

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN EN CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN EN CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA



ÍNDICE 3

INTRODUCCIÓN	7
Propósito	8
Objetivos	8
CAPÍTULO I: Marco Conceptual	9
1. Antecedentes	9
1.1. Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia	9
1.2. Beneficios de la Lactancia Materna	9
1.3. Principales factores asociados al éxito y abandono de la lactancia materna	10
1.4. Actitudes y coordinación de los y las profesionales de la salud	13
1.5. Iniciativas Ministeriales relacionadas a Lactancia Materna	14
CAPÍTULO II: Clínica de Lactancia con enfoque familiar y comunitario	15
1. Bases conceptuales de la Clínica de Lactancia con enfoque familiar y comunitario	15
1.1. Definición de la Clínica de Lactancia	15
1.2. Alcances: Dimensiones que abarca la clínica de lactancia materna como prestación de salud.	16
1.3. Población destinataria.	17
1.4. Funciones del profesional que brinda atención en la CLM.	17
1.5. Consideraciones éticas y socioculturales involucradas en la atención profesional	17
2. Estándares de una Clínica de Lactancia	18
2.1. Características de infraestructura, equipamiento e insumos.	18
2.2. Perfil del profesional que realiza la Clínica de Lactancia	19
2.3. Descripción del abordaje de la atención en la Clínica de Lactancia Materna.	19
2.4. Requerimientos de Higiene.	24

CAPÍTULO III: Diagnóstico y manejo clínico de los principales problemas de lactancia materna	25
1. Problemas de lactancia de origen materno	25
1.1. Dolor al amamantar.	25
1.2. Grietas del pezón.	28
1.3. Micosis del pezón.	30
1.4. Infección bacteriana.	30
1.5. Congestión mamaria.	31
1.6. Mastitis.	33
1.7. Obstrucción de conductos.	34
1.8. Pezón Plano/invertido.	35
1.9. Depresión Post Parto (DPP) y Lactancia Materna.	38
2. Problemas de lactancia relacionados con el niño o la niña.	39
2.1. Reflejo eyecto-lácteo exagerado - cólicos.	39
2.2. Incremento ponderal insuficiente	40
2.3. Reinducción de la lactancia/re lactación.	43
2.4. Inducción de la lactancia	46
2.5. Crisis transitoria de lactancia	48
2.6. Lactancia en bebés múltiples	48
3. Flujograma de derivación de casos complejos que no puedan ser atendidos en el nivel primario de atención - Banderas rojas de alerta	51
CAPÍTULO IV: Indicadores de calidad de la Clínica de Lactancia y Plan de Monitoreo	52
1. Indicadores de calidad de la atención de clínica de lactancia	52
2. Indicadores de monitoreo y seguimiento	52
3. Sistema de monitoreo y seguimiento	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	58

Editora

Consuelo Prudencio Robres Socióloga, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud

Responsable Técnico

Carlos Becerra Flores Pediatra, Encargado Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud

Participaron en la elaboración de este documento:

Camila Lucchini Raies Enfermera matrona, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Francisca Márquez Doren Enfermera matrona, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Luz María Herrera López Enfermera matrona, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Loretto Fuentealba Alvarado Enfermera, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

María Paz Fillol Morel Psicóloga, Directora Académica Fundación Infancia Primero

Colaboradoras/es

Alejandra Correa Ortiz Nutricionista, Cesfam Cardenal Silva Henríquez

Alicia Cerda Lucero Arquitecto, División de Inversiones, Ministerio de Salud

Anna Pinheiro Fernandes Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos, Ministerio de Salud

Bárbara Leyton Cárdenas Enfermera, Programa Nacional de Salud de la Infancia

Carlos Baez Salinas Nutricionista, Servicio de Salud Atacama

Carolina Veliz Barraza Nutricionista, Referente de Lactancia Materna Seremi de Salud Atacama.

Cristina Leyton Blanca Enfermera, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud

Daniela Vargas Guzmán Matrona, Dpto. Ciclo Vital, Ministerio de Salud.

