

# Preguntas para responder

## Atención postparto inmediata

1. ¿Es eficaz y seguro el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido postparto para el buen inicio de la lactancia materna?
2. ¿Cómo debería ser la primera toma del recién nacido?
3. ¿Cuánto tiempo se puede esperar a que el recién nacido haga la primera toma?

## Prácticas que influyen en la lactancia materna

4. ¿Cómo pueden colocarse la madre y el recién nacido para facilitar el amamantamiento?
5. ¿Es eficaz y seguro el colecho en las madres que amamantan para facilitar el buen inicio y el mantenimiento de la lactancia materna?
6. ¿Cómo afecta la restricción de las tomas de pecho nocturnas en la instauración y duración de la lactancia materna?
7. ¿Se debería evitar el uso del chupete en las primeras semanas para favorecer la instauración de la lactancia materna?

## Valoración de la lactancia materna

8. ¿Qué criterios indican un buen inicio y una adecuada instauración de la lactancia materna?
9. ¿Qué datos se deberían recoger en la historia clínica para valorar adecuadamente la lactancia materna? ¿Cómo se deberían recoger esos datos?
10. ¿Se debe realizar la observación y valoración de la toma con una herramienta estandarizada durante la estancia en la maternidad?

## Extracción del calostro

11. ¿Se debe recomendar la extracción del calostro en la maternidad cuando el recién nacido no realiza tomas efectivas?
12. ¿Cuál es la forma más eficaz de extraer el calostro?

## Suplementos y lactancia materna

13. ¿Se debe evitar la administración rutinaria de suplementos al recién nacido amamantado?

14. ¿Cuándo está indicada la administración de suplementos en recién nacidos sanos?

15. ¿Cuál es el suplemento más adecuado en recién nacidos sanos?

16. ¿Cómo deben administrarse los suplementos?

## Protección y apoyo a la lactancia en instituciones sanitarias

17. ¿Cuáles son las mejores estrategias estructuradas para el apoyo y protección de la lactancia materna durante la estancia en el hospital?

18. ¿Cuáles son las mejores estrategias estructuradas para el apoyo y protección de la lactancia materna en los centros de salud?

## Seguimiento del lactante amamantado

19. ¿Cómo interpretar la pérdida de peso del recién nacido sano amamantado en los primeros días?

20. ¿Qué curvas de crecimiento reflejan mejor el crecimiento normal de un niño sano? ¿Cuáles son los parámetros que se deben monitorizar?

## Manejo de los problemas con la lactancia materna

21. ¿Qué hacer ante un recién nacido adormilado que no demanda o que no hace tomas efectivas?

22. ¿Qué hacer ante un lactante amamantado que presenta una pérdida excesiva de peso en los tres primeros días?

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

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

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

26. ¿Qué hacer cuando una madre sufre ingurgitación mamaria?

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

28. ¿Cómo abordar el dolor en los pezones y en las mamas durante el amamantamiento?

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

30. ¿Qué síntomas y signos deben hacer sospechar una infección en la mama?

31. Ante sospecha de infección, ¿cuándo está indicada la realización del cultivo de la leche?

32. En madres que amamantan y presentan mastitis aguda, ¿se debería empezar de forma inmediata con tratamiento antibiótico o con vaciamiento efectivo de la mama, tratamiento antiinflamatorio y reposo?
33. En madres que amamantan y presentan mastitis aguda, ¿es más eficaz el tratamiento con probióticos que el tratamiento con antibióticos?
34. Ante un proceso doloroso de la mama, ¿es más útil el paracetamol o el ibuprofeno?
35. ¿Cuál sería el antibiótico de elección en el tratamiento empírico de las mastitis agudas?
36. ¿Se puede utilizar el drenaje por aspiración con aguja bajo control ecográfico como alternativa al drenaje quirúrgico tradicional en el tratamiento del absceso mamario?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y es necesario su actualización

# Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

## Sistema GRADE

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación en el diseño Importante (-1) Muy importante (-2)  Inconsistencia (-1)  Evidencia directa Alguna incertidumbre (-1) Gran incertidumbre (-2)  Datos imprecisos (-1)  Sesgo de publicación Alta probabilidad (-1)	<b>Asociación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia científica de una fuerte asociación (RR&gt;2 o &lt;0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1)</li> <li>Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR&gt;5 o &lt;0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2)</li> </ul> <b>Gradiente dosis respuesta (+1)</b> Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño		

