLO:

1. Explique la práctica clínica – Extracción manual

Explique las instrucciones a los participantes

- Esta práctica clínica le da a usted la oportunidad de:
  - Ayudar a la madre a aprender las habilidades de la extracción,
  - Practicar el uso de sus habilidades de comunicación.

  Revise brevemente los cuatro puntos clave de extraerse leche. Recuerde que no importa qué cantidad de leche se extrae en esta práctica.
- Cada grupo de cuatro se divide en dos pares de participantes. Cada par trabaja separadamente. Una persona del par habla con la madre, mientras que los otros observan. El facilitador circula entre las parejas observando y ayudando si es necesario. Las madres pueden no desear extraerse leche manualmente con un grupo observándolas.
- Para comenzar:
  - Preséntese a la madre y pídale permiso para hablarle.
  - Presente a su compañero y explique que ustedes están interesados en aprender acerca de la extracción manual de leche materna.
- Haga a la madre algunas preguntas abiertas acerca de cómo está ella, cómo está su bebé y cómo le está yendo con la alimentación, para comenzar la conversación. Anime a la madre a hablar acerca de ella misma y de su bebé. Sea conciente de que la madre puede estar extrayéndose manualmente por razones que no quiere discutir – no la presione a explicar. Si su bebé está enfermo muestre empatía. Sin embargo no necesita discutir la condición del bebé en detalle. Practique tantas habilidades de escuchar y aprender como sea posible.
- Pregunte a la madre si se extrae la leche manualmente.
  - Si se extrae la leche manualmente, pregúntele si puede mostrárselo a usted. Deje que ella le muestre sin interrupción, mientras usted observa la manera como lo hace – no la detenga ni le diga que está haciendo algo mal, aún cuando usted piense así.

- Si ella se siente cómoda, la leche fluye y está feliz con su técnica, alábela por lo que está haciendo bien, refuerce que la leche materna es lo mejor para los bebés y agradézcale por ayudarlo a aprender.
- Si la madre tiene dificultad con la extracción manual, haga algunos comentarios positivos y luego pregúntele si puede sugerirle algunas formas que pueden ser más fáciles para ella. Explique con palabras simples la razón para cualquier sugerencia que haga, por ejemplo, si usted sugiere que mueva sus dedos alrededor del pecho, explique que hay leche en todas las áreas del pecho y rotar los dedos ayuda a la leche a fluir de estas áreas.
- Si la madre no sabe acerca de la extracción manual, pregúntele si usted puede decirle por qué podría ser útil aprender la extracción manual de leche. Si ella está de acuerdo, explique algunas razones por las que la extracción manual puede ser útil para ella. Luego pregúntele si puede ayudarla a aprender cómo extraerse leche manualmente.

• Trate de encontrar una silla o una banqueta para sentarse, de modo que usted esté al nivel de la madre. Asegúrese de que la madre esté cómoda y que tenga alguna privacidad si es necesario.
• La madre puede extraer sólo una pequeña cantidad de leche para mostrarle a usted cómo lo hace o puede extraer una ración completa para su bebé, si éste recibe regularmente leche materna extraída. Si la madre le da la leche a su bebé, necesita lavarse las manos y preparar un envase adecuado para la leche, antes de la extracción.
• La primera vez que una pareja encuentre una madre que necesite ayuda para extraerse leche manualmente, pídale permiso a la madre para que se les una el facilitador. El participante ayuda a la madre a aprender cómo extraerse manualmente mientras el facilitador observa y ayuda si es necesario.
• El compañero deberá:
  - Permanecer callado atrás. Tratar de estar lo más quieto y callado posible. No comentar.
  - Hacer observaciones *generales* de la extracción manual – ¿la madre parece cómoda o parece que le duele; la leche fluye? Usted puede usar el folleto de Extracción Manual para que le ayude a recordar los puntos clave a buscar.
  - Hacer observaciones *generales* de la conversación entre la madre y el participante. Notar por ejemplo: ¿Quién habla más? ¿La madre habla libremente y parece disfrutar la discusión o le cuesta hablar?
  - Hacer observaciones *específicas* a las habilidades de comunicación del participante. Notar si usa comunicación no verbal útil, si usa palabras enjuiciadoras, o si hace muchas preguntas cerradas a los que la madre dice `SÍ' y `NO'.
• Cuando usted haya terminado de observar a cada madre:
  - Agradezca a la madre por su tiempo y cooperación y diga algo para alabarla y apoyarla.

- Vaya con su compañero a otra sala o área privada lejos de las madres para discutir sus observaciones.
- Discuta con su facilitador lo que usted notó acerca de la extracción manual y qué notó acerca de las habilidades de comunicación que el participante usó.

- Cada participante observará por lo menos a una madre extrayéndose leche manualmente. No todas las madres necesitarán ayuda para aprender cómo extraer manualmente.
- Mientras usted está en la sala o en el consultorio note:
  - si los bebés están en alojamiento conjunto con sus madres;
  - la presencia o ausencia de bombas de extracción;
  - cómo se manipula/almacena la leche materna para ser administrada después al bebé de cuidados especiales;
  - cómo se alimenta a los bebés de bajo peso o enfermos si no pueden mamar.
- No comente sus observaciones ni muestre alguna desaprobación mientras esté en el establecimiento de salud. Espere hasta que el facilitador lo invite a comentar en privado o en grupo.

  - Pregunte si los participantes entienden lo que van a hacer durante la práctica clínica y conteste cualquier pregunta. Dé directivas de cómo llegar al área de la práctica clínica.

