

Protocolos ABM

Protocolo Número 5-----Manejo en el Periparto de la Lactancia de la Madre Saludable y su Infante a Término

Trasfondo

Las políticas y las rutinas del hospital influyen grandemente en el éxito de la lactancia. (1-3). La experiencia del periparto en el hospital debe incluir soporte adecuado, instrucciones y apoyo para asegurar la iniciación exitosa de la lactancia. Este manejo es parte de la continuación del cuidado y educación comenzada durante el periodo prenatal que promueve la lactancia como el método óptimo para la alimentación del infante e incluye información de los beneficios que brinda a la madre y al infante. Los siguientes principios y recursos se recomiendan como el cuidado que se debe ofrecer en el área del periparto del hospital.

Prenatal

1. Todas las mujeres embarazadas deben recibir educación sobre los beneficios y el manejo de la lactancia para permitirles una decisión informada sobre la alimentación del infante. (4-6) La educación prenatal debe incluir información sobre las etapas del parto, formas de manejar el dolor durante éste sin drogas, los efectos potenciales de los medicamentos en el parto y los beneficios de la lactancia exclusiva iniciada en la primera hora del nacimiento para la madre y el bebé. (4) Los materiales educativos hechos por los fabricantes de fórmula son fuentes inapropiadas para la información sobre la alimentación de los infantes. (7)
2. El cuidado de la madre incluye una evaluación de cualquier condición médica o física que pueda impactar la habilidad de la madre para poder lactar a su bebé. En algunos casos puede ayudar tener una consulta prenatal con el médico del infante y/o con el consultor o especialista y desarrollar un plan de seguimiento que se inicie en el momento del parto. (5) Las mujeres se beneficiarán de discusiones moderadas en grupo y/o de una recomendación a una organización (ej. La Liga de la Leche) antes del parto.

La Sala de Parto

3. Las mujeres se beneficiarán de la presencia de un acompañante (ej. *doula*) durante el parto y en la llegada del bebé. La presencia de este acompañante se sabe que aumenta la iniciación en la lactancia y su duración. Muchos factores de riesgos asociados con la suspensión de lactancia temprana que incluyen la

media de tiempo del parto, la necesidad de intervención quirúrgica y las actuaciones para reducir el dolor como son los epidurales y otros medicamentos, se reducen con la presencia de un acompañante. (8-11)

El Posparto Inmediato

4. El recién nacido saludable se le puede dar directamente a la madre para un contacto de piel con piel hasta que la primera alimentación se logre. El infante se secará, se le asignará una puntuación de *Apgar* y se examinará mientras el bebé está en contacto con la madre. Este contacto provee al infante una estabilidad fisiológica óptima, calor y oportunidad para la primera alimentación (12, 13). El retardar de los procedimientos como pesar, medir y administrar vitamina K y profilaxis de los ojos (tarda hasta una hora) aumenta la interacción materno-infantil temprana.
5. Los infantes deben ponerse al pecho tan pronto nazcan cuando sea posible tanto para la madre como para el infante (dentro de la primera hora de haber nacido). (14) Esto se iniciará en la sala de parto o en la sala de recuperación y a cada madre se le debe instruir sobre las técnicas de cómo lactar apropiadamente. (4,6,15,15)
6. Las madres con el bebé en la misma habitación las 24 horas aumentan las oportunidades para establecer lazos maternos-filiales y la iniciación óptima de la lactancia. Siempre que sea posible las madres y los infantes deben estar juntos durante la estadía en el hospital (16). Para evitar una separación innecesaria las evaluaciones del infante durante el periodo inmediato al posparto y todos los exámenes posteriores, idealmente se llevarán a cabo en la habitación de la madre. Las pruebas sugieren que las madres tienen la misma cantidad y calidad de sueño, cuando los infantes duermen en la misma habitación que cuando se envían a la guardería durante la noche. (17,18)
7. La educación sobre los beneficios de tener al infante en la misma habitación de la madre las 24 horas, estimula a los padres a utilizar esto como una forma estándar de cuidado hospitalario para ellos y su bebé. Un personal de enfermería adecuado debe estar disponible para examinar y documentar el estado y la alimentación del infante mientras el bebé está en la habitación con su familia. (4,6,19,21)
8. Las mujeres necesitan ayuda para asegurar la posición y colocación de su bebé al pecho. Aquellas que tuvieron su bebé por medio de cesárea necesitan ayuda adicional del personal de enfermería para llevar a cabo una posición cómoda.
9. Un observador adiestrado debe examinar y documentar la eficacia de la lactancia por lo menos una vez cada 8 horas después del parto hasta que la madre y el infante se den de alta. El cuidado en el periparto de la pareja debe evaluar y documentar la posición del infante, el agarre, y la transferencia de leche, diariamente el peso del bebé, la ictericia clínica y todos los problemas

