



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS PREMATUROS

Autora: Sara Sánchez García

Tutora: Rosa M^a Revilla

Cotutora: M^a Ángeles Barba



ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	4
Material y método.....	4
Desarrollo del tema.....	5
– Capítulo 1: Habilidades de comunicación en la consejería de lactancia materna.....	5
1.1 Características de una buena consejería materna.....	5
1.2 Primer contacto y establecimiento de la relación materno-consejera...6	
1.3 Técnicas de comunicación.....	6
– Capítulo 2: La lactancia materna en el niño prematuro.....	8
2.1 Beneficios de la lactancia materna en niños prematuros.....	8
2.2 Composición de la leche materna de la madre prematura.....	9
2.2 Importancia del calostro.....	10
– Capítulo 3: Estimulación del reflejo de succión en el bebé prematuro para el establecimiento de la lactancia.....	11
– Capítulo 4: Posiciones de amamantamiento para un bebé prematuro.....	13
– Capítulo 5: Cuidados para el inicio y mantenimiento de la lactancia.....	15
5.1 ¿Cuándo comenzar con la lactancia materna?.....	15
5.2 Estimulación para la producción de la leche y extracción de la misma.....	16
5.2.1 Consejos para una estimulación y extracción satisfactoria.	16
5.2.2 Estimulación para la producción de la leche.....	17
5.2.3 Extracción manual de la leche.....	18
5.2.4 Extracción mecánica.....	19
5.2.5 Frecuencia y tiempo de extracción.....	20
5.3 Conservación de la leche y recipientes de recogida.....	20
– Capítulo 6: Método madre canguro.....	22
Conclusión.....	23
Bibliografía.....	25



RESUMEN

La consejería en lactancia materna consiste en proporcionar una información adecuada sobre la lactancia materna a las madres lactantes a través de una buena comunicación, esto permite a las madres que puedan expresar todas sus dudas y ser resueltas por el profesional. La comunicación entre el profesional y la madre lactante cobra más importancia cuando se tratan de madres de niños prematuros porque van a pasar por una experiencia complicada en el desarrollo de sus hijos y van a necesitar mucho apoyo e información. En este trabajo se aporta información acerca de cómo llevar a cabo la consejería en lactancia materna además de información sobre la lactancia en los niños prematuros.

Palabras clave: lactancia materna, bebé prematuro, consejería en lactancia materna, comunicación consejera-materna

Simbología

- RNBP (Recién Nacido de Bajo Peso).
- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia).
- RNMBP (Recién Nacido de Muy Bajo Peso (<37 semanas; <1.500 kg)).
- SG (Semanas de Gestación).
- M.M.C (Método Madre Canguro).



INTRODUCCIÓN

Un bebé prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y cuya patología predominante es la prematuridad. Va a tener una inmadurez del reflejo de succión y en la coordinación con la deglución¹ entre otros aspectos; lo que hace que sea más importante elaborar una cuidadosa consejería en lactancia materna en relación con los cuidados que se deben de seguir tanto en la madre prematura como en el bebé para poder lograr que sea eficaz y duradera.

La lactancia materna es definida por la OMS y UNICEF como “una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”² por lo que la lactancia materna constituye un pilar fundamental ya no solo para el bebé nacido a término sino para el bebé prematuro al cual le ofrece un gran avance en su recuperación.

Este trabajo se ha realizado con el fin de unificar criterios para un manejo correcto de la información por parte de los profesionales a la hora de realizar la consejería en lactancia materna.

La información dada en la consejería tiene que ser veraz y humanizada, veraz porque se trata de conseguir que la información que se va a aportar a los familiares tenga un fundamento científico y esté unificada entre los distintos profesionales; y humanizada porque la situación psicológica en la que se encuentran los familiares cuando el bebé prematuro es ingresado supone a los padres un gran estrés e incertidumbre acerca de su futuro. Van a ver a su bebé lleno de aparataje hospitalario, van a sufrir una dura separación de él y les van a surgir muchas dudas y miedos ante la nueva situación, a veces, inesperada. Todo ello requiere de ciertas aptitudes en el manejo de la información por lo que se deben tener claros los aspectos fundamentales de la lactancia materna en la prematuridad además de llevar a cabo una buena comunicación.

El profesional que ofrece una consejería en lactancia materna debe de ser un profesional instruido en el tema de la lactancia en todos sus aspectos y ya no solo en la materia sino también en la manera de comunicarse, por ello con este trabajo se pretende recoger la información más importante que se debe aportar y la manera de hacerlo con el fin de poder elaborar una guía para uso profesional.



OBJETIVOS

General

- Recoger los aspectos más importantes para realizar una adecuada consejería en lactancia materna por parte de los profesionales y dirigida a niños prematuros ofreciendo una información veraz, unificada y humanizada a las familias y todo ello encaminado a la posible realización de una guía de lactancia materna en niños prematuros para conseguir una lactancia feliz y duradera.

Específicos

- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los padres del recién nacido prematuro.
- Sensibilizar a los profesionales acerca de la prematuridad y el beneficio de la lactancia materna en el bebé prematuro.
- Ofrecer información acerca de las técnicas llevadas a cabo en prematuro para el establecimiento de la lactancia.
- Aconsejar acerca de las mejores posturas en el amamantamiento de un bebé prematuro
- Facilitar información sobre los cuidados de la madre lactante para el mantenimiento de la lactancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hace una revisión bibliográfica para la cual se ha recurrido a libros, artículos académicos, páginas de internet y bases de datos electrónicas para conseguir una información actualizada.