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

# Recomendaciones de la GPC

## Atención postparto inmediata

<b>Contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido postparto</b>	
<b>Fuerte</b>	Se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada y en contacto piel con piel sobre el abdomen y pecho desnudos de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro. El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.
<b>Fuerte</b>	En recién nacidos nacidos por cesárea, se recomienda también realizar contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras la extracción fetal salvo que la situación del recién nacido o la madre lo impidan. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.
<b>Primera toma</b>	
√	Dejar que el recién nacido se agarre espontáneamente al pecho durante el período de contacto piel con piel. En caso de que el recién nacido no encuentre el pezón espontáneamente, antes de que finalice la primera hora, un profesional entrenado debería ofrecer apoyo y ayuda práctica, procurando interferir lo menos posible en la vinculación del recién nacido con la madre.
√	En el caso de que el recién nacido no muestre signos de búsqueda, se puede ofrecer ayuda adicional a la madre con el agarre.
<b>Tiempo máximo que se puede esperar a realizar la primera toma</b>	
√	No se conoce cuál es el tiempo máximo que se puede esperar hasta que el recién nacido se agarre al pecho. Por ello, en recién nacidos sanos, asintomáticos, y sin riesgo de hipoglucemia, se puede observar y esperar a que se agarren al pecho, y si tras la primera hora no lo ha conseguido, ofrecer ayuda práctica.  Si a pesar de la ayuda prestada no se consigue una primera toma, se debería informar a la madre sobre los signos precoces de hambre (ver Anexo 6), cómo estimular al recién nacido mediante el contacto piel con piel y cómo identificar los signos y síntomas de alarma.

√	No realizar controles de glucemia ni administrar suplementos de forma rutinaria a los recién nacidos sanos, salvo que presenten clínica sugestiva de hipoglucemia.
---	--

## Prácticas que influyen en la lactancia materna

<b>Colocación y posturas</b>	
√	Los profesionales deberían ayudar a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento.
<b>Débil</b>	Se sugiere utilizar la postura de afianzamiento espontáneo, también denominada “postura de crianza biológica®” (madre semi-reclinada, recién nacido colocado en prono sobre su cuerpo) que facilita que se pongan en marcha conductas instintivas en la madre y el recién nacido y favorece el agarre espontáneo al pecho materno, especialmente durante los primeros días y si se presentan dificultades con la lactancia.
√	Independientemente de la postura elegida, madre y recién nacido deberían estar en estrecho contacto, con la cabeza y el cuerpo del recién nacido bien alineados, con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma.
√	Ofrecer ayuda con la colocación a las madres que tras un parto por cesárea puedan tener más dificultades para encontrar una postura cómoda.
<b>Colecho en la maternidad</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere el colecho en la maternidad como una práctica que favorece el buen inicio de la lactancia materna, siempre y cuando se mantengan las condiciones de un colecho seguro.
√	Ofrecer a todos los padres información de manera sistemática sobre las condiciones que favorecen un colecho seguro (ver Anexo 4).
√	Las maternidades deberían considerar la utilización de camas en las que pueda practicarse un colecho seguro.
<b>Colecho en el hogar</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como una opción que puede ayudar a la madre a mantener la lactancia materna.
√	Dado que la mayoría de las madres, aunque no haya planificado compartir la cama con sus hijos lo hace en algún momento, se debería ofrecer información de manera sistemática sobre las condiciones que favorecen un colecho seguro (ver Anexo 4).

√	Informar a las madres y padres sobre la existencia de cunas sidecar homologadas que además de facilitar la lactancia materna favorecen un colecho seguro.
<b>Fuerte</b>	<p>Se recomienda informar a las madres y familias del peligro que supone para la seguridad del lactante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedarse dormido con el lactante en brazos en un sofá o en una silla, por el riesgo de sofocación o caídas durante el sueño del adulto.</li> <li>• Que duerman en la misma cama que el lactante otros hermanos, personas que no son su madre o su padre y animales domésticos.</li> <li>• Que el lactante permanezca sólo en la cama de un adulto, en un sofá o en un sillón.</li> </ul>
<b>Restricción de las tomas nocturnas</b>	
√	La lactancia materna debería ser a demanda para todos los lactantes sanos, respetando el ritmo nocturno del lactante.
<b>Uso de chupete</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna.
√	<p>No existe evidencia suficiente para asegurar que el uso del chupete sea beneficioso para la prevención de la muerte súbita en el lactante amamantado, por lo que mientras siga tomando el pecho no se debería ofrecer de forma rutinaria.</p> <p>Sin embargo, en aquellos lactantes que ya están acostumbrados a utilizarlo sería mejor no interrumpir su uso durante las horas de sueño en los primeros seis meses de vida.</p>