2. Conduzca la práctica clínica – extracción manual

Instrucciones para el facilitador de cada grupo pequeño:

- Cuando llegue al área de la práctica clínica:
  - Preséntese usted y a su grupo a los miembros del personal a cargo.
  - Pregunte qué madres serían apropiadas para hablarles y dónde están.
  - Pregunte que, si usted encuentra una madre que necesita ayuda con la extracción manual de leche, sería correcto ayudarla o si ellos necesitan evaluar individualmente a cada madre antes que la ayuden.
  - Recuerde alabar lo que las madres están haciendo bien y ofrecer una pequeña cantidad de información pertinente si es apropiado.
- Las madres pueden necesitar algo para recoger su leche extraída – un pañal, algodón, lana o, si se va a almacenar la leche, un envase limpio. Si la leche se va a dar al bebé, la madre necesitará lavarse las manos primero.
- Vaya entre las 2 parejas de su grupo. Observe sus habilidades comunicación y cómo ayudan a la madre a aprender. Si es necesario, usted puede demostrarle a la pareja, si la madre lo desea
- Cuando el par de participantes termine de hablar con la madre, lleve al grupo lejos de la madre y discuta lo que observaron. Pregúnteles:
  - ¿Qué observaron en general sobre la madre y el bebé?
  - ¿Qué signos del folleto de la Extracción Manual observaron?
  - ¿Qué habilidades de comunicación observaron?

- Deje a los participantes comentar sobre su propio desempeño primero. Luego refuerce lo que ellos hicieron bien, déles información pertinente y sugiera los cambios que podrían hacer para que la próxima vez ellos ayuden a la madre.
- Si la madre tiene algunas buenas técnicas de extracción manual que los participantes no vieron, señálelas.

3. Discuta la práctica clínica – extracción manual

Todo el grupo regresa para discutir la práctica clínica.

Pida a los participantes que reporten brevemente lo que han aprendido.

- Pídales que comenten sobre:
  - Algunas situaciones especiales de madres y bebés y qué aprendieron de estas situaciones con respecto a la extracción de leche o sobre dar la leche extraída al bebé;
  - Sus experiencias usando las Habilidades de Comunicación.
    Dado los límites de tiempo, los participantes deben reportar sólo los puntos de especial interés, más que los detalles de cada madre y bebé.
- Los participantes pueden continuar la práctica de sus habilidades de observar y ayudar a las madres en otros momentos si es aceptable para las madres y para la sala del hospital o del consultorio. Anime a los participantes a practicar en parejas de modo que uno pueda observar las habilidades usadas y discutirlas más tarde con su compañero.
- Revise los puntos acerca de la práctica clínica que ayudarán a la siguiente práctica clínica a ir mejor.
  - Pregunte si hay alguna pregunta

4. Práctica clínica – demostración de alimentación con taza[5]

- La mayoría de los bebés serán capaces de alimentarse al pecho y no necesitan alimentarse con taza. Los trabajadores de salud necesitan conocer la técnica básica de cómo se hace la alimentación con taza de manera que se den cuenta que funciona.
- No todas las madres necesitan conocer cómo alimentar con taza a su bebé y usted no va a practicar enseñando esta habilidad a todas las madres. Usted verá una demostración de alimentación con taza de modo que comprenda cómo funciona.[6]
  Revise los principales puntos de la alimentación con taza del Capitulo 8.

Instrucciones para el facilitador

- Conduzca la demostración de alimentación con taza en pequeños grupos de modo que todos puedan ver y para evitar abrumar al bebé y a la madre.

---

[5] Si el bebé es prematuro o enfermo, el grupo representa un posible riesgo de infección. Trate de encontrar un bebé sano para demostrar la alimentación con taza.

[6] Puede asignarse tiempo adicional a la práctica clínica para dar oportunidad a los participantes de practicar a enseñar a las madres la habilidad de la alimentación con taza. Esta habilidad está explicada con más detalle en VIH and Infant Feeding: a training course, ya que la alimentación con taza es una habilidad que ncesitan conocer muchas madres que están dando alimento de reemplazo.

- Pregunte a una madre si usted puede demostrar la alimentación con taza alimentando a su bebé. Este puede ser un bebé que ya está recibiendo leche materna extraída o leche de reemplazo por taza o una madre a la que le gustaría aprender cómo se hace ésta.
- Use preguntas abiertas para preguntar acerca de su bebé y cómo se está alimentando el bebé. Explique a la madre por qué se usa la alimentación con taza a veces.
- Demuestre al grupo cómo alimentar con taza. Cuando termine, pregunte a la madre lo que pensó acerca de la alimentación con taza. Conteste las preguntas que la madre pueda tener acerca de la alimentación con taza.
- Luego aléjese de la madre y del bebé antes de discutir lo que los participantes observaron y aprendieron acerca de la alimentación con taza.
- Revise los puntos acerca de la práctica clínica que ayudarán a la siguiente práctica clínica a ir mejor.
  - Pregunte si hay alguna pregunta.

Taller "Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en un Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño"

PRÁCTICA

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Marque las habilidades usadas durante las prácticas

Entrevistador (Anote las iniciales del participante)												
Habilidades para escuchar y aprender:												
- Use comunicación no verbal útil.												
- Haga preguntas abiertas.												
- Demuestre interés y devuelva el comentario.												
- Dé muestras de empatía.												
- Evite palabras enjuiciadoras.												
Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo												
- Acepte lo que la madre piensa y siente.												
- Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien.												
- Dé ayuda práctica.												
- Proporcione información pertinente usando lenguaje apropiado.												
- Haga sugerencias, no dé órdenes.												

ANEXO N° 4

TALLER
¿Cómo hacer a tu establecimiento amigo de la madre y el niño?

OBJETIVOS:

Al completar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Conocer cómo hacer un plan para hacer los cambios necesarios en el establecimiento;
2. Planificar los cambios necesarios para convertir a su establecimiento en un Amigo de la Madre y el Niño.

MATERIALES:

Diapositiva T1: ¿Dónde estamos ahora?
Diapositiva T2: ¿Dónde queremos estar?
Diapositiva T3: ¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?
Diapositiva T4: ¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?
Diapositiva T5: ¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Copias de la Ficha Resumen del Plan (1 por grupo)
Papelógrafos (2-4 por grupo)
Plumones de colores

Taller
¿CÓMO HACER A TU ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO?

1. PLANIFICANDO EL CAMBIO

Originalmente desarrollado por Genevieve Becker y usado con permiso en el *Complementary Feeding Counselling Course*. WHO/UNICEF 2004.

Cómo el planificar puede ayudar al cambio

- Si se planifica el cambio en forma sistemática, es más probable que se logre progresar. Un plan ayuda a enfocar las actividades del proyecto en alcanzar el objetivo. Puede incluir un cronograma para mantener al proyecto en marcha. Puede también ayudar a establecer el presupuesto y a obtener fondos.
- Se usan muchos sistemas diferentes para la planificación, aunque la mayoría son similares y sólo tienen diferentes nombres.