Las bases de datos consultadas y la estrategia de búsqueda utilizada en cada una de ellas ha sido:

- Cuiden: Prematuro, alimentación.
- Scielo: Reflejo de succión, (lactancia) AND (prematuros).
- Google académico: lactancia materna en prematuros, consejería en lactancia materna, madre método canguro.



DESARROLLO DEL TEMA

CAPITULO I: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA²

En la consejería de lactancia materna, además de proporcionar una información adecuada y verídica, tienen que dominar ciertas habilidades en la comunicación como “saber escuchar y entender lo que se nos está diciendo” (escucha activa), así se podrá lograr una lactancia materna duradera y que sea satisfactoria. Con ello se permitirá a la madre expresar todas las dudas y problemas que tenga, así se podrá asesorar y guiar de una manera adecuada.

Hay que tener en cuenta que nos comunicamos con mujeres que tras el parto viven sus sentimientos de manera diferente. Los sentimientos son mucho más intensos, sienten alegría, tristeza, euforia y cansancio todo ello resultado de la tensión vivida durante el proceso del parto.

1.1 Características de una buena consejería materna.

La persona que ejerce la consejería en lactancia materna tendrá que tener las siguientes características bien definidas:

- Actitud abierta: debe mostrarse abierta hacia los sentimientos, valores y creencia de la madre, “ante todo la madre es la que decide como amamantar a su hijo”.
- Capacidad de escucha: pondrá y mostrará atención en todo momento a todas las necesidades que tenga la madre durante la consejería, escuchándola y comprendiéndola.
- Disposición: tiene que tener una buena disposición para poder realizar una buena consejería evitando los juicios de valor previos. Se valorarán todos sus deseos, dudas y necesidades.
- Empatía: la empatía en la consejería es uno de los factores más importantes. Se deberá aceptar a la madre, sus sentimientos y emociones además de no emitir juicios de valor hacia su persona. La madre deberá percibir empatía y comprensión por parte del profesional. Esto llevará a una buena comunicación consejera-materna en la que la



madre podrá expresar todos sus sentimientos de manera inmediata y con seguridad.

- Paciencia: se debe esperar a que la madre exprese sus sentimientos, dudas, miedos por si misma además de esperar a que el aprendizaje sea satisfactorio.

1.2 Primer contacto y establecimiento de la relación materno-consejera

En primer lugar es necesario presentarse para establecer una comunicación más cercana aportando nuestro nombre y nuestro cometido en esa situación.

La madre puede negarse a recibir asesoramiento por lo que será necesario pedir permiso antes de comenzar la consejería. Hay mujeres que no necesitan o creen no necesitar ayuda a la hora de amamantar a sus hijos por lo que ante todo se respetará las decisiones maternas.

El profesional debe tener una actitud tranquila, receptiva y estar seguro de sí mismo, con ello se transmitirá a la madre seguridad a la hora de expresar sus problemas.

Es fundamental conocer a la madre desde muchos aspectos con ello podremos saber quién es, que quiere, por qué hace las cosas y por qué no corrige ciertas actitudes erróneas.

1.3 Técnicas de comunicación a la hora de ofrecer información sobre lactancia materna.

a. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal se refiere a la actitud que se muestra a la madre.

Para conseguir una adecuada comunicación no verbal es necesario:

- Mantener una postura correcta: deberá ser cercana manteniendo el espacio vital de la madre.
- Expresión de la cara: se debe mostrar interés por toda la información dada por la madre para que sienta que estamos interesadas en lo que nos cuenta.



- Contacto físico: un contacto físico adecuado ayudará a la hora de establecer un vínculo de confianza mayor ya que así se trasmite una fuerte carga emocional.

A la hora de hablar o acercarnos a la madre se debe adoptar una postura de cercanía. Nos debemos poner a la altura de la madre para no demostrar superioridad y evitar cierto grado de intimidación. Con este tipo de comunicación la madre sentirá cercanía y confianza a la hora de transmitir sus sentimientos.

b. Preguntas abiertas.

Se harán preguntas abiertas para que la madre pueda aportarnos libremente toda la información que nos quiera proporcionar. Estas preguntas suelen empezar por “¿Cómo?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿por qué?,...”

Este tipo de preguntas se suelen utilizar para comenzar y continuar una conversación con la madre.

A veces es necesario realizar alguna pregunta cerrada para obtener información más precisa y luego continuar con una pregunta abierta.

c. Gestos y respuestas que muestran interés.

Cuando la madre esté expresando sus preocupaciones deberemos mostrar interés sobre el tema del que nos está hablando, además de dejarla terminar aunque sepamos lo que va a decir.

Una de las maneras de demostrar el interés por un tema es valernos de una sonrisa, de una mirada, movimientos de la cabeza como asentir y emplear palabras cortas como “aja”, “claro”, “ya veo”.

d. Devolver el comentario.

Esta técnica consiste en repetir lo que la madre ha dicho para demostrar que estamos escuchándola. Hay que tratar de decirlo de una manera similar pero no igual. También podemos hacer un breve resumen de lo que ha dicho cuando finalice de esta manera también la haremos ver que estamos atentos a todo lo que dice.



e. Empatizar

Cuando veamos oportuno habrá que hacer gestos que demuestren empatía con ello transmitiremos a la madre que sabemos cómo se siente, que estamos comprendiendo todas sus preocupaciones de una manera cercana.

f. Aconsejar.