Erika Rodríguez de la Barra Nutricionista, Universidad San Sebastián Concepción.

Fanny López Alfaro Enfermera, Servicio de Salud Atacama

Francisca Orchard Heilmaier Matrona, Comisión Nacional de Lactancia Materna

Heather Strain Henkes Pediatra, Comisión Nacional de Lactancia Materna

Ivonne Orellana Vergara Nutricionista, Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Karla Castro Castro Psicóloga, Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud

Luz Cole Wells Enfermera, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud

Paola Gaete Hermosilla Matrona, Universidad de Chile

Pamela Gallardo Camus Enfermera, División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud

Paula Valderrama Belmar Nutricionista, Servicio de Salud Metropolitano Sur

Paulina Gallardo Jaramillo Nutricionista, Hospital Luis Calvo Mackenna

María Francisca López Leyton Nutricionista, Fundación Integra

Miriam González Opazo Matrona, Programa Nacional de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud

Solange Burgos Estrada Matrona, División de Gestión de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Verónica Valdés Latorre Pediatra, WABA y Comisión Nacional de Lactancia Materna

Xenia Benavides Manzon Nutricionista, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud

Edición: Primera Edición, diciembre de 2016.
Fotografías: UNICEF
Diseño y Diagramación: Chile Crece Contigo
Resolución exenta N°:1446, 28 de noviembre 2016.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso a nivel mundial acerca de las múltiples ventajas y beneficios de la lactancia materna, por lo que su elección como primera práctica de alimentación en la infancia es indiscutible. En Chile, según el último informe de Vigilancia Nutricional [1], el año 2015 el 53,07% de los niños/as recibió lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, mientras que un 73,8% la mantiene en forma exclusiva al mes de vida, constituyendo el menor porcentaje desde el año 1993. Sabemos también, que un alto porcentaje de mujeres abandona la práctica de lactancia, sin recibir previamente apoyo profesional y/o asesoría técnica, lo que fundamenta la necesidad de que se cuente de manera sistemática con apoyo para el proceso de inicio e instalación de la lactancia [2].

De acuerdo a los reportes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para los niños/as menores de dos años, la lactancia materna tiene un alto impacto en su supervivencia, mayor que cualquier otra intervención preventiva, pudiendo evitar, en países en vías de desarrollo, 1,4 millones de muertes de niños menores de 5 años [3]. Debido a los beneficios comprobados y el gran impacto que tiene el amamantamiento en la salud de los niños/as, es que las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de UNICEF respecto de la lactancia materna son: iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida del niño/a, alimentarles con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, y extender la lactancia materna complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más[3].

Dada la importancia del fomento de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo óptimo del niño/a, es que el año 1992 la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y del Niño/a, con el fin de apoyar y fortalecer la alimentación con lactancia materna en los Hospitales [4]. Chile adhiere a esta iniciativa, estimulando a los establecimientos de salud a cumplirla, y ha sido pionero en extenderla a los establecimientos de salud primaria, incluyendo su acreditación, como también la de salas cuna y jardines infantiles.

Por otra parte, múltiples investigaciones relacionadas con la inversión social dan cuenta de la importancia de destinar esfuerzos que se enfoquen en el fortalecimiento del Desarrollo Infantil Saludable, como determinante primordial en la salud de las futuras generaciones [5]. Es así como el año 2006 en Chile se crea el “Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo”, que como política pública de carácter intersectorial y multicomponente, busca brindar protección a los niños/as y sus familias, de acuerdo a sus características de desarrollo y necesidades particulares [6]. Una de las estrategias a la que se le ha dado énfasis en esta política es precisamente el fomento de la lactancia materna [7].

Para lograr fomentar la lactancia materna, se hace necesario implementar estrategias efectivas que permitan el apoyo para su instalación y para la solución de los problemas de amamantamiento más frecuentes que llevan a su abandono. Una estrategia que ha sido probada como efectiva en el apoyo a la solución de los problemas para el amamantamiento es la incorporación de **Clínicas de Lactancia Materna (CLM)** dentro de las prestaciones de los establecimientos de salud en contacto con madres y lactantes [8].