- Muestre la Diapositiva T1 y léala en voz alta.

¿Dónde estamos ahora?

- El Instrumento de Autoevaluación ayudará a contestar esta pregunta. Hagan una lista de las barreras o dificultades que impiden que los trabajadores de salud o las familias lleven a cabo las prácticas apropiadas.
  Recuerden anotar las actividades que están yendo bien y que pueden reforzarse en su plan.

- Muestre la Diapositiva T2 y léala en voz alta.

¿Dónde queremos estar?

- Este Paso implica establecer sus metas u objetivos. Establecer un objetivo que sea medible, alcanzable, relevante, con límite de tiempo y específico, (objetivo MARTE)
- Si el objetivo es demasiado fácil, alguna gente se puede quedar atrás y no hacer nada porque siente que de todas maneras se dará. Si el objetivo es demasiado difícil o no parece pertinente, la gente puede pensar que nunca lo alcanzará y no lo intentará. Apunten a algo que sea realista para alcanzarlo dentro del periodo planeado.

- Muestre la Diapositiva T3 y léala en voz alta.

¿Cómo llegaremos a donde queremos estar?

- Cuando hayan decidido sus objetivos o metas, deben decidir las mejores acciones para alcanzar esas metas. Pueden realizarse muchas actividades diferentes. Lo que ustedes escojan depende de las necesidades del servicio, los recursos disponibles y la capacidad de implementar y sostener los cambios. No hay una sola actividad que sea la mejor para cada escenario.

- Es importante asignar cada meta o actividad a una persona que sea responsable de comprobar el progreso hacia la consecución de cada meta. Los grandes objetivos pueden dividirse en pequeños objetivos y repartirse entre cierto número de personas. Una persona no tiene que hacer todo.
- Establezcan un plazo para las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos. Dividir las tareas en actividades puede ayudar a alcanzar los objetivos en pocas semanas. Un objetivo que se espera alcanzar en un año, tiende a no trabajarse hasta tarde en el año.
- Planifiquen maneras de comprometer a sus compañeros de trabajo, a las familias que ustedes atienden y a líderes comunales, para establecer y alcanzar los objetivos.
- Cuando estén trabajando en este punto, consideren también qué recursos se necesitan para llevar a cabo las acciones.

- Muestre la Diapositiva T4 y léala en voz alta.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

- ¿Están yendo en la dirección correcta? ¿Han alcanzado su objetivo o meta? Si sus metas y actividades son específicas y medibles, es más fácil saber si las han alcanzado.
- Este paso tambien es llamado monitoreo y evaluación. El monitoreo puede ser llevado a cabo durante un proyecto o actividad para comprobar que la actividad está yendo en la dirección correcta. La evaluación puede ser llevada a cabo durante o después de completar el proyecto o actividad para medir la efectividad de la actividad. Sin embargo, las medidas de evaluación deben decidirse al establecer las metas, no después de que el proyecto ha terminado.

- Muestre la Diapositiva T5 y léala en voz alta.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

- La palabra "sostener" significa mantener algo funcionando en el futuro. Las prácticas sostenidas se consiguen haciendo que las nuevas prácticas sean parte del servicio regular y no actividades especiales que se practican sólo por corto tiempo.
- En su planificación, traten de encontrar una manera de conectar cada nueva actividad a una actividad o un proceso existente. Es a menudo más fácil ampliar una actividad existente que empezar una actividad completamente nueva.

- Presente el Plan de Muestra. Resalte cada paso del planeamiento.

Desarrollo de un Plan de Acción para un proyecto de la IHAMN

Usado con permiso de la Iniciativa de Hospitales Amigos de Irlanda.

Ejemplo de Alojamiento Conjunto
El objetivo es mejorar el número de madres y bebés en alojamiento conjunto las 24 horas del día.

¿Dónde estamos ahora? ¿Cuál es la situación actual?
La auditoría del alojamiento conjunto llevada a cabo el (fecha) _____ demostró:
___ % de madres y bebés que permanecieron juntos las 24 horas del día.
___ % de madres y bebés que permanecieron juntos durante el día pero no en la noche.
___ % de madres y bebés que no permanecieron juntos las 24 horas del día por indicación médica.
___ % que empezaron el alojamiento conjunto inmediatamente después de un parto normal.
___ % de madres cesareadas que empezaron el alojamiento conjunto dentro de la media hora en que fueron capaces de responder a su bebé.

¿Cómo nos gustaría que fuera la situación? ¿Cuál es nuestra meta u objetivo?
El (fecha) _____, una auditoría del alojamiento conjunto mostrará:
___ % de madres y bebés que permanecieron juntos las 24 horas del día.
___ % de madres y bebés que permanecieron juntos durante el día pero no en la noche.
___ % de madres y bebés que no permanecieron juntos las 24 horas del día por indicación médica.
___ % que empezaron el alojamiento conjunto inmediatamente después de un parto normal.
___ % de madres cesareadas que empezaron el alojamiento conjunto dentro de la media hora en que fueron capaces de responder a su bebé.
Las madres y bebés que no permanezcan juntos las 24 horas del día se registrarán en el _____ con el motivo para no estar en alojamiento conjunto.
Este registro se examinará cada 3 meses para ver si hay algún factor contribuyente a la separación en el alojamiento que pueda solucionrse.