Ante todo, durante la conversación con una madre lactante no se deberán emitir juicios hacia ella ni usar palabras enjuiciadoras como correcto, mal, bien,...

No se trata de corregirla sino de aconsejarla, tratar de entenderla y ayudar a decidir qué hacer para evitar que la madre sienta frustración o sienta que está equivocada.

Por otro lado a veces es necesario utilizar palabras enjuiciadoras “buenas” para que refuercen la confianza en ellas mismas.

CAPITULO 2: LA LACTANCIA MATERNA EN EL NIÑO PREMATURO

2.1 Beneficios de la lactancia materna en niños prematuros.

La leche materna es el alimento ideal para un bebé prematuro. La leche de una madre con un parto pretérmino (madre prematura) va a ser diferente a la de una madre con un parto a término (madre a término). Su leche se va a adaptar a las necesidades especiales del bebé prematuro y se igualará en 3-4 semanas a la de un parto a término.³

La leche prematura les va a aportar numerosas ventajas que se encuentran recogidas en el cuadro nº 1:



Cuadro nº1: Beneficios de la provisión de leche humana a neonatos prematuros
✓ Incidencia menor de infecciones.
✓ Disminución de ECN (Enterocolitis Necrosante).
✓ Disminución de la diarrea y las infecciones de las vías urinarias.
✓ Disminución de la sepsis de inicio tardío.
✓ Disminución de la otitis media.
✓ IgA, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, nucleótidos, citosinas, factores de crecimiento, enzimas, antioxidantes y aminoácidos específicos que pudieran contribuir al mejoramiento de las defensas del hospedero.
✓ En cuanto al neurodesarrollo: mejoramiento del desarrollo cognitivo a largo plazo.
✓ Mejoramiento de la función visual.
✓ Disminución de la retinopatía de la prematurez.
✓ Efecto protector contra la enfermedad atópica en lactantes con riesgo elevado a presentarla
✓ Vaciamiento gástrico más rápido.
✓ Mejoría de la actividad de la lactasa.
No están bien identificados los factores que influyen sobre la evolución del neurodesarrollo pero pueden ser entre otros, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, colesterol, antioxidantes, taurina, factores de crecimiento y factores maternos desconocidos.

. Bhatia J. Leche Humana y el neonato prematuro. Ann Nutr Metab 2013;62 (2): 8-14.

2.2 Composición de la leche de la madre prematura

Los nutrientes recogidos en el cuadro nº 2 están en una mayor proporción en la leche de madres prematuras que en la leche de madres a término y además van a variar según el grado de prematuridad del niño

Hay que tener en cuenta que para un gran prematuro (RNMBP) es necesario añadir fortificantes a la leche materna.

Los fortificantes son suplementos que añadidos a la leche de la propia madre, aportan, fundamentalmente, calcio, fósforo y proteínas y un aporte calórico extra y cuyo objetivo es cubrir las necesidades de los recién nacido prematuros de muy bajo peso que se alimentan con leche materna exclusiva.⁴



Proteínas: - Más taurina, leucina, glicina, cistina. - Menos fenilalanina, metionina y tirosina (potencialmente tóxicos). -Aporta lactoferrina, lisozima, IgA.	Na	Carbohidratos: -Lactosa Humana: absorben un 90%, flora intestinal no patógena, mayor absorción de minerales.	Grasas: -Más ác. grasos de cadena media y larga (omega3) -Más colesterol , fosfolípidos, MCT, lipasas y carnitina
	Cl		
	K		
	P		
	Ca	*Solamente el Ca y P estás en menor cantidad.	

Cuadro nº2: Gómez A. Lactancia materna en prematuros. Bol Pediat 1997; 37 (161): 147-152.

2.3 Importancia del calostro.

Durante los primeros días después del parto la madre va a producir una leche de aspecto amarillento y espeso que se denomina calostro. Se considera la leche más protectora y una madre pretérmino lo producirá más tiempo que una madre a término.⁴

Entre los beneficios que aporta el calostro podemos encontrar: gran cantidad de anticuerpos, reduce el crecimiento de bacterias nocivas y tiene componentes que atacan directamente a algunos gérmenes. Además contiene muchos leucocitos, previene la ictericia y actúa como purgante ayudando en la eliminación del meconio. Las primeras gotas de calostro contienen la mayor concentración de anticuerpos y a medida que va saliendo, su número disminuye.⁴

Es recomendable ofrecer al prematuro la posibilidad de tomar el calostro aunque sea una cantidad mínima o esté con “terapia intravenosa”. En este último caso, se puede depositar un poco en sus mejillas para que su sistema linfático lo absorba, y si es posible, depositar una pequeña cantidad en la boca.⁴

*“El calostro tiene más de 60 componentes, 30 de los cuales son exclusivos de la leche humana. Es especie-específico, es decir que ha sido diseñado y perfeccionado por la naturaleza para bebés humanos”.*⁵



CAPITULO 3: ESTIMULACIÓN DEL REFLEJO DE SUCCIÓN EN EL BEBÉ PREMATURO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA

El bebé prematuro < de 32 SG presenta una incoordinación de las funciones de succión-deglución-respiración, la coordinación se va adquiriendo a partir de las 32 SG y madura hasta la 40 SG.⁶

Al no contar con el desarrollo de estas funciones, la nutrición oral en el bebé prematuro no es posible por lo que se va a recurrir a una serie de estrategias para conseguir el aprendizaje y el posterior amamantamiento correcto.

La alimentación en un prematuro va pasando por una serie de etapas en las unidades de neonatología con la ayuda de los diferentes profesionales y familiares del bebé.