## Valoración de la lactancia materna

<b>Criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna</b>	
	<p>Para identificar los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna se debería realizar una valoración de la técnica de la lactancia en relación a la postura, al agarre y a los signos de transferencia eficaz de leche, de la madre y del recién nacido.</p> <p><b>1. Parámetros que indican un buen inicio de la lactancia</b></p> <p><b>a) Valoración del amamantamiento mediante la observación de la toma:</b></p> <p><b>a.1) Buena postura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La madre es capaz de colocar al lactante de forma que favorece un agarre óptimo.</li> <li>• Madre y lactante están cómodos e interactúan positivamente durante y después de la toma.</li> </ul>

✓

### **a.2) Buen agarre**

- Antes del agarre, la cabeza del lactante está frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz.
- El cuello permanece ligeramente deflexionado y no está girado, la barbilla toca el pecho y la nariz está libre.
- La boca está bien abierta con el labio inferior evertido y ambos labios forman un ángulo de unos 120°.
- Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
- La madre no siente dolor en el pecho.
- El pezón no se le escapa al lactante de la boca ni hay sonidos de chupeteo.
- El pezón al finalizar la toma no está deformado ni presenta signos de compresión.

### **a.3.) Transferencia adecuada de leche**

- El lactante realiza succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas.
- La deglución es visible y/o audible.
- Se ofrecen ambos pechos en cada toma comenzando por el que se vació menos en la anterior. Se espera a que suelte espontáneamente el pezón antes de ofrecerle el segundo pecho.
- La madre experimenta los efectos de la liberación de oxitocina (contracciones uterinas, aumento de loquios, goteo de leche durante la toma, sed, relajación o sueño).
- El lactante muestra signos de saciedad tras la toma: suelta el pezón espontáneamente y queda relajado y satisfecho.

### **b) Valoración de la madre**

- La madre presenta signos de lactogénesis II (“subida” de la leche) a partir de las 48-72 horas. En general las madres notan un incremento de la firmeza, peso y tamaño de los senos. Puede producirse algo más tarde en madres primíparas sanas si no amamantan con frecuencia los primeros días, si han sido separadas de sus hijos o si han tenido un parto por cesárea.
- Hay un aumento notable del volumen de leche antes del quinto día
- La madre sabe reconocer las señales que indican disposición para mamar en el recién nacido, se muestra receptiva y le ofrece el pecho cuando las detecta.
- La madre sabe despertar al recién nacido para alimentarlo, si fuera necesario, hasta que se establece un patrón de aumento de peso adecuado
- Se siente segura y confía en su capacidad para amamantar y producir leche.
- La madre tiene apoyo de su pareja, familiares, amigas o grupos de apoyo.
- No hay presencia de dolor o molestias importantes en las mamas durante o entre las tomas (descartar la presencia de grietas o lesiones en los pezones).
- Tras la subida de la leche los pechos se ablandan después de la toma
- No hay signos de ingurgitación mamaria.