¿Cómo conseguiremos nuestra meta? (Método)

Acción	Persona (s) Responsable (s)	Fechas de Inicio y Final
Se informará a todo el personal, profesional y auxiliar, que el alojamiento conjunto es la política estándar para todas las madres, mediante una publicación.		
Se instruirá a todo el personal sobre las razones para esta política, según sus áreas de responsabilidad, mediante una charla de 20 minutos.		
Se enseñará a todo el personal pertinente, cómo ayudar a las madres a acomodarse con sus bebés por sí mismas y a explicar la importancia del alojamiento conjunto a las madres/padres. Se instruirá al personal mediante una charla de 20 minutos y este tema se tratará durante el curso de 20 horas.		
Se explicará a los padres, mediante las sesiones prenatales y otras fuentes de información, la importancia del alojamiento conjunto, dado que es una política del hospital.		
Se registrarán a toda madre y bebé que no estén en alojamiento conjunto por indicación médica o a pedido de la madre, incluyendo el motivo. Este registro se verificará semanalmente durante el primer mes del proyecto y cualquier omisión se discutirá.		
Este registro se analizará al final de (un mes desde el inicio) y después, cada 3 meses, para ver si hay algunos factores contribuyentes a la separación en el alojamiento que puedan solucionarse. (solucionarlos sería un plan separado).		
El (persona designada) llevará a cabo una auditoria del alojamiento conjunto una noche por mes, escogida al azar, durante los siguientes 4 meses. Los resultados de esta auditoría se registrarán en _____ y se publicarán en el panel de las enfermeras en la sala.		

Este Plan de Acción se enfoca en el alojamiento conjunto. Se necesitaría hacer otros Planes de Acción para otras prácticas/pasos que necesitan atención.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta? (Evaluación)

El (fecha, quizás 4 meses del comienzo), las auditorías mensuales al azar muestran un incremento del alojamiento conjunto a los niveles de las metas arriba mencionadas.

Por una semana (fecha cerca de 4 meses del inicio), se colectan datos posteriores para averiguar las estadísticas en relación al grado de alojamiento conjunto

y cuán pronto comienza, como se delinea arriba. Esta colección de datos es responsabilidad de _____.

El registro del alojamiento separado se llenará con la ocurrencia, el tiempo y el motivo para la separación.

Una lista de motivos para el alojamiento separado y del número de ocurrencias de cada motivo será realizada por _____.

Una muestra de madres (todas las madres en una semana - fecha) a las que se ha pedido al alta completar un formulario corto respecto a sus experiencias en alojamiento conjunto. La persona responsable de diseñar este formulario_____, de verificar el llenado de los formularios _____ y el análisis y reporte de los hallazgos_____.

¿Cómo sostendrá la práctica? (Sostenimiento)

Auditoría de la adhesión a la política de alojamiento conjunto, una noche por mes al azar, verificada por (persona) _____ y registro de los resultados en_____ y publicados en la sala.

Registro de razones para el alojamiento separado en_____ y examinadas cada tres meses para buscar factores contribuyentes que necesiten tratarse. Responsable: _____.

Explicación de la importancia del alojamiento conjunto a las mujeres durante sus controles prenatales (no sólo en las charlas).Responsable:_____

Orientación del personal nuevo a la política del alojamiento conjunto. Responsable: _____.

Presupuesto (¿Qué recursos se necesitan para implementar la acción?)

Equipo: Pueden necesitarse cunas laterales si las camas son angostas, o camas más grandes.

Personal: Inicial –de reemplazo para el entrenamiento del personal asistencial, miembro del personal a ½ día por semana por x semanas para coordinador de proyecto u otra persona para educar al personal (depende del número de personal a educar), desarrollar el sistema de registro y evaluar el proyecto.

Seguimiento - 15 minutos por mes por persona para contar las cifras de alojamiento separado; 1 hora por mes para monitorear si las mejoras se mantienen y para orientar al personal nuevo.

Puede necesitarse personal adicional para asegurar el tiempo para discutir el alojamiento conjunto con las mujeres.

Fotocopias/impresión de folleto de información para el personal

Responsabilidad general del proyecto: _____

Fecha de inicio: **Fecha de finalización de la meta:**

2. PLAN PARA CONVERTIR A ESTE ESTABLECIMIENTO EN AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

Esta actividad consiste en hacer planes específicos para el cumplimiento de los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa, del Código de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna y del Reglamento de Alimentación Infantil, desarrollando las Guías de Producción, que se muestran más abajo.

Se divide a los participantes en grupos, que serán apoyados por los facilitadores. Según la procedencia de los participantes, se sugiere:

- si son de varios establecimientos, que se forme un grupo por establecimiento, que desarrolle todas las Guías.
- si son de un solo establecimiento, que cada grupo desarrolle una o dos Guías.

Cada grupo debe elegir un secretario y un relator.

Luego de la discusión y elaboración del plan en grupo, el secretario anota en un papelógrafo el resumen del Plan que el relator presentará en la Plenaria (Ver la Ficha Resumen del Plan, al final del Taller).

GUÍA DE PRODUCCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

PASO 1. *Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.*

¿Dónde estamos ahora?

¿Existe un Comité de Lactancia Materna en la institución? (Reglamento de Alimentación Infantil Cap. I, Art. 7° y 8°)

¿Dispone el establecimiento de una política o norma escrita sobre lactancia?

Si se dispone de la política o norma:

- ¿Comprende la norma los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna/Reglamento de Alimentación Infantil?
- ¿Protege la lactancia prohibiendo toda promoción de sucedáneos de leche materna, biberones y chupones?
- ¿Cómo se transmite esta norma al personal profesional y técnico del equipo de salud?
- ¿Está publicada, o se exhibe un resumen de la política, de modo que el personal pueda hacer referencia a ello y, si es así, el lenguaje es comprensible para las madres y para el personal?

¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se forme el Comité y se dé la norma? O, si ya los tienen, ¿para que el Comité se active y para que la norma se actualice y/o se difunda y publique?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Conformar un Comité de Lactancia Materna y/o hacer que el Comité se mantenga activo en forma permanente.
- Disponer de una norma escrita de lactancia que comprenda los Diez Pasos, el Código/Reglamento y/o que se ponga en conocimiento del personal.

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?

Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

PASO 2. *Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.*

¿Dónde estamos ahora?

¿La institución tiene un programa de educación continua dirigida a su personal?
¿Han hecho capacitación en lactancia materna en los últimos años? ¿Cuándo fue la última vez?
¿Todos los miembros del personal que presta asistencia a madres y niños están sensibilizados y capacitados para promover la lactancia materna y apoyar a las madres a ponerla en práctica en sus servicios?
¿La capacitación tiene un mínimo de 20 horas, incluyendo 3 horas de práctica clínica y comprende los 10 Pasos y el Código/Reglamento?
¿Todos los trabajadores del establecimiento, conocen las normas de lactancia de la institución y tienen la preparación suficiente para apoyar a las madres en la lactancia materna o para guiarlas para conseguir ayuda, si es necesaria?
¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se capacite al personal?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Un programa de Capacitación Continua en Lactancia Materna para todo el personal, que incluya los Diez Pasos, el Código y el Reglamento.
- La capacitación del personal asistencial debe incluir un curso de por lo menos 20 horas, incluyendo un mínimo de 3 horas de experiencia clínica supervisada.
- La orientación al personal nuevo dentro de los 6 meses de su ingreso al establecimiento.