En esta evolución los padres y la consejera en lactancia materna juegan un papel crucial. Durante la consejería se ha de explicar todo procedimiento y todo cambio que se produce en el niño animando a los padres a seguir con ello y haciéndoles sentirse participes en la evolución del bebé.

Es un periodo que requiere de una observación intensa por parte del profesional hacia las conductas y necesidades del bebé y el estado anímico de los padres.

Se habla de dos tipos de succión: la succión no nutritiva y la succión nutritiva⁶:

- La succión no nutritiva está presente a partir de la 18 – 24 SG. En esta no está implicada la alimentación y hay una incoordinación con la deglución. Es utilizada para calmar la ansiedad del bebé en los procedimientos terapéuticos, dar a los padres un papel más importante en la recuperación de su hijo y ayudar al desarrollo de la succión nutritiva. La técnica se lleva a cabo mediante la estimulación perioral y posteriormente intra-oral con “un chupete, un dedo de guante o el pezón con el pecho vacío”.⁶
- La succión nutritiva puede empezar a realizarse a partir de las 32 SG y alcanza su maduración aproximadamente entre las 32 y la 40 SG. Está presente en la alimentación y va adquiriendo coordinación con la



deglución. El prematuro es alimentado mediante una sonda orogástrica por gravedad o con bombas de infusión. Durante la administración del alimento se procede a la estimulación nombrada anteriormente (perioral e intra-oral).⁶

El paso de la succión no nutritiva a la nutritiva se hace progresivamente según las características y la adaptación del niño. Hay que tener en cuenta la estabilidad cardio - respiratoria del prematuro., se puede empezar ofreciéndole pequeñas cantidades de leche, mediante una jeringa para no confundirle con tetinas de biberón y completando la toma mediante las sondas orogástricas.⁶

Poco a poco adquirirá la coordinación de las funciones succión – deglución y respiración e ira cogiendo más fuerza, en ese momento se podrá pasar al pecho lleno. El paso al pecho lleno es una situación que requiere de mucha paciencia. En los bebés prematuros es necesario animarles a mamar y ofrecerles la oportunidad para succionar.⁷

Al principio se recomienda a las madres que saquen un poco de leche del pecho para que al bebé le sea más fácil mamar.

A veces es efectivo antes de ponerles en el pecho tocarles la boca para despertar el reflejo de búsqueda, el bebé volverá la cabeza y abrirá la boca.⁷

El bebé prematuro realiza succiones cortas , se quedan dormidos rápidamente y no completan las tomas por lo que se recomienda a las madres que se saquen la leche del final de la tetada para después completar la toma, ya que es la parte más grasa y calórica y debido al cansancio el bebé no logra sacarlo los primeras veces.

Está demostrado que la utilización de chupetes o biberones conlleva un patrón de succión diferente provocando en el pretérmino una respiración irregular, una disminución de la saturación, requiere más energía del pretérmino que con el pecho, tiene más posibilidades de atagantamiento, tos y el bebé escupe la leche por lo que sólo se recurrirá al biberón en situaciones excepcionales.⁷

El tiempo que tarda el prematuro en pasar por las diferentes etapas no se puede generalizar, cada pretérmino es diferente, por lo que es un proceso que puede durar días o meses.

Como se ha dicho anteriormente se trata de una situación que requiere de mucha paciencia y ayuda por parte de los profesionales instruidos en ello que serán un apoyo importante para estos casos.

CAPITULO 4: POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO MÁS RECOMENDADAS PARA UN BEBÉ PREMATURO

Un bebé prematuro estará listo para mamar cuando coordine la succión, deglución y respiración, no se atragante al tragar, haga gestos con la boca como succionar, lamer, buscar,..., succione un chupete, tenga períodos de desvelo y alerta y tolere el cuidado canguro.⁸

A la hora del amamantamiento debemos tener en cuenta que contamos con un bebé pequeño, más débil y menos estable por lo que dar de mamar no va ser tan sencillo **como** si fuera a un bebé a término por ello se recomiendan algunas posiciones que ayudan a estos bebés en la toma del pecho:

- “Posición transversal”: Consiste en colocar una almohada sobre el regazo de la madre y colocar al bebé sobre ésta. La nariz, ombligo y rodillas del bebé deben quedar alineados frente a la madre. Una de las manos se utilizará para sostener al bebé, sosteniendo la cabeza, cuello y hombros, y la otra se utilizará para sostener el seno.⁸
- “Posición de balón de fútbol americano”. Consiste en colocar una almohada a lo largo del costado de la madre, en el lado del pecho que se va a dar. Se coloca al bebé debajo del brazo para que sus piernas y pies se queden debajo de la axila de la madre. La nariz y la boca del bebé tienen que estar cerca del pezón. La mano se colocará alrededor de la parte posterior del cuello del bebé sujetando la cabeza, cuello y hombros. El antebrazo puede utilizarse para apoyar el torso del bebé. La otra mano sujetará el seno colocando el dedo pulgar sobre la areola y el dedo índice por debajo del seno.⁸



Copyright © 2008, University of Washington. All rights reserved.



Puede ser que el reflejo de succión sea débil aún, por lo que se puede presionar el pecho con el **pulgar** en la parte superior y el dedo medio e índice en la parte posterior, lo que aumentará el flujo de leche y facilitará la succión al bebé.