### c) Valoración del recién nacido

- Realiza al menos 8 tomas en 24 horas sin ayuno de más de seis horas (algunos recién nacidos realizan tomas cada dos o tres horas día y noche; otros realizan tomas seguidas durante 4-6 horas y luego descansan otras 4-6 horas).
- Da señales de disposición para mamar al menos 8 veces al día: bostezos, movimientos oculares, chupeteo o búsqueda, chuparse el puño (ver anexo 6).
- Está alerta al principio de la toma y cuando está saciado suelta el pecho espontáneamente y se muestra satisfecho y relajado (manos y brazos relajados).
- Muestra un buen agarre realizando succiones efectivas y se le oye tragar.
- Muestra signos de buena hidratación (mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente).
- Muestra coloración normal de piel y mucosas y no está excesivamente icterico.
- Un patrón adecuado de deposiciones y micciones indican una ingesta adecuada según el día de vida:
  - Día 1
    - Micciones: una o más, transparente o de color amarillo pálido.
    - Deposiciones: uno o más, meconio.
  - Días 2-3
    - Micciones: de dos a tres, transparentes o amarillo pálido.
    - Deposiciones: una o más, meconio o deposiciones de transición de color marrón o verdoso.
  - Días 3 -5:
    - Micciones: de tres a cinco, color claro o amarillo pálido.
    - Deposiciones: de tres a cuatro deposiciones de transición, líquidas y de color amarillento.
  - Días 5-7:
    - Micciones: de cuatro a seis, transparentes y de color amarillo.
    - Deposiciones: de tres a seis, de color amarillento, en general líquidas.
  - Días 7-28:
    - Micciones: frecuentes (seis o más al día) y claras o de color amarillo pálido.
    - Deposiciones: de cinco a diez o más y de color amarillo.
- La falta de deposiciones en el recién nacido alimentado con leche materna puede indicar una ingesta calórica insuficiente.
- Las micciones escasas o rojizas o de color amarillo intenso después del tercer día de vida pueden indicar una ingesta insuficiente y riesgo de deshidratación.
- Monitorización del peso:
  - La pérdida de peso es variable en la primera semana. Una pérdida >7% durante los primeros cuatro días después del parto indica que se requiere una evaluación constante de la lactancia materna y corrección de los problemas que se detecten hasta que el aumento de peso sea satisfactorio (no es adecuado suplementar con fórmula de forma sistemática a todos los recién nacidos que pierden más de un 7% de peso, pero sí es necesario realizar una evaluación y ofrecer apoyo y ayuda práctica).

	<p>—El consenso general es que el peso al nacer debe ser recuperado en aproximadamente dos semanas.</p> <p>—Una curva ponderal ascendente, con una ganancia media de 20-35 gr/día a partir del cuarto día asegura una ingesta adecuada.</p> <p><b>2. Parámetros que indican que una lactancia está bien establecida</b></p> <p>Pasados los primeros días, los siguientes signos son de ayuda para valorar si una lactancia está bien establecida.</p> <p><b>a) En el lactante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mama tranquilo y se muestra satisfecho y relajado tras la toma.</li> <li>• Se agarra al pecho fácilmente y en posición adecuada.</li> <li>• La frecuencia y la duración de las tomas disminuye progresivamente a medida que el recién nacido crece, aunque pueden producirse picos de aumento de la frecuencia durante los brotes de crecimiento, enfermedades del recién nacidos o cambios bruscos en el entorno.</li> <li>• Presenta un patrón de micciones y deposiciones adecuado a su edad.</li> <li>• Presenta una adecuada ganancia de peso y de talla (ver capítulo 10).</li> </ul> <p><b>b) En la madre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se siente segura y satisfecha.</li> <li>• Tiene sensación de suficiente producción de leche.</li> <li>• Responde a las señales de hambre de su recién nacidos y lo amamanta a demanda.</li> <li>• No precisa utilizar suplementos de leche de formula.</li> <li>• No refiere dolor ni problemas en las mamas.</li> </ul>
<b>Datos a recoger</b>	
√	Se deberían recoger los datos de interés para el período neonatal inmediato que se indican en la ficha de historia clínica de lactancia de la Organización Mundial de la Salud (ver Anexo 7).
√	En el informe de alta de la maternidad debería aparecer toda la información relevante para facilitar el seguimiento en Atención Primaria.
√	Para recoger la historia de lactancia se deberían utilizar las habilidades en comunicación propuestas en el Manual para Consejería en Lactancia Materna de la Organización Mundial de la Salud (ver Anexo 7).
<b>Observación y valoración con herramienta estandarizada</b>	
√	Al menos en una de las tomas durante la estancia hospitalaria, los profesionales sanitarios deberían utilizar una herramienta estandarizada de observación de la toma que ofrezca criterios objetivos de valoración.

√	Se proponen como posibles herramientas para la observación la Escala de Evaluación de Lactancia Materna LATCH, la Ficha para la Observación de la Toma de la Unión Europea o la Ficha del Manual para la Capacitación en la Consejería de Lactancia Materna de la OMS y UNICEF (ver Anexo 8).
√	Los profesionales sanitarios deberían recibir formación sobre cómo utilizar estas herramientas estandarizadas.