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?

Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

PASO 3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica

¿Dónde estamos ahora?

¿Tiene el establecimiento un consultorio prenatal o consultorios prenatales periféricos?

Si tiene:

- ¿Se informa a las mujeres embarazadas acerca de la importancia y el manejo de la lactancia? ¿Reciben educación prenatal individual o en grupo sobre la lactancia?

Si la reciben:

- ¿Cubre los temas clave: la importancia de la lactancia materna y del contacto precoz piel a piel, el inicio temprano de la lactancia, el alojamiento conjunto, la lactancia a demanda y frecuente, la buena posición y agarre, la lactancia materna por 2 años y más, exclusiva los primeros 6 meses y continuada después con alimentos apropiados, y los riesgos de dar suplementos mientras amamantan los primeros seis meses?
- ¿La institución dispone de materiales educativos para trabajar con las madres?

¿Los registros de control prenatal indican si se ha hablado sobre la lactancia materna con las mujeres embarazadas? ¿Permiten identificar a las mujeres con riesgo para la lactancia materna?

¿Está disponible la historia prenatal de la madre en el momento del parto?

¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se brinde información a las gestantes?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Un programa de actividades educativas y de promoción de la lactancia materna para las mujeres embarazadas que cubra los temas clave.
- Disponibilidad de información escrita sobre el tema, para las gestantes.
- Registro de la información dada a la gestante.

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?

Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

GUÍA DE PRODUCCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

PASO 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Este paso es ahora interpretado como: **Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres, inmediatamente después del parto, por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciéndoles ayuda, si es necesaria.**

¿Dónde estamos ahora?

¿Se pone a los bebés, de parto vaginal o de cesárea sin anestesia general, en contacto piel a piel con sus madres, inmediatamente después del nacimiento, al menos una hora?

¿Se pone a los bebés nacidos por cesárea con anestesia general, en contacto piel a piel con sus madres, tan pronto ellas son capaces de responder y estar alertas?

¿Se ayuda a las madres, en ese momento, a reconocer los signos de que sus bebés están listos para mamar? ¿O son los bebés forzados a mamar antes de que estén listos?

¿Los profesionales tienen en cuenta si la mujer tiene la intención de amamantar, antes de emplear sedantes, analgésicos o anestésicos en el trabajo de parto?

¿Se anima a las madres con bebés en cuidados especiales a cargar a sus bebés, en contacto piel a piel, a menos que haya una razón justificada para no hacerlo?

¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se ponga en práctica este paso?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Una estrategia para poner en práctica el contacto piel a piel y la lactancia temprana, sin forzarla, tanto en recién nacidos de parto normal como de cesárea.
- Establecer la forma de que las madres con niños en cuidados especiales vean y toquen a sus hijos, lo más pronto posible y que hagan contacto piel a piel (mamá canguro)

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?

Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

GUÍA DE PRODUCCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

PASO 5. Mostrar a las madres cómo dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

PASO 6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

¿Dónde estamos ahora?

¿Existe personal capacitado en lactancia para ayudar a las madres durante su permanencia en el establecimiento?

¿Ofrece el personal ayuda a las madres con la técnica de lactancia después de la primera mamada o dentro de las 6 horas del parto?

¿Se muestra o se informa a las madres cómo extraer su leche manualmente y se les aconseja dónde pueden conseguir ayuda si la necesitan?

¿Reciben atención especial las madres que nunca han amamantado o que han tenido previamente problemas con la lactancia?

¿Se ayuda a las madres con bebés en cuidados especiales dentro de las 6 horas del nacimiento, para mantener la lactancia mediante extracción frecuente de leche y se les dice cuán a menudo deben hacerlo? ¿Se permite el ingreso a esas unidades a las madres para amamantar?

¿Ofrece el personal consejo sobre otras opciones de alimentación y cuidado del pecho a madres que no amamantan? ¿Se les enseña individualmente cómo preparar y dar alimentos a sus bebés?

¿El servicio tiene por norma ofrecer otros alimentos o bebidas además de leche materna?

¿En qué situaciones indican un alimento diferente a la leche materna?

¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se pongan en práctica estos pasos?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Una estrategia para poner en práctica la lactancia frecuente y exclusiva.
- Establecer la forma de ayudar, adecuada y oportunamente, a las madres que han de separarse de sus hijos, la manera de continuar con la lactancia

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?

Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?

Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?

Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

PASO 7. Facilitar la cohabitación de madres y bebés, durante las 24 horas del día.

PASO 8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida.

PASO 9. No dar a los niños alimentados al pecho, biberones ni chupones artificiales.

¿Dónde estamos ahora?

¿La madre y el bebé se quedan juntos y/o empiezan el alojamiento conjunto inmediatamente después del nacimiento?

¿Las madres que han tenido cesárea con anestesia general se quedan junto con sus bebés y/o inician el alojamiento conjunto en cuanto pueden responder a las necesidades de sus bebés?

¿Las madres y los recién nacidos permanecen juntos 24 horas al día, a menos que se justifique la separación?

¿Se enseña a las madres a reconocer las señales que indican que sus bebés están con hambre?

¿Se anima a las madres a amamantar a sus bebés tantas veces y por tanto tiempo como ellos quieran? ¿O se les indica el tiempo?

¿Se aconseja a las madres que si sus bebés duermen demasiado tiempo deben despertarlos y tratar de amamantarlos y si sus pechos se congestionan deben también tratar de amamantar?

¿Se usan biberones para alimentar a los bebés? ¿Se usan chupones de entretenimiento?

¿Se informa a las madres sobre los riesgos asociados a dar leche y otros líquidos con biberones?

¿Cuáles son las barreras o dificultades para que se pongan en práctica estos pasos?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Una estrategia para poner en práctica el alojamiento conjunto temprano y permanente, la lactancia a libre demanda y la erradicación de biberones y chupones.