En cualquiera de estas posturas anteriores u otras, hay que tener en cuenta ciertos puntos

claves para una buena postura de amamantamiento:

- **Posición de la madre:** es importante que esté relajada y cómoda, si está sentada, la silla tendrá un respaldo recto para que la espalda de la madre quede recta, los pies se colocarán apoyados en el suelo y las rodillas ligeramente elevadas para lo que puede ser útil el uso de un reposapiés para su comodidad.⁹ Los brazos pueden ir apoyados sobre una almohada para no cargar con todo el peso del bebé.
- **El pecho:** tiene que estar situado delante del bebé, nunca encima. Si el pecho fuera demasiado grande se sujetará en forma de “C” (el pulgar por encima y los demás dedos por debajo).⁹
- **Posición del bebé:** La nariz del bebé deberá estar situada a la altura del pezón y el cuerpo estará alineado (oreja, hombro, cadera).⁹ Se colocará ombligo con ombligo de la madre. Los brazos del bebé quedarán uno por encima del pecho y el otro rodeando el cuerpo de la madre.

En cuanto a los signos externos a observar durante el amamantamiento:

- La boca deberá estar abierta para lo cual se puede estimular la abertura con el roce del pezón con el labio inferior y se llevará el niño hacia el pecho y no al contrario.
- Se esperará a que el bebé abra la boca y se moverá al bebé rápidamente hacia el pecho con el labio inferior en dirección hacia la parte inferior del pezón.²
- Los labios quedarán evertidos hacia afuera como la “boca de un pez” y la barbilla apoyada en el pecho de la madre.



- Se verá más areola por encima que por debajo.⁹ En el caso de los niños prematuros a veces esto es complicado porque la abertura de la boca es insuficiente por lo que se procurará meter el pezón completamente.
- La lengua debe quedar por debajo del pecho.⁹
- Se observará un movimiento de mandíbula, sien y oreja, con las mejillas redondeadas.⁹
- Mientras mama el pecho se verá más redondeado y no sentirá ninguna sensación dolorosa.⁹
- Las **tomas** las dará lentas y profundas, seguidas a veces de alguna pausa y se podrá oír al bebé deglutiendo.²

Primero ofrecerá un pecho para asegurar que tome el principio y el final de la toma. En el caso de que el pecho no se vaciara se procedería a la extracción de la leche restante de forma manual o mediante un sacaleches ya que es la que tiene el mayor contenido calórico.

CAPITULO 5: CUIDADOS DE UNA MADRE LACTANTE PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA

5.1 ¿Cuándo comenzar con la lactancia materna?

Madre e hijo necesitan estar juntos inmediata, temprana y frecuentemente para establecer una relación satisfactoria y una producción adecuada de leche.

(La Leche League's Philosophy)

Lo ideal es que el recién nacido sea colocado encima de la madre nada más nacer (contacto precoz) ya que a los 20 minutos según los estudios de Righard y Alade el recién nacido empieza a reptar hacia el pecho si el contacto con la madre no ha sido interrumpido en ningún momento y en unos 50 minutos ya están succionando¹⁰.

El contacto con la madre debería ser continuo por lo menos la primera hora después del parto o la primera hora después de tomar el pecho, pero todo esto es posible si nace a término o sin ninguna patología.



Este hecho está estrechamente relacionado con la duración de la lactancia materna y con la autoconfianza de la madre además de que refuerza el vínculo materno-filial.

Un RNMBP es llevado a la incubadora nada más nacer por lo que hace difícil realizar lo anteriormente citado. El inicio de la lactancia materna está más relacionado con el comienzo de la producción de la leche de la madre y con la estabilidad funcional del prematuro.

Será necesario llevar cabo una serie de estrategias tanto en la madre como en el RNMBP para el comienzo de la lactancia y la prolongación de la misma.

5.2 Estimulación para la producción y extracción de la leche

Para aconsejar correctamente como realizar la estimulación y extracción de la leche materna hay que tener los conocimientos necesarios acerca de la fisiología de la lactancia ya que es importante saber cómo se lleva a cabo su producción y las hormonas que influyen en ésta. Podemos encontrar información acerca de la fisiología en el anexo 1 del documento.

Al no contar con el reflejo de succión ni con la proximidad del recién nacido es más complicado que se produzca el establecimiento de la lactancia o el mantenimiento de la misma.

La extracción de la leche se debe comenzar lo antes posible ya sea de manera manual o mediante sacaleches. Su producción está estrechamente relacionada con la frecuencia y el tiempo de las extracciones.

5.2.1 Consejos para una estimulación y extracción satisfactoria.

- Lavado cuidadoso de manos. Es necesario tener en cuenta las correctas medidas de asepsia en todo procedimiento.
 - Retirar anillos, pulseras y relojes para el lavado de las manos.
 - Mantener las uñas cortas naturales, sin esmaltes y el pelo deberá estar recogido.¹¹
- En cuanto a la higiene del pecho, es suficiente con la ducha diaria con agua y jabón.¹¹ No es necesaria su limpieza después de las extracciones.

No es aconsejable el uso de aceites o cremas en el pezón y areola a no ser que se trate de algún tratamiento necesario.

- Buscar un lugar cómodo, alejada de cualquier fuente estresante.
- Si es posible, tener al bebé en contacto con la piel (MMC) para estimular el reflejo de oxitocina, si el contacto no fuera posible también ayuda tener una fotografía del bebé.
- Calentar los pechos aplicándose agua tibia (realizar la extracción después de una ducha ayuda).
- Estimular los pezones con masajes suaves.
- Evitar tocar el interior de los botes y tapas donde se va a depositar la leche.¹¹ Los recipientes deberán estar totalmente estériles.