Con el objeto de apoyar a los equipos y dar respuesta a las demandas de las madres y sus familias en relación a las dificultades u obstáculos que puedan presentar en relación a Lactancia Materna, se ha elaborado este documento referencial que amplía el conocimiento y el desarrollo operativo de las Clínicas de Lactancia Materna. Cabe señalar que este instrumento se articula directamente con la **“Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”**¹ e incorpora otras estrategias de apoyo desde la red de salud pública.

¹ Ministerio de Salud de Chile, “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”. MINSAL, pp. 85-239, Santiago, 2014. Norma Técnica N°166, Resolución Exenta N°336, 22 de mayo 2014.

Propósito

Estas orientaciones técnicas, tienen como propósito contribuir con **herramientas para la prevención, detección y seguimiento de las dificultades o problemáticas que pueda presentar la mujer y/o su hija o hijo en el proceso de amamantamiento** en base a la evidencia sistematizada y actualizada; aplicando instrumentos y métodos que permitan apoyar a los profesionales del equipo de salud que realizan acompañamiento e intervención en las Clínicas de Lactancia.

Objetivos

- Definir la prestación Clínica de Lactancia Materna, como una intervención profesional integral **inmediata y de seguimiento** para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional y con un enfoque familiar y comunitario.
- Otorgar herramientas e instrumentos al profesional que apoya a las madres que presentan dificultades en el proceso de amamantamiento favoreciendo el diagnóstico e intervención oportuna para la instalación, mantención y/o recuperación de la lactancia materna.
- Brindar elementos claves para la implementación y monitoreo de la prestación Clínica de Lactancia en los centros de salud de la red pública y privada.

Capítulo I: Marco Conceptual

1. Antecedentes

1.1. Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia

A partir del año 2006, congruente con la reforma de salud adoptada a fines de los años 90 e inicios del 2000 y asociado a las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud [9]; comienzan las investigaciones relacionadas con la inversión social durante la primera infancia en Chile, cuyo foco es fortalecer el desarrollo infantil saludable como determinante primordial en la salud de las futuras generaciones [10][6][5]. Las investigaciones señalan la importancia que tiene para el crecimiento y desarrollo del niño/a, especialmente durante los primeros años el amor y afecto de sus padres, una alimentación adecuada y balanceada para el logro de una buena nutrición y la estimulación necesaria para su adecuado desarrollo. Esto, con el convencimiento de que todos los niños y niñas tienen derecho al mejor comienzo al inicio de su vida con todo el apoyo que sea necesario para desarrollar al máximo su potencial, se crea el “Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo”[6]. Uno de sus principales ejes dentro de la propuesta es asegurar la óptima nutrición de niños y niñas, fomentando la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y luego **complementar** con alimentación sólida hasta los dos años de vida. Esta iniciativa cuenta con varias instancias de apoyo, como son el fomento de la lactancia materna a través de la educación y de los implementos que se le brinda a las familias durante la atención prenatal, el parto y el seguimiento del niño/a durante los primeros meses y años de vida.

1.2. Beneficios de la Lactancia Materna

Relación entre lactancia y estado físico- emocional materno e infantil

Existen múltiples beneficios de la lactancia para las madres, entre ellos se encuentran los siguientes:

- Reduce la probabilidad de desarrollar cáncer de mamas premenopáusicas y de ovarios
- Reduce la probabilidad de desarrollar problemas cardiovasculares[12], .
- Facilita la conciliación del sueño y cuidado del bebé.
- Reduce la probabilidad de desarrollar depresión postparto (DPP) [12]- [14].
- Regula el sistema endocrino e inmune de la madre [12].
- Mantiene niveles elevados de oxitocina, provocando un efecto antiestrés[15] y aumento en la autoestima de la madre.
- Contribuye a la retracción precoz del útero.
- En forma exclusiva contribuye a periodos de amenorrea de lactancia[16].
- Contribuye a que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia.