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?
Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?
Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?
Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

GUÍA DE PRODUCCIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

PASO 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural.

EL CODIGO. Cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y del Reglamento de Alimentación Infantil.

¿Dónde estamos ahora?

¿Tiene el hospital un sistema de apoyo para madres después del alta, como controles postnatales o consultorio de lactancia, visitas domiciliarias, línea telefónica?

¿El establecimiento fomenta y/o coordina con grupos de apoyo y otros servicios comunitarios que brindan apoyo a las madres con la lactancia?

¿Se refiere a las madres al sistema de apoyo del establecimiento y a grupos de apoyo, consejeros pares y otros servicios de salud comunitarios, si están disponibles?

¿Conoce el personal el Código y el Reglamento?

¿El establecimiento de salud rechaza los suministros gratuitos o de bajo costo de sucedáneos de leche materna, comprándolos a precio de venta al por mayor o más?

¿No existe publicidad ni promoción alguna de sucedáneos, biberones ni chupones en el establecimiento?

¿Está prohibido que empleados de los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones o chupones, tengan cualquier contacto con mujeres embarazadas o madres?

¿El establecimiento rechaza regalos, literatura no científica, materiales, equipo, dinero y apoyo para la educación en servicio o eventos, de los fabricantes o distribuidores de productos comprendidos en el Código y el Reglamento?

¿Están todas las latas de fórmula infantil y los biberones preparados fuera de la vista?

¿El hospital se abstiene de dar a mujeres embarazadas, a madres y a sus familias, materiales de comercialización, muestras o paquetes de regalos que incluyen sucedáneos de leche materna, biberones, chupones, otro equipo o cupones?

¿Los miembros del personal entienden por qué es importante no dar muestras gratuitas o materiales de promoción de las compañías de fórmula a las madres?

¿Dónde queremos estar?

Fijar objetivos MARTE: que sean Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo y Específicos. Deben incluir:

- Sistemas de apoyo después del alta y una referencia sistemática a ellos.
- Difusión y socialización del Código y del Reglamento entre el personal.

- Sistema de monitoreo del cumplimiento del Código y Reglamento a cargo del Comité de Lactancia Materna.

¿Cómo llegaremos adonde queremos estar?
Elaborar un plan de acciones con responsables, plazos, recursos necesarios y fuentes de recursos.

¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?
Establecer el monitoreo y/o evaluación periódicos.

¿Cómo se sostendrá en la práctica?
Indicar la forma en que se harán sostenibles los objetivos alcanzados.

Taller “Cómo hacer a tu Establecimiento un Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño” - Ficha Resumen -

Grupo: Fecha:

Paso	¿Dónde estamos ahora?	¿Dónde queremos estar?	¿Cómo llegaremos?	¿Cómo sabremos que estamos yendo en la dirección correcta?	¿Cómo se sostendrá en la práctica?

BIBLIOGRAFÍA

GENERAL

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para Profesionales. Monografía de la AEP Nº 5. Ergon, Madrid, 2004. http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf
2. González R., Carlos. Manual Práctico de Lactancia Materna. ACPAM, Barcelona, 2008.
3. González R., Carlos. Un regalo para toda la vida, Guía de la lactancia materna. Primera edición, Artes Gráficas Huertas, Madrid 2006.
4. Lawrence R. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Sixth Edition, Elsevier Mosby, 2005.
5. Ministerio de Salud (MINSA). Texto para el Uso de Capacitadores en la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. MINSA, Lima, 1993.
6. Mohrbacher N and Stock J. The Breastfeeding Answer Book. Revised Edition, La Leche League International, Illinois, 1997.
7. OMS/UNICEF. Consejería en lactancia materna: un curso de capacitación, 1993.
8. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. Third edition. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 2005.
9. Riordan J. y Auerbach KG. Breastfeeding and Human Lactation. Second edition. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 1998.
10. Walker, Marsha. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. First Edition. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 2002.
11. WHO/UNICEF. Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital: A 20 hour Course for Maternity Staff, 2006.

CAPÍTULO 1.
POLÍTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA

1. Black, Robert E. et al. Child survival I. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 361:2226-34, 2003.
2. Horta B, Bahl R,Martines J,Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-analyses. WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992 (ENDES – PERU 1991/1992). Setiembre, 1992. www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR33/09Capitulo9.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES – PERU 1996). Junio, 1997. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR87/00%20Front%20Matter.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES – PERU 2000). Mayo, 2001. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR120/10Chapter10.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (ENDES continua – PERU 2004). Noviembre, 2005. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR174/PE04FR.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES CONTINUA Ciclos I - II Resultados preliminares marzo del 2006. Lima. INEI, 2006.
8. Jones, Gareth, et al. Child II. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362: 65-71.
9. Labbok, Miriam. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: More important and with more evidence than ever. Jornal de Pediatria - 83, 2: 99-101, 2007.
10. Linkages/AED/USAID/Red Peruana de Lactancia Materna. Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria en el Perú. Cormagraf, 2001.
11. Ministerio de Salud. Reglamento de Alimentación Infantil, D.S. N° 009-2006-SA (16/06/06). MINSA, 2006. http://www.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/DS009-2006-SA.pdf
12. Ministerio de Salud. Visita de monitoreo rápido del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y del Reglamento de Alimentación Infantil en hospitales priorizados. Ministerio de Salud, Agosto 2004.
13. OMS/OPS/ONUSIDA/UNICEF/JNFPA. El VIH y la alimentación infantil. Una guía para gerentes y supervisores de la atención en salud. Actualizado 2003.
14. OMS/OPS/ONUSIDA/UNICEF/JNFPA. El VIH y la alimentación infantil – Pautas para tomadores de decisiones. Actualizado 2003.
15. OMS/ONUSIDA/UNICEF/JNFPA. El VIH y la alimentación infantil: Marco para Acciones Prioritarias, 2003.

16. Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2003. http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2002.
18. Organización Mundial de la Salud. Protegiendo, promoviendo y apoyando la Lactancia – El rol especial de los Servicios de Maternidad. Una Declaración Conjunta de OMS/UNICEF. (1989)
19. Organización Mundial de la Salud. Evidencias de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. OMS/CHD/98.9
20. The Bellagio Study Group on Child Survival. Child survival V. Knowledge into for child survival. Lancet 362: 323-27, 2003.
21. UNICEF. 1946-2006 Unidos por la Infancia. Lactancia Materna una fuente de vida. http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf. (acceso: 05/03/07).
22. USAID Infant and Young Child Feeding Update. September, 2006. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/NUT1/NUT1.pdf
23. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and Infant Feeding Counselling: a training course. Geneva, 2000. WHO/FCH/CAH/00.3, UNICEF/PD/NUT/(J)00-2; UNAIDS/99.56E

CAPÍTULO 2.
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

1. Savage King, F. "Como ayudar a las madres a amamantar" UNICEF, Welstart International, Ediciones Zas, Honduras, 1996.

CAPÍTULO 3.
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

1. Hartmann P, Geddes D, Metoulas L. et al. Breast Anatomy. University of Western Australia's Human Lactation Research Group and Medela AG, Switzerland, 2006. www.medela.com/Breast_Anatomy.html
2. International Lactation Consultant Association. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. Second Edition, ILCA. June, 2005.
3. International Lactation Consultant Association. Evidence-Based Guidelines for Breastfeeding Management during the First Fourteen Days. First edition, ILCA. April, 1999.
4. Klaus M. Mother and Infant: Early Emotional Ties. Pediatrics 102, Nº 5, Nov. 1998.
5. Klaus M. y Kennel J. Care of the parents en Care of the High Risk Neonate by Klaus and Fanaroff. Quinta edición. WB Saunders Co., 2001.

6. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud. Lima, 2004.
7. Neville M. Physiology of lactation. Clinics in Perinatology 26: 251- 279, 1999.
8. Ramsay DT, Kent , Hartmann RA, Hartmann PE. J. Anat. June; 206 (6) 525 -534, 2005.
9. Wessinger, DA. A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. J Hum Lact; 14 (1):51-56), 1998.

CAPÍTULO 4.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

1. Buescher ES. Anti-inflammatory characteristics of human milk: how, where, why. Adv Exp Med Biol. 501:207-22, 2001.
2. de Rooy L. and Hawdon J. Nutritional Factors That Affect the Postnatal Metabolic Adaptation of Full-Term Small- and Large-for-Gestational-Age Infants. Pediatrics 109;e42, 2002. http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/3/e42
3. Diwakar KK, Sasidhar MV. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 87:F46–F48, 2002.
4. Grazioso C.F., Werner A.L., Alling D.W., Bishop P.R., Buescher E.S. Antiinflammatory effects of human milk on chemically induced colitis in rat. Pediatr. Research 42: 639-643, 1997.
5. Hausner H. et al. Differential transfer of dietary flavour compounds into human breast milk. Physiology & Behavior 95:118-124, 2008.
6. Hawdon JM, Ward Platt MP, Aynsley-Green A. Patterns of metabolic adaptation for preterm and term neonates in the first postnatal week. Arch Dis Child 67:357–365, 1992.
7. Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-analyses. WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
8. León-Cava, N. y col. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington. OPS, 2002. http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/res_lactacia_materna1.pdf
9. Mennela, JA. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics 107: 6 June , 2001. http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/6/

CAPÍTULO 5.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO – PASO 3

1. Savage King, F. "Como ayudar a las madres a amamantar" UNICEF, Welstart International, Ediciones Zas, Honduras 1996.

2. The MAIN Trial Collaborative Group. Preparing for breast feeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. Midwifery. Dec;10(4):200-14, 1994.
3. UNICEF/OMS. Práctica y Promoción de la Lactancia Natural en Hospitales Amigos del Niño: Curso de 18 horas para el personal de maternidad, 1993.
4. WHO/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative Revision Package. Section 2: Strengthening and sustaining the Baby-friendly Hospital Initiative: A course for decision-makers, 2006.

CAPÍTULO 6.

EL INICIO DE LA LACTANCIA

La lactancia materna y las prácticas del parto – PASO 4

1. Chalmers B. Appropriate technology for birth revisited. Br J Obstet Gynaecol 99: 709-710, 1992.
2. Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) Evidence Basis For The Ten Steps Of Mother-Friendly Care. The Journal of Perinatal Education16, Supplement, 1:1S-93S, Winter 2007. www.motherfriendly.org
3. Klaus M. Mother and Infant: Early Emotional Ties. Pediatrics 102, Nº 5, Nov. 1998.
4. Klaus M. y Kennel J. Care of the parents en Care of the High Risk Neonate by Klaus and Fanaroff. Quinta edición. WB Saunders Co., 2001.
5. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud. Lima, 2004.
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, R.M. Nº 598-2005-SA, N.T. N°033-MINSA/DGSP-V0.1, Ministerio de Salud. Lima, 2005. http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaciones-peru/Norma%20Tecnica%20para%20Atencion%20del%20Parto%20Vertical.pdf
7. Moore E., Anderson G.,& Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3) (3), 2007.
8. Odent, M. The first hour following birth: don't wake the mother! Midwifery Today Int Midwife. Spring; (61): 9-12, 2002
9. Righard L. & Alade, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 336:8723, 1105-7, 1990.
10. Rivara G. y col. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev. Peru. Ped. 60 (3): 140-9, 2007
11. Rivara G. y col. Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. Rev. Peru. Ped. 59: 18-25, 2006.
12. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet ii:436-437, 1985.

13. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care - a guide for essential practice. Department of Reproductive Health and Research (RHR), WHO Coalition for Improving Maternity Services (CIMS), 2003. http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/

CAPÍTULO 7.
¿CÓMO AYUDAR CON LA LACTANCIA? – PASO 5

1. Linkages/AED. Lactancia Materna Exclusiva: La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé. Preguntas más frecuentes. Hoja 5, 2002. http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions/FAQWaterSp.pdf
2. Savage King, F. "Como ayudar a las madres a amamantar" UNICEF, Welstart International, Ediciones Zas, Honduras, 1996.
3. UNICEF/OMS. Práctica y Promoción de la Lactancia Natural en Hospitales Amigos del Niño: Curso de 18 horas para el personal de maternidad, 1993.
4. WHO/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative Revision Package. Section 2: Strengthening and sustaining the Baby-friendly Hospital Initiative: A course for decision-makers, 2006.