## Extracción del calostro

<b>Recién nacido que no realiza tomas efectivas</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere que las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente.
<b>Forma más eficaz de extraer el calostro</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere la extracción manual del calostro porque optimiza la cantidad extraída. En el caso de que la madre no se sienta a gusto utilizando la técnica manual, se le debería ofrecer un extractor de leche.

## Suplementos y lactancia materna

<b>Administración rutinaria de suplementos</b>	
<b>Fuerte</b>	Se recomienda evitar la administración de suplementos si no existe indicación médica que lo justifique.
<b>Indicación de administración de suplementos</b>	
√	<p><b>Condiciones médicas del recién nacido sano que pueden requerir suplementos temporalmente (leche materna extraída o de fórmula)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico de hipoglucemia debe realizarse siempre mediante análisis de laboratorio. La tira reactiva es una técnica de cribado.</li> <li>• En recién nacidos con factores de riesgo de hipoglucemia sin síntomas clínicos se recomienda continuar la lactancia materna o administrar entre 1-5ml/kg de leche materna extraída o de fórmula cada 1-2h. Se controlará la glucemia hasta que el valor sea aceptable y estable. Si el nivel de glucosa sigue siendo bajo, será necesaria la administración intravenosa de glucosa, continuando con la lactancia materna.</li> </ul>

√	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En recién nacidos con síntomas clínicos o con niveles de glucosa en plasma &lt;20-25 mg/dl (&lt;1,1 a 1,4 mmol/l) se iniciará la administración de solución de glucosa al 10% por vía intravenosa. Se recomendará mantener la lactancia y monitorizar la glucemia antes de las tomas con la frecuencia necesaria, mientras se disminuye el tratamiento por vía intravenosa hasta que los valores se estabilicen.</li> <li>• Evidencia clínica y de laboratorio de deshidratación (por ejemplo, &gt;10% de pérdida de peso, sodio alto, alimentación pobre etc.), junto con la valoración y el manejo apropiado de las dificultades de la lactancia.</li> <li>• Hiperbilirrubinemia o ictericia neonatal por ingesta de leche insuficiente a pesar de una intervención adecuada. En el recién nacido la ictericia se acompaña de una pérdida excesiva de peso de más del 8-10% o escasa ganancia ponderal posteriormente. En la madre puede acompañarse de retraso en la subida de la leche o lactogénesis II más allá del 5º día postparto.</li> <li>• Movimientos intestinales lentos o presencia continua de meconio en las deposiciones en el 5º día.</li> <li>• Alimentación insuficiente a pesar de que el suministro de leche es adecuado (transferencia pobre de leche).</li> </ul> <p><b>Condiciones de madres sanas cuyos hijos pueden requerir suplementos temporalmente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la lactogénesis II (día 3-5) y un consumo inadecuado en el recién nacido.</li> <li>• Retención de placenta (la lactogénesis probablemente ocurra después de que los fragmentos de placenta sean retirados).</li> <li>• Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia), ocurre en menos del 5% de las mujeres. Se manifiesta por un pobre desarrollo mamario durante el embarazo y señales mínimas de lactogénesis.</li> <li>• Patología o cirugía mamaria que ocasiona hipogalactia. Dolor intolerable durante los periodos de alimentación que no se alivia con ninguna intervención.</li> </ul> <p><b>Necesidad de separación de la madre y del recién nacido</b></p>
<b>Suplementos más adecuados</b>	
√	No utilizar suero glucosado para la suplementación de recién nacidos a término sanos.
<b>Fuerte</b>	En caso de existir una indicación médica para la suplementación, se recomienda el uso de leche materna extraída como primera opción.
√	No utilizar leche donada que no provenga de bancos de leche materna y por tanto no haya pasado los controles de calidad preceptivos.
<b>Débil</b>	Se sugieren las fórmulas de inicio como suplemento de elección cuando no se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin historia familiar de atopía.
<b>Débil</b>	Se sugiere el uso de fórmulas hidrolizadas en niños con historia familiar de primer grado de atopía (padres o hermanos con dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma o alergia alimentaria).