Entre los beneficios más estudiados de la lactancia materna sobre los niños y niñas se encuentran los siguientes[16]:

- Reduce la mortalidad por enfermedades infecciosas.
- Mayor protección en contra de diarreas.
- Mayor protección en contra de enfermedades respiratorias.
- Mejora el IMC y disminuye probabilidad de desarrollar obesidad.
- Protege contra las caries en niños y niñas menores de un año.
- Favorece un buen desarrollo maxilofacial.
- Favorece el desarrollo intelectual.

Sin embargo, existen otros beneficios relevantes que se producen a partir del vínculo generado entre el niño o la niña y su madre cuando son amamantados.

Beneficios psicoemocionales de la lactancia materna.

Las experiencias tempranas pueden marcar la salud física para toda la vida, por lo que es central reducir el “estrés tóxico temprano” para prevenir las enfermedades en la adultez[11]. Este tipo de estrés es resultado de una activación intensa, frecuente y prolongada del sistema corporal de respuesta al estrés, en la ausencia de una relación protectora de apoyo con un adulto. Este tipo de estresores podrían ser maltrato o negligencia infantil, abuso de sustancia parental y/o depresión materna, entre otros. La característica esencial de este fenómeno es la alteración del circuito cerebral y de diversos órganos y sistemas metabólicos durante períodos sensibles del desarrollo, que podrían provocar cambios anatómicos o desregulaciones fisiológicas, que son los precursores de posteriores dificultades de aprendizaje y de comportamiento, así como el origen de enfermedades físicas y mentales crónicas relacionadas con el estrés[17].

La lactancia materna es una de las principales vías para disminuir el estrés tóxico. Estudios recientes han demostrado que ésta aumenta el bienestar físico y mental del bebé, y esto se debe no sólo a la composición de la leche, sino que a la respuesta materna.

Un aspecto esencial de las interacciones entre madres e hijos/as es la sensibilidad materna, la cual es definida como la capacidad de la madre de percibir e interpretar adecuadamente las señales de su hijo o hija y responder a tiempo y apropiadamente a ellas [18]. La lactancia materna contribuye a que esta comunicación y respuesta se produzca en forma adecuada, aumentando las posibilidades de que el bebé establezca un apego seguro [11]. Esto se debería en parte, a la función de hormonas como la oxitocina y la prolactina que facilitan los comportamientos de cuidado materno [19], como también debido a que mejora los estadios emocionales y atencionales entre el niño/a y la madre.

Por lo mismo, la lactancia materna es mucho más que un método de alimentación, es una forma de cuidar a un bebé que le entregará un beneficio de por vida [11]. Aun así, es relevante señalar que la alimentación a través de mamadera no implica necesariamente un daño su relación [19], por lo que es importante recalcar que una madre que no lacte independientemente del motivo, debe ser igualmente apoyada y asesorada en la alimentación más adecuada para su hijo o hija y en cómo establecer un apego seguro mediante el estímulo, masajes y contacto piel con piel entre otras formas de hacerlo.

1.3. Principales factores asociados al éxito y abandono de la lactancia materna

Existen diversos factores psicosociales que se han asociado con el aumento del riesgo del cese temprano de la lactancia, como un bajo nivel socio económico, bajo nivel educacional, adolescencia, tabaquismo y sobrecarga laboral[20].

Los factores socioculturales también determinan las creencias y actitudes en las prácticas relacionadas con la lactancia materna. Por ello, la decisión de una mujer sobre la alimentación de su hijo/a puede verse influida por las actitudes y creencias de sus familiares y amistades; y por el apoyo del que disponga para llevar a la práctica sus decisiones[21].

Sin embargo, las prácticas adoptadas en los centros de atención primaria y hospitales también pueden influir sobre estos procesos, motivo por el cual la educación prenatal y postnatal en temas de lactancia es sumamente importante.