que la madre indique como dolor en el pezón o la percepción de que la fuente de leche es inadecuada. Los infantes que lactan bien se alimentarán de 8-12 veces o más en 24 horas, para un mínimo de 8 alimentaciones cada 24 horas. Limitar el tiempo de lactar no es necesario y puede ser perjudicial para establecer una buena fuente de leche. Los infantes usualmente se duermen o se despegan del pecho espontáneamente cuando se sacian.

10. La alimentación suplementaria no debe darse a los infantes que lactan a menos que haya indicaciones médicas para esta alimentación. El suplementar puede prevenir el establecimiento de una fuente de leche maternal y tener efectos adversos en la lactancia (ej. lactogénesis tardía, obstrucción de la mamas). Los suplementos pueden alterar la flora intestinal infantil; sensibilizar al infante a alérgenos (dependiendo del contenido de la alimentación y método utilizado); y/o interferir con el lazo materno-infantil. (22) Antes de que cualquiera de las alimentaciones suplementarias comiencen es importante que se complete una evaluación formal de cada díada materno-infantil, incluyendo una observación directa de la lactancia. (23)
11. En general las enfermedades infecciosas agudas, la fiebre sin diagnóstico y las infecciones comunes del posparto en la madre no son contraindicaciones para lactar, si estas enfermedades son fáciles de controlar y tratar. Los infantes no se deben amamantar si la enfermedad es SIDA maternal (en un país en desarrollo), la tuberculosis activa sin tratamiento, o *herpes simple* cuando hay lesiones en el pecho, (24) La varicela infecciosa durante el periparto puede requerir separación de la madre y el recién nacido, limitando la lactancia directa. Mientras la lista de todas las contraindicaciones va más allá del ámbito de este documento, las fuentes confiables de información son fáciles de conseguir, éstas incluyen la información sobre medicamentos y compuestos radioactivos. (24-26)

Problemas y Complicaciones

12. La pareja de madre y bebé que están en riesgo de tener problemas de lactancia se beneficiarán de una identificación y asistencia temprana. La consulta con un experto en el manejo de la lactancia puede ayudar en situaciones que incluye pero no se limita a ésta solamente, como las siguientes.
 - a) ansiedad/ petición maternal
 - b) Una experiencia negativa de lactancia anterior
 - c) Madre con pezones invertidos/ planos
 - d) Madre con un historial previo de cirugía del seno
 - e) Nacimientos múltiples (gemelos, trillizos)
 - f) Infante prematuro (<37 semanas de gestación)

- g) Infante con una anomalía congénita, daño neurológico, u otra condición médica que afecta la habilidad del infante para lactar.
 - h) Una condición médica del infante o de la madre por la cual la lactancia debe temporalmente posponerse o se requerirá la extracción de leche.
 - i) La documentación, después de las primeras alimentaciones, que indica la dificultad en establecer la lactancia (ej. pobre agarre, un bebé soñoliento, etc.)
13. Las altas del hospital tempranas (<48 horas) de las madres y los infantes obliga que los riesgos para una lactancia exitosa se identifiquen rápidamente para que así el tiempo en que están hospitalizados se utilice para el beneficio máximo. (27) Todos los infantes se deben ver por un proveedor de salud en 48-78 horas después de que éstos se den de alta para evaluar que el infante este saludable y se haya establecido exitosamente la lactancia.
 14. Si un neonato necesita ser transferido para un área de cuidado intermedio o intensivo, se deben tomar pasos para mantener la lactancia. Cuando sea posible, es importante, que se lleve a la madre al área de cuidado intensivo o intermedio para continuar con la lactancia. Si la lactancia no es posible, se hará algún arreglo para que la leche humana se continúe dando al neonato. A las madres se les debe demostrar como mantener la lactancia por medio del bombeo o la extracción manual cuando se separan de los infantes. (4,6).
 15. Si un infante no está consistentemente alimentándose del pecho con eficacia en el momento del alta del hospital, a la madre se le debe demostrar como mantener la lactancia por medio del bombeo y de la extracción manual. La posibilidad de alimentaciones suplementarias necesarias se debe atender con la consideración dada al tipo de suplemento que se utilizará y el método de alimentación. La leche extraída debe utilizarse si la fuente materna es adecuada, y la alimentación con un recipiente puede ayudar a preservar la duración de la lactancia entre aquellos que necesitan alimentación suplementaria múltiple. (29) La díada materno-infantil necesitará una consulta con un profesional competente en el manejo de lactancia para continuar con la asistencia y el apoyo.