5.2.2 Estimulación para la producción de la leche¹⁰

Antes de proceder a la extracción de la leche se recomienda hacer unos ejercicios previos para la estimulación de la misma.

1. Masajear los pechos de la siguiente forma:

- a. Se deben hacer movimientos circulares con los dedos en la parte superior del pecho en un único sitio.
- b. Después se pasará a otro lugar del pecho y así sucesivamente hasta recorrerlo todo desde fuera hasta la areola.



2. Dar pequeños toquecitos con las yemas de los dedos desde la parte superior del pecho hacia el pezón. Se deberá hacer por todo el pecho. El movimiento es similar a los radios de una bicicleta.
3. Por último, se procederá a la sacudida del pecho, inclinada hacia delante, de forma que la gravedad actúe en la bajada de la leche.

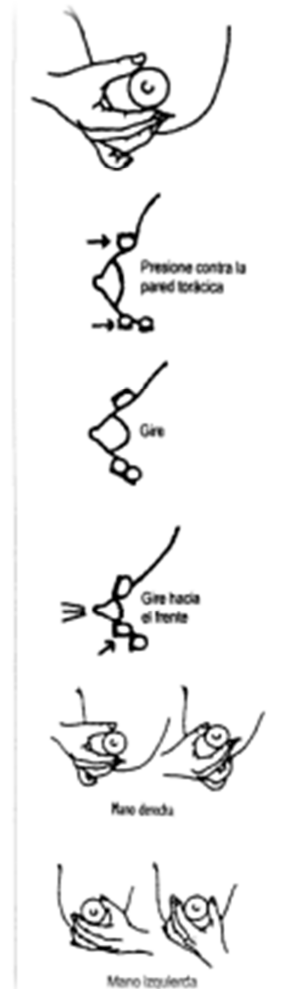
5.2.3. Extracción manual de la leche¹⁰

Chele Marmet, Líder de la Liga de la Leche diseñó una técnica de extracción manual. La clave de esta técnica era la combinación de la extracción manual con masajes que estimularan la bajada de la leche.

Está práctica resulta muy útil para disminuir la tensión mamaria y aumentar el reflejo de eyección antes de amamantar.

Los pasos que se deben realizar para la extracción manual de la leche son:

1. Colocar el pulgar y los dedos índice y medio en forma de C alrededor del pecho a unos 3-4cm (lo tomamos de referencia) por detrás del pezón. Se debe evitar el apoyar el pecho en la mano.
2. Empujar los dedos hacia atrás (en dirección hacia el tórax). Evitar separar los dedos y, en el caso, de pechos grandes o caídos, primero se levantarán y, posteriormente, se empujarán los dedos hacia atrás.
3. Se ruedan (no se deslizan) los dedos y el pulgar hacia el pezón, con un movimiento similar a un rodillo. Se realizará primero por un lado y luego por el otro para extraer la leche de todos los depósitos.
4. Repetir estos pasos rítmicamente para lograr el correcto vaciado de los depósitos con ambas manos.



Imágenes tomadas del libro "El arte femenino de amamantar". La liga de la leche

Al principio puede ser que no salga la leche pero después, cuando el reflejo de la oxitocina este activado, empezarán a salir gotas de leche e incluso a salir con más fuerza. Es importante no apretar el pezón ya que presionarlo o estirarlo no ayuda a la extracción como tampoco que el bebé succione solamente del pezón.²



5.2.4 Extracción mecánica

La extracción mecánica se realiza mediante el uso de sacaleches. Estos extractores los podemos encontrar en la mayor parte de las unidades de neonatología de los hospitales. Hay muchos tipos de sacaleches por lo que se recomienda utilizar el más adecuado para la madre.

Alba Lactancia Materna dice que *“Un buen sacaleches debe ser capaz de drenar el pecho y de estimular la producción. Debe ser limpio, sin materiales contaminantes, fácil de usar y atraumático”*.¹²

¿Cómo utilizar un sacaleches?

Antes de su utilización, es necesario realizar un cuidadoso lavado de manos y después una limpieza del sacaleches al final de su utilización.

1. Colocar el embudo en la areola de manera que el pezón quede situado en el centro. Debe quedar sellado a la mama.
2. Programar el sacaleches (Las instrucciones se suelen encontrar junto al sacaleches)¹²:
 - a. Para empezar se recomiendan succiones suaves, rápidas y cortas hasta que se empieza a endurecer el pecho y a sentir un ligero cosquilleo.
 - b. A partir de ese momento las succiones deberán ser más lentas y continuas.
3. Es importante tener en cuenta que usar un sacaleches no debe ser doloroso, en el caso de sentir dolor se bajara la intensidad o se recolocará el pezón en el embudo, también es posible que no se esté utilizando un tamaño correcto de embudo.¹³
4. Cuando empiece a disminuir la eyección de la leche, hay que esperar unos minutos después de que salga la última gota para cambiar de pecho.