En las semanas y meses que siguen al parto suele haber un fuerte descenso de la lactancia, sobre todo de la lactancia exclusiva. Los motivos aducidos por las madres para introducir suplementos o para abandonar precozmente la

lactancia suelen ser las «dificultades con la lactancia», en especial la auto percepción de «falta de leche». Por lo mismo, se hace necesario implementar estrategias de apoyo precoz dentro de la primera semana y meses de vida, así como también la reinducción de lactancia en los casos en que el niño/a ya esté recibiendo leche artificial.

La introducción precoz de fórmulas a través de mamaderas es siempre un riesgo en la instalación de la lactancia, dado que tiene efectos en el niño/a y en la madre. En el lactante, la introducción de chupetes (de entretención o mamadera) puede producir una succión disfuncional, que corresponde a un trastorno de la succión. Este tipo de succión pudiera producir en la madre dolor al amamantar, el que interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Por otro lado, en la madre, se produce una disminución en la producción de leche por causa de estímulo deficiente, debido a la succión menos vigorosa y poco frecuente por parte del niño/a. Esto tiene como consecuencia un niño/a que llora de hambre, no se alimenta adecuadamente y una madre angustiada por la situación, lo que se traduce en una inhibición del reflejo eyecto lácteo y por ende en un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

Puesto que fisiológicamente la mayoría de las madres pueden producir cantidades de leche adecuadas a las necesidades de sus hijos e hijas, es probable que la falta de un apoyo adecuado y continuo sea un factor subyacente habitual[21]. Dado lo anterior, las intervenciones que buscan aumentar la duración de la lactancia deben centrarse en dicho período [22].

Consideraciones normativas de la madre puerpera y su familia

Después del parto, suele haber un estado de logro y plenitud: euforia, cansancio, agotamiento, victoria y alivio. El sentimiento de logro ayuda mucho a la confianza de la madre y la tranquilidad surge al tener al bebé en sus brazos [23]. Esto, es sobre todo posible si el parto ha sido una experiencia positiva y contenida para la madre, el bebé y su familia. La madre en esta condición se puede sentir más vulnerable, ya que los cambios están asociados a nuevas emociones, sentimientos, responsabilidades, intereses y prioridades a corto, mediano y a largo plazo. Esto se evidencia notablemente en las primeras semanas post-parto, donde se visualiza a la Madre que desarrolla una conducta de atención centrada en su hijo o hija, desplazando (en ocasiones) situaciones de la vida cotidiana que antes destinaba de forma prioritaria [45].

Pese a que la evidencia ha demostrado que el período del postparto puede ser extremadamente estresante y fatigante para las madres, la mayoría de ellas pueden alimentar, cuidar y proteger a sus bebés a través de este periodo vulnerable [12]. Por esto se debe confiar y transmitir esta confianza a la madre sobre su capacidad de ser la mejor persona para cuidar y proteger a su bebé.

1.3.1. Factores asociados al éxito de la lactancia materna

- ✓ Fomentar la motivación por amamantar, desde la educación prenatal.
- ✓ El apoyo de profesionales de la salud capacitados en Hospital y Atención Primaria.
- ✓ Expectativas positivas respecto del éxito del amamantamiento[24][25][26][27].
- ✓ Contar con grupos de apoyo que acompañen a la mujer y su familia durante el periodo de amamantamiento.
- ✓ Contar con familiares que sirvan de soporte para el amamantamiento [28][29][30].
- ✓ Prestadores de salud informados sobre los determinantes de una lactancia materna exitosa y aplicar guías anticipatorias para superar las barreras que dificultan el amamantamiento [24], [31]-[33].

- ✓ Apoyar desde los espacios laborales a las madres que se reintegran al trabajo² (y a los padres³ que quieran participar en cuidado de sus hijos o hijas), con el objeto de promover la continuidad de la Lactancia Materna [28].
- ✓ En situaciones espaciales de niños con prematuridad o bajo peso al nacer y con indicación médica, fomentar la Lactancia Materna segura a través de los Bancos de Leche Humana, con el objeto de evitar la administración de leche artificial.
- ✓ Salas cuna y Jardines Infantiles, alineados con prácticas protectoras en materia de lactancia materna, tales como: Recibir, conservar y administrar adecuadamente la leche materna.