Bibliografía

- (1) Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 1996; 97(5):669-675.
- (2) World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, Revised Ed. WHO/CHD/98.9. 1998. Geneva, World Health Organization.

- (3) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya A, Dzikovitch I, Shapiro S et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285(4):1-15.
- (4) World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31(suppl 1):171-183.
- (5) American College of Obstetricians and Gynecologists, Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Queenan JT, editor. 258, 1-15. 2000. Washington, DC, The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Educational Bulletin.
- (6) The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100(6):1035-1039.
- (7) Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, Andresen E, deBlieck EA, Weitzman M. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(2):296-303.
- (8) Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *New England Journal of Medicine* 1980; 303(11):597-600.
- (9) Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica* 1997; 86(10):1034-1036.
- (10) Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 1996; 88(4:Pt 2):t-44.
- (11) Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1991; 265(17):2197-2201.
- (12) Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, de la Fuente P, Lagercrantz H et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* 1992; 81(6-7):488-493.
- (13) Varendi H, Christensson K, Porter RH, Winberg J. Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants. *Early Human Development* 1998; 51(1):47-55.
- (14) Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336(8723):1105-1107.

- (15) Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19(4):185-189.
- (16) University of California at San Diego, Wellstart International. Model hospital breastfeeding policies for full-term normal newborn infants. In: Woodward-Lopez G, Creer AE, editors. *Lactation Management Curriculum: A Faculty Guide for Schools of Medicine, Nursing, and Nutrition*. San Diego, CA: Wellstart International, 1994.
- (17) Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1988; 17(2):122-126.
- (18) Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991; 7(2):82-89
- (19) Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *American Journal of Public Health* 1994; 84(1):89-97.
- (20) Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. [Review] [75 refs]. *Seminars in Perinatology* 1994; 18(6):517-524.
- (21) Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. [Review] [122 refs]. *Birth* 1996; 23(3):154-160.
- (22) Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatrica* 1994; 83(11):1122-1126.
- (23) Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Newborn. www.bfmed.org . 2002. Academy of Breastfeeding Medicine.
- (24) Lawrence RA. A review of the medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States (Maternal and Child Health Technical Information Bulletin). 1997. Arlington, VA., National Center for Education in Maternal and Child Health.
- (25) Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1999.
- (26) Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001; 108(3):776-789.

(27) Naylor A, Wester R. Providing professional lactation management consultation. *Clinics in Perinatology* 1987; 14(1):33-38.

(28) Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Infant and Mother, 'The Going Home Protocol'. www.bfmed.org . 2002. Academy of Breastfeeding Medicine.

(29) Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, Eberly S, de Blicke EA, Oakes D et al. A Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3):511-8.

Protegido por los derechos de autor © 2002 *The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc.*

Aprobado el 16 de noviembre de 2002

Comité de Protocolo de *The Academy of Breastfeeding Medicine*

Caroline J. Chantry MD, FABM, Presidenta conjunta

*Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, Presidenta conjunta

*Rosha Champion McCoy MD

*autor principal

Financiado parcialmente mediante una subvención de la Oficina de Salud Materno-Infantil, Departamento de Salud y Servicios Sociales

Traducido por Mryna Morales MA y Stephanie Flaherty MD