<b>Formas de administrar los suplementos</b>	
√	En lactantes amamantados que por indicación médica requieran la administración de suplementos utilizar el método de administración que mejor se adecue a las necesidades del lactante y de la madre, evitando el uso de tetinas siempre que sea posible (ver Anexo 13).
√	<p>Considerar los siguientes criterios a la hora de elegir el mejor método en cada caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de volumen a administrar (por ejemplo para el calostro o pequeñas cantidades de leche materna madura sería preferible utilizar cucharita, jeringa o vaso).</li> <li>• Duración prevista: breve o prolongada.</li> <li>• Necesidad de un método que ayude a desarrollar las habilidades en lactancia materna de la madre y el niño (el suplementador ayuda a estimular el pecho; la administración con técnica digital-sonda adosada al dedo- permite ejercicios de rehabilitación).</li> <li>• La facilidad de uso y de limpieza (tanto en el caso del hospital como en el domicilio).</li> <li>• El coste que puede suponer.</li> <li>• La aceptación del método por el recién nacido.</li> <li>• Las preferencias maternas.</li> </ul>

### Protección y apoyo a la lactancia en instituciones sanitarias

<b>Estrategias estructuradas en las maternidades</b>	
<b>Fuerte</b>	Se recomienda que todas las maternidades implementen un programa estructurado, con evaluación externa, que promueva y apoye la lactancia materna, utilizando la iniciativa IHAN como mínimo estándar.
<b>Fuerte</b>	Se recomienda que las maternidades implementen el programa estructurado de la iniciativa IHAN que, en su versión actual, incluye las recomendaciones de un parto y nacimiento respetado, atención personalizada a la madre, respeto a las exigencias del código de comercialización de sucedáneos de leche materna y el dar el apoyo adecuado y de calidad a las madres que no amamantan (ver los diez pasos IHAN para los hospitales en el Anexo 14).
<b>Estrategias estructuradas en los centros de salud</b>	
<b>Fuerte</b>	Se recomienda que todos los centros de salud implementen un programa estructurado, con evaluación externa, que promueva y apoye la lactancia materna, utilizando la iniciativa IHAN como mínimo estándar (ver los siete pasos IHAN para los centros de salud en el Anexo 14).

## Seguimiento del lactante amamantado

<b>Pérdida de peso en los primeros días</b>	
√	Vigilar y prestar el apoyo necesario a la lactancia materna en aquellos casos en los que se identifique una pérdida neonatal igual o superior al 7%.
√	Se pueden utilizar las curvas de Bertini como el ideal de pérdida de peso del recién nacido sano amamantado al que habría que aproximarse y las curvas de Flaherman como el límite que no se debería superar (ver Anexo 15)
<b>Seguimiento del crecimiento</b>	
√	Se deberían utilizar las curvas de la OMS para realizar el seguimiento del crecimiento del lactante, así como los puntos de corte establecidos por las mismas, puesto que son las únicas curvas que muestran cuál debería de ser el crecimiento en condiciones óptimas.
√	Se deberían recoger al menos el peso para la edad y la relación longitud/peso para la edad.

## Manejo de los problemas con la lactancia materna

<b>Problemas en el niño</b>	
Niño adormilado	
√	Estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma, mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa etc y ayudarles a engancharse al pecho si es preciso.
<b>Fuerte</b>	No se recomienda la administración rutinaria de suplementos.
<b>Fuerte</b>	Hasta conseguir una toma eficaz se recomienda que la madre se extraiga calostro para estimular y mantener la producción de la leche y se la ofrezca al recién nacido con vasito, cucharita o jeringa.
√	En caso de que el recién nacido agarre el pecho pero no realice succiones efectivas, la madre puede comprimir el pecho durante las succiones para ayudar a la salida de la leche, relajando la compresión durante las pausas.
√	En caso de que fuera necesario, se podrían instilar gotas de leche materna en la boca del recién nacido para estimular y mantener la succión. La administración de estas gotas puede realizarse con jeringa, "finger", cuentagotas o sonda adosada al pecho. En algunas ocasiones puede ser útil el uso de pezoneras que se retirarán en cuanto sea posible.