Los sacaleches eléctricos hospitalarios son más eficaces que los manuales o eléctricos simples. Los sacaleches hospitalarios poseen sistemas de doble bomba que permite la extracción de ambos pechos a la vez. La doble



extracción provoca el aumento a nivel de la prolactina lo que resulta de gran utilidad cuando se necesiten grandes volúmenes de leche.¹⁴

5.2.5 Frecuencia y tiempo de extracción

Para iniciar la lactancia cuando hay que alimentar a un recién nacido prematuro, es necesario, además de la precocidad en el comienzo de las extracciones (en las primeras 6 horas después del parto), extraer las veces que se pueda como si tantas como si el niño mamara.²

Para iniciar la producción de la leche y su mantenimiento se recomienda realizar la extracción cada 2-3 horas e incluso por la noche evitando períodos largos de 5 horas entre extracciones durante ésta. Estas extracciones deberán tener una duración de 5 ó 10 minutos de cada pecho¹⁵ hasta que disminuya la cantidad de leche.

En el caso de que la producción disminuyera deberá durante unos días extraer la leche cada media hora o cada hora y por lo menos cada 3 horas por la noche (extracciones frecuentes) vaciando el pecho en cada extracción para el aumento de la producción de la leche.

Al principio sólo obtendrán apenas unas gotas pero poco a poco irá saliendo más hasta el establecimiento de la lactancia (bajada de la leche).² En el caso de que la madre realice la extracción pocas veces o con intervalos largos de tiempo entre extracciones puede tener una producción insuficiente de leche.

Las extracciones deben de ser completas, hay que vaciar el pecho completamente y esperar 1 ó 2 minutos después de que salga la última gota¹⁵ para retirar el sacaleches o finalizar la extracción manual. La duración total de las extracciones suele ser de unos 20 minutos especialmente los primeros días.²

5.3 Conservación de la leche y recipientes de recogida.

Cuando la leche extraída no va a utilizarse a posteriori es importante saber la manera de cómo conservarla y guardarla.

La cantidad de leche aunque sea mínima es “oro” para estos niños, por lo que es necesario dejar bastante claro las pautas que se deben seguir para sacar el máximo partido a la leche materna.



Se debe empezar a recoger la leche tan pronto como sea posible, ya sea de manera manual o mediante sacaleches.

Pautas a seguir:

- La recogida debe hacerse totalmente estéril. Es importante un correcto lavado de manos y una buena limpieza del sacaleches (si se utiliza). Los recipientes donde se va a depositar la leche deben ser totalmente estériles, también se puede utilizar jeringas cuando son muy pequeñas las cantidades para un mayor aprovechamiento de la leche materna.

En el cuadro nº 3 se muestra el tiempo de conservación y almacenamiento de la leche¹⁶:

Cuadro nº3: Conservación y almacenamiento de la leche materna	
Conservación a Tª ambiente	El calostro se puede mantener a Tª ambiente durante 12-24 horas.
Conservación en el frigorífico	Leche madura: 24-49 horas.
Congelador en interior de nevera	2 semanas.
Congelador de tres estrellas	3-4 meses.
Congelador separado del frigorífico -180°C	6 meses o más.

- La congelación se debe hacer en recipientes de plástico o vidrio aunque también son utilizadas bolsas de plástico que resultan menos costosas, es preferible la utilización de dos bolsas para tener una mayor seguridad de cierre¹⁶.
- En cuanto a las cantidades a almacenar es preferible guardar las cantidades que el niño vaya a tomar inmediatamente, es decir, ir guardando en pequeñas cantidades (60-120ml) para después solo descongelar lo que vaya a tomar.¹⁶
- Para trasportarla al hospital es necesario utilizar neveras portátiles con algo de hielo o bolsas isotérmicas.¹⁶

Descongelación: ¹⁶

Existen dos maneras de descongelar la leche:



1. Colocar el recipiente debajo del grifo con agua fría y progresivamente ir pasando a agua más caliente poco a poco hasta conseguir que la leche tenga una temperatura ambiente.
2. Si queremos disponer de la leche de una manera más rápida se puede optar por el baño María. La leche calentada de esta forma, sólo se podrá consumir dentro de las 4 horas siguientes y no podrá ser guardada en el frigorífico.

La leche descongelada se podrá guardar en el frigorífico durante 24h, no se podrá volver a congelar.

NO se debe descongelar la leche en el microondas.

CAPITULO 6: MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)

El MMC se encuentra muy estrechamente relacionado con la producción de la leche y es un factor importante en la recuperación del neonato.

El método madre canguro es una técnica para el cuidado del RNBP que surgió en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá “como método de cuidado ambulatorio para recién nacidos de bajo peso al nacer”.¹⁷

Consiste en colocar al bebé en posición vertical entre los pechos de la madre, o en su lugar sobre el tórax del padre o de un familiar, descubiertos (piel con piel)¹⁷; un contacto prolongado proporciona numerosos beneficios tanto a la madre como al RNBP.

Beneficios

- Produce una mayor duración de la **lactancia**, una producción más estable y un mayor número de tomas al día.¹⁷
- Permite una regulación correcta de **la temperatura** central y periférica del RNBP (la mantiene dentro de los rangos de normalidad), frecuencias cardiacas y respiratorias mantenidas y disminuye los episodios de apnea.¹⁷



- Proporciona al RNBP un **sueño tranquilo** más tiempo lo que contribuye a su crecimiento.¹⁷
- Menor riesgo de **infecciones** graves y menor **estrés** en el prematuro.^{16,17}
- **Mayor interacción entre la madre y el hijo** lo que les proporciona a las madres tranquilidad y satisfacción y al niño un mayor desarrollo psicomotor.¹⁸
- Reduce la estancia hospitalaria.¹⁸

Existen otros beneficios como son el reconocimiento de la voz, el tacto y el olor materno. Con el método canguro, los padres tienen menos sentimientos de culpabilidad, impotencia, pérdida y miedo en el cuidado de sus hijos.¹⁹

CONCLUSIÓN

En 1989 la OMS y UNICEF lanzaron una declaración conjunta llamada “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural”, que describe cómo las unidades de maternidad pueden apoyar la lactancia natural. Son diez pasos que resumen las principales recomendaciones de esa declaración conjunta que también son la base de la “Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños”.² El primer paso dice textualmente: “Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud” y el segundo paso : “Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política”², por ello los profesionales deben de disponer de una guía a la que poder acudir para transmitir la información de una manera correcta y totalmente unificada entre ellos, siempre con rigor científico en sus explicaciones, así se podrá evitar el abandono de la lactancia en el niño prematuro, en el que es mucho más difícil que en un niño normal.