CAPÍTULO 8.
SI EL BEBÉ NO PUEDE MAMAR – PASO 5

1. OMS. Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica WHO/CHS/CAH/98.14
2. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and Infant Feeding Counselling: a training course. Session 8. Geneva, 2000. WHO/FCH/CAH/00.3

CAPÍTULO 9.
PRÁCTICAS QUE APOYAN LA LACTANCIA – PASOS 6, 7, 8 y 9

1. International Lactation Consultant Association. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. Second Edition, ILCA. June, 2005.

CAPÍTULO 10.
PRODUCCIÓN DE LECHE

1. Powers, N. Cómo valorar el crecimiento lento en el lactante alimentado al pecho materno. Clin. Ped. NA 2:345-366, 2001.

2. WHO. Media Centre. Launch of the WHO Child Growth Standards. WHO, 2006. http://www.who.int/nutrition/media_page/en/

CAPÍTULO 11.
AFECCIONES DEL PECHO

1. WHO Mastitis: causes and management WHO/FCH/CAH/00.13
2. Wight, N. Asistencia en problemas frecuentes de lactancia materna. Clin. Ped. NA 2:319-344, 2001.

CAPÍTULO 12.
NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

1. Ludington-Hoe SM et al. Safe Criteria and Procedure for Kangaroo Care with Intubated Preterm Infants. Journal of Obst, Gyn & Neonatal Nurs 32 (5), 579–588, 2003.
2. WHO/UNICEF. Integrated Management of Childhood Illness: A WHO/UNICEF Initiative, In Bulletin of the World Health Organization, Supplement N° 1, vol. 75, 1997.
3. Wight N.E. Hypoglycemia in Breastfed Neonates. Breastfeeding Medicine 1, 4, 2006.
4. Wight N.E. Breastfeeding the Preterm Infant in the NICU:Application of Theory. La Leche League International Independent Study Module. LLLI, 1999.
5. World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update No. 9 (reissued, Nov. 1997).
6. World Health Organization. Hypoglycaemia of the Newborn – a review of the literature. Division of Child Health and Development and Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, 1997
7. World Health Organization. Kangaroo Mother Care - a practical guide. Department of Reproductive Health and Research, Geneva, 2003.
8. World Health Organization. Persistent Diarrhoea and Breastfeeding. Division of Child Health and Development Update. Geneva, 1997
9. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and Infant Feeding Counselling: a training course. Geneva, 2000. WHO/FCH/CAH/00.3

CAPÍTULO 13.
PREOCUPACIONES DE SALUD DE LA MADRE

1. CHD/WHO Hepatitis B and breastfeeding, UPDATE No.22, Geneva. November, 1996.

2. CHD/WHO Breastfeeding and maternal tuberculosis, UPDATE No. 23, Geneva February, 1998.
3. Comité de Lactancia de la AEPED. Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades. Web del Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta, Barcelona, España, 2008. http://www.e-lactancia.org/
4. Gartner LM y Herschel M. Ictericia y lactancia materna. Clin. Ped. NA 2:393-404, 2001
5. Hale, TW. Medications and Mother's Milk. Tenth edition. Pharmasoft Medical Publishing, 2002.
6. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 26626 para el Plan Nacional CONTRASIDA. D.S. N° 004-97-SA (17/06/97). MINSA, 1997.
7. OMS/OPS/ONUSIDA/UNICEF/JNFPA. Transmisión del VIH a través de la lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. Actualizado 2004.
8. WHO/UNICEF Breastfeeding and maternal medication: Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs CHD, WHO, Geneva, 2002. http://www.who.int/child-adolescent_health/documents/55732/en/index.html

CAPÍTULO 14.
APOYO CONTINUO PARA MADRES – PASO 10

1. Dennis, CL et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. CMAJ 166(1):21-8, 2002. http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/166/1/21
2. Green, C P. Mother Support Groups: A Review of Experience in Developing Countries. BASICS II. 1998 http://www.basics.org/publications/pub/msg/contents.htm
3. Instituto Nacional de Salud (INS)/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos de nutrición materno-infantil del Perú. CENAN, Ministerio de Salud, INS. Lima, 2004.
4. Merewood et al. The Effect of Peer Counselors on Breastfeeding Rates in the Neonatal Intensive Care Unit: Results of a Randomized Controlled Trial Arch Pediatr Adolesc Med. 160(7):681-685, 2006.
5. PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 2003
6. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) . Community based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. 2003

CAPÍTULO 15.
PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA

1. IBFAN Perú/CESIP/Ministerio de Salud/ /UNICEF. Informe Monitoreo Reglamento de Alimentación Infantil. Documento, MINSA, 2007.

2. IBFAN/ICDC. Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 10th edition, 2002.
3. IFE Core Group. Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias Guía Operativa para Personal de Mitigación de Emergencias y Administradores/as del Programa V.2.1, 2007.
http://www.ennonline.net/pool/files/ife/ops-g-spanish-240407.pdf
4. Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IFE) /UNICEF. Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Making it Happen. March, 2008.
http://www.ennonline.net/pool/files/ife/IFE%20Bali%20Report_Web.pdf
5. Ministerio de Salud. Reglamento de Alimentación Infantil, D.S. N° 009-2006-SA (16/06/06) MINSA, 2006. http://www.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/DS009-2006-SA.pdf
6. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. A common review and evaluation framework. WHO, Geneva, 1996.
7. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. WHO, 1981 and Relevant WHA resolutions.
http://www.ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html

CAPÍTULO 16.
HACIENDO A TU ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LOS NIÑOS

1. Organización Mundial de la Salud. Evidencias de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. OMS/CHD/98.9
2. WHO/UNICEF. Hospital Self-Appraisal Tool for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative and the Global Criteria, 2006.
3. WHO/UNICEF. Hospital Self-Appraisal Tool for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative and The Global Criteria, 2006.
4. Becker G. In WHO/NHD/CAH Complementary Feeding Counselling: A training Course. Geneva, Session15.

www.minsa.gob.pe

Lima - Perú 2009