√	Se debería posponer el alta hospitalaria del recién nacido que no realice tomas eficaces, salvo que pueda garantizarse un seguimiento ambulatorio adecuado desde atención primaria.
<b>Anquiloglosia</b>	
√	<p>Antes de practicar una frenotomía, en los lactantes con anguiloglosia se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna.</p> <p>Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería realizar una frenotomía por profesionales expertos para mejorar la efectividad de la lactancia.</p>
<b>Problemas en la madre</b>	
Insuficiencia en la producción de leche	
√	Ante la poca evidencia disponible, a la hora de seleccionar el método de extracción, optar por aquel que mejor se adecúe a las necesidades y preferencias de la madre, explicándole de forma detallada cómo se debe realizar la extracción con el método seleccionado.
<b>Débil</b>	Se sugiere la realización de masajes en el pecho antes o durante la extracción, la utilización de técnicas de relajación, así como la aplicación de calor en el pecho, independientemente del método de extracción considerado, para conseguir aumentar el volumen de leche extraída.
<b>Débil</b>	<p>Se sugiere el uso de galactogogos para tratar de aumentar la producción de leche si tras haber puesto en práctica el resto de métodos existentes no se han obtenido resultados.</p> <p>Debido a que la investigación comparativa entre los distintos galactogogos no es concluyente, no se puede recomendar ningún galactogogo específico.</p>
√	<p>Cuando tras valorar potenciales riesgos y beneficios de estos agentes se decide prescribir un galactogogo, debería hacerse siguiendo las recomendaciones de las guías que se mencionan en los anexos (ver anexo 16)</p> <p>Se deberá informar a las mujeres sobre los datos disponibles acerca de la eficacia, forma de uso y duración de la terapia con galactogogos, así como de sus potenciales efectos adversos.</p> <p>Al no estar incluida la indicación como galactogogo en la ficha técnica de estos fármacos, el médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar a la madre de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento.</p>

<b>Ingurgitación mamaria</b>	
<b>Débil</b>	Se sugiere que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se dé una ducha caliente o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.
<b>Fuerte</b>	Se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas. Se recomienda, si no hay alergia o contraindicaciones, tomar ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol
√	Descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
√	En caso de necesitar más ayuda, se puede realizar la presión inversa suavizante (ver Anexo 18).
<b>Dificultades en el agarre por las características anatómicas del pezón</b>	
<b>Fuerte</b>	No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman ni el uso de escudos de pezón prenatales para favorecer el éxito de la lactancia materna en mujeres que presentan pezones invertidos.
<b>Débil</b>	Se sugiere extraer el pezón invertido mediante el uso de una jeringa. El método consiste en cortar el extremo donde está el conector a la aguja, sacar el émbolo de la jeringa e introducirlo por el extremo cortado. Posteriormente la madre coloca su pezón en el extremo libre de la jeringa y traccionando del embolo, mantiene la presión hacia afuera durante 20 segundos a un minuto evitando provocar dolor intenso (ver Anexo 19).
<b>Débil</b>	Se sugiere la utilización de conchas de lactancia como intervención prenatal que podría aumentar la longitud de los pezones cortos en aquellas mujeres embarazadas que los presentan, aunque son necesarios estudios adicionales para demostrar su impacto en el éxito de la lactancia materna.
√	Tanto en el caso de pezones invertidos como planos, se puede prestar apoyo para favorecer el agarre al pecho, el contacto piel con piel y la utilización de la postura de afianzamiento espontáneo. Asimismo, también se puede estimular el pezón rotándolo un poco, mojándolo con agua fría justo antes de mamar el niño o aspirando con un extractor de leche o con una jeringa (ver Anexo 19). Si tras estas medidas no se consigue un buen agarre, se puede probar con la utilización de pezoneras.
	En madres con pezones grandes, los profesionales expertos en lactancia materna pueden ayudar a intentar encontrar alguna postura que facilite el agarre. Si no puede conseguirse el amamantamiento pueden utilizarse pezoneras del tamaño adecuado. En último caso se recomienda la extracción de la leche manualmente o con extractor de leche hasta que la cavidad oral del recién nacido adquiriera el tamaño suficiente para poder mamar. La leche extraída se administrará mediante el método de suplementación más apropiado. Se asegurará a la madre que en unos días el crecimiento del bebé resolverá la situación.