El profesional sanitario debe de estar capacitado, sensibilizado y motivado para poder empatizar con la madre prematura y ofrecerle todo el apoyo e



información que requiera, con el fin de establecer una buena comunicación proporcionando una información sencilla y pertinente lo que ayudará al estado emocional que viven en ese momento.

Cuando el neonato es dado de alta, los padres van a ser quienes se ocuparán de él por completo por lo que una buena educación en la consejería con respecto a la alimentación va a ser fundamental para que la lactancia pueda continuar de manera satisfactoria.

Se trata de una situación difícil en la que los sentimientos de la madre y de los familiares son un tema importante a tratar ya que la solución de estos nos llevará a conseguir una recuperación del neonato con mayor prontitud y con mayor colaboración.



BIBLIOGRAFÍA

- ^{1.} Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz Aragón García M. El recién nacido prematuro. [En línea]. Asociación Española de Pediatría. 2ª ed. Madrid: 2008. [accesado 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- ^{2.} Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Ed. rev: Agosto, 1998. Ginebra; 1993.
- ^{3.} Martín L. Características de la leche materna para los bebés prematuros. En: II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. Hotel Ercilla ;17-18 de Noviembre de 2005. Bilbao. La liga de la leche de Euskadi .2005.
- ^{4.} Kathleen H. El libro esencial para madres lactantes. 6ª Ed. Boston, Massachusetts: Harvard Common Press; 2010.
- ^{5.} Penchuk Seymour E. El calostro único y especial. Nuevo Comienzo. [En línea] 2006 Ene 18(4) [Accesado 22 Mar 2014]. Disponible en: http://www.llli.org/lang/espanol/ncvol17_1a_05.html
- ^{6.} E. La Orden Izquierdo, E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez y L. Cabanillas Vilaplana. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Nutrición Hospitalaria 2012; 27(4):1120-1126.
- ^{7.} K. Hedberg Nyqvist, RN PhD IBCLC. Development of breastfeeding capacity in preterm infants. II International Breastfeeding Symposium LLL at the Basque Country, Nov. 17 2005.
- ^{8.} University of Washington. Breastfeeding Your Preterm Baby- Spanish. U.W. Medicine [En línea] 2008-2009 [Accesado 24 Mar 2014]. Disponible en: https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/Breastfeeding_Your_Preterm_Baby_SP_8_09.pdf
- ^{9.} Rivas C., Casas C., Yoldi C., Palma E. Fernández F., Mínguez J. et al. Guía de Lactancia Materna. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo



10. Aguado J, Arena J, Díaz N.M, Gómez A, Hernández MT, Landa L, et al. Lactancia materna: guía para profesionales: Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. 5ª ed. Barcelona: Ergón; 2004.
11. Aguilar J M^a, Romero A, Álvarez E, Álvarez AI, Aragón C, Belda S, et al. Guía de actuación en el nacimiento y la lactancia materna para profesionales sanitarios. Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Madrid: 2011: p . 105-108.
12. Resumen basado en Ruth A. Lawrence. La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica.[En línea].1996.[Accesado 15 May 2014]. Disponible en:
<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>.
13. Wordpress & Mimbo. Cómo usar el sacaleches [En línea]; 2014 [Accesado 15 May 2014]. Disponible en:
<http://www.sacaleches.com.es/sacaleches/como-usar-el-sacaleches/>
14. UNICEF, MINSA. Promoción y apoyo a la lactancia en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño.1ª ed. Lima; 2009.
15. Revilla R. Manual de lactancia materna. Hospital Río Hortega. 2012.
16. Comité de Lactancia Materna: Hospital Universitario La Paz. Atención Primaria Áreas:4,5 y 6. Política de Lactancia Materna. Madrid:2007: p 49-52.
17. Delgado Guerrero M. El método canguro. Can Ped (Tenerife). 2005;ene-abr; 29(1):17-22.
18. Lucchini Raies C, Marquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre Index Enferm (Granada) 2012; 21(4): 209-213.
19. Aguado Maldonado J. Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. Med Natur.[En línea]2006 [Accesado 5 Jun 2014]; N° 10: 561-565. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985597>



ANEXOS

1. Fisiología de la lactancia

Bibliografía: Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación, manual del participante. Ed. rev: Agosto, 1998. Ginebra; 1993. p 13-15.

2. Estrategias de alimentación con leche materna en recién nacidos pretérminos.

Bibliografía: Dra. Aguado J. El derecho de la madre a amamantar al niño prematuro. En: II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. Hotel Ercilla; 17-18 de Noviembre de 2005. Bilbao. La liga de la leche de Euskadi .2005.

3. Cuidados al alta

Bibliografía: Dr. Roques V. Manual para padres con niños prematuros. Ed. Española. Madrid: Ibañez y Plaza; 1999. p 65-67, 84-87.