Dolor y grietas en el pezón	
√	<p>Identificar la causa y prestar el apoyo necesario hasta conseguir una posición y agarre adecuados.</p> <p>Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad para ella y para el lactante, respetar su uso siempre. Cuando se trate de una crema que no haya que retirar.</p>
Infección en la mama	
√	<p>Sospechar la existencia de infección mamaria si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se presentan síntomas agudos en la mama como inflamación o edema, calor y aumento de la sensibilidad o dolor, síntomas generales como malestar, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos y dolor de cabeza.</li> <li>• se presenta un dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma que no se resuelve tras la evaluación e intervención por profesionales expertos en lactancia materna que descarten y traten otras posibles causas de mastalgia.</li> </ul>
Cultivo de la leche	
√	<p>Ante la sospecha de infección, realizar un cultivo cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se han prescrito antibióticos para el tratamiento de una mastitis aguda y no hay respuesta tras 48h de tratamiento.</li> <li>• sospecha de infección adquirida en el hospital o pacientes que tengan factores de riesgo de bacterias multirresistentes.</li> <li>• Se trata de una mastitis recurrente.</li> <li>• La mujer no puede tomar los antibióticos de primera elección.</li> <li>• Hay un dolor profundo severo con sensación de pinchazos, escozor o quemazón en la mama una vez descartadas otras causas.</li> </ul>
√	<p>Para la recogida de muestras de leche para cultivo se propone seguir las recomendaciones de la SEIMC (ver Anexo 22).</p>
Tratamiento de la mastitis aguda	
<b>Débil</b>	<p>Se sugiere mantener la lactancia materna y el vaciado adecuado del pecho mediante extracción de la leche restante tras las tomas como tratamiento inicial durante 24 horas para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves. Transcurridas esas horas se debe valorar la evolución del cuadro</p>
<b>Débil</b>	<p>Se sugiere la adición de tratamiento antibiótico si no ha habido respuesta al tratamiento inicial durante las primeras 24 horas y mantener el amamantamiento y el vaciado adecuado del pecho.</p>

√	<p>En caso de sospecha de mastitis aguda infecciosa (presencia de síntomas como edema, inflamación, calor, aumento de sensibilidad o dolor y síntomas generales como malestar, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos, dolor de cabeza, náuseas o vómitos) se debería valorar el inicio precoz del tratamiento antibiótico, manteniendo la lactancia y el vaciado adecuado del pecho.</p> <p>La aplicación de calor con agua tibia antes de realizar una toma puede facilitar el flujo de la leche, y la aplicación de frío entre tomas puede ser útil por su efecto antiinflamatorio.</p> <p>Se aconseja tomar analgésicos compatibles con la lactancia materna, como paracetamol e ibuprofeno, hacer reposo y aumentar la ingesta de fluidos.</p> <p>Se debe realizar una reevaluación a las 48-72 horas para comprobar la respuesta al tratamiento, puesto que la adición empírica de un antibiótico no garantiza la resolución del cuadro.</p>
√	<p>Para el tratamiento empírico de las mastitis agudas que no responden a las medidas conservadoras, utilizar cefalosporinas de primera generación (cefalexina, o cefadroxilo), o en su caso cloxaciclina, durante 10 a 14 días.</p> <p>Si la madre es alérgica a los betalactámicos, se puede utilizar clindamicina. Cuando el lactante tenga más de 4-6 semanas de vida puede utilizarse también trimetoprim sulfametoxazol.</p>
Paracetamol o el ibuprofeno	
√	<p>Cuando el dolor va asociado a un proceso inflamatorio, puede ser de mayor utilidad el ibuprofeno.</p>
Absceso mamario	
<b>Débil</b>	<p>Se sugiere el drenaje por aspiración con aguja bajo control ecográfico como alternativa eficaz al drenaje quirúrgico en el tratamiento de abscesos mamarios de madres lactantes, sobre todo si el diámetro es inferior a cinco centímetros. En algunos casos pueden necesitarse varios drenajes.</p> <p>En caso de abscesos mamarios mayores de cinco centímetros de diámetro, a la hora de elegir la técnica se sugiere tener en cuenta las preferencias de la madre, ya que la tasa de fracasos del drenaje por aspiración con aguja bajo control ecográfico puede ser mayor que la presentada en los casos de drenaje quirúrgico.</p>
√	<p>A la hora de realizar un drenaje quirúrgico, realizar la incisión en la zona más distal con respecto al pezón siempre que sea posible para disminuir la probabilidad de dañar conductos y proporcionar una mayor comodidad para amamantar.</p>