Muchos de estos aspectos se vinculan fuertemente a la implementación la **“Iniciativa Hospitales y Centros de Salud Amigos de la Madre, el Niño y la Niña”** en los establecimientos donde se atienden las mujeres gestantes y lactantes[4]. Para mayor información consultar en la página [“acreditacionlactancia.minsal.cl”](http://acreditacionlactancia.minsal.cl)

1.3.2. Factores asociados al abandono de la lactancia materna

Dentro de las barreras descritas que con mayor frecuencia ponen en riesgo el amamantamiento exclusivo y complementario a la alimentación sólida son:

- ✓ La introducción precoz de fórmula infantil en casos que no es requerida [22].
- ✓ Inicio tardío y separación del RN durante la permanencia en la maternidad.
- ✓ Hospitalización del niño o niña.
- ✓ Niño o niña con necesidades especiales de salud o con patología de base.
- ✓ Control tardío para seguimiento postparto.
- ✓ La percepción materna de insuficiente producción de leche [2][25][34].
- ✓ El trabajo materno en un sistema laboral que no brinde resguardos legales para la maternidad.
- ✓ Factores socioculturales como las creencias inadecuadas de las personas significativas sobre la nutrición infantil [34]-[36].
- ✓ Hábito tabáquico de la madre [22].
- ✓ Otros factores como ser madre adolescente, de bajos recursos o el abandono temprano de la escolaridad[37].
- ✓ Madre con Depresión Post Parto.

²Ley 20.166, “extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista sala cuna”, 12 de febrero 2007.

³Ley 20.761 , “extiende a los padres trabajadores el derecho de alimentar a sus hijos y perfecciona normas sobre protección de la maternidad”, 22 de julio 2014.

1.4. Actitudes y coordinación de los y las profesionales de la salud.



La combinación entre educación prenatal, apoyo hospitalario y postnatal actúa de forma sinérgica para el establecimiento y éxito de la lactancia materna. Una vez que haya nacido el bebé, es necesario que el apoyo comience antes del alta del Servicio de Ginecología y Obstetricia, como también en el Servicio de Neonatología Y Pediatría para prevenir las dificultades que conllevan a la suplementación precoz con fórmula de Inicio.

Participación activa del padre. Unicef [38]

En todo este proceso es conveniente involucrar a la familia inmediata de la madre, especialmente al padre o pareja en caso de estar presente, u otras personas significativas para la madre [21]. La figura paterna puede desempeñar un papel muy importante en este proceso, así como facilitar que el amamantamiento sea una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé; por lo que se debe fomentar una paternidad activa, paternidad activa, permitiéndole acariciar y mecer al bebé desde su nacimiento, así como también su rol activo dentro de las labores domésticas del hogar. Si no se encuentra esta figura, puede ser reemplazada por familiares u otras personas representativas para la madre

El rol de la promoción y empoderamiento por parte de los profesionales de salud es crucial, dado que las madres tienen mayor tendencia a amamantar si el personal de salud la estimula y le da su apoyo[39]. Esto implica[13]:

- ✓ Darse el tiempo de responder dudas y brindar información adecuada.
- ✓ Fomentar los períodos piel con piel entre la madre y el bebé;
- ✓ Preparar a las madres desde el periodo prenatal para los desafíos de la lactancia y atenuar el estigma de la depresión post parto.
- ✓ Detectar a las madres en riesgo de presentar dificultades en el proceso de amamantamiento desde el control prenatal.
- ✓ Incentivar a las madres a buscar ayuda y apoyo cuando sea necesario [15].
- ✓ Sensibilidad hacia las necesidades individuales y socio-culturales de las familias, las que deben ser consideradas en la implementación de las intervenciones de apoyo a la lactancia[39].

Autoeficacia

La autoeficacia en la lactancia materna se refiere a la confianza de la madre en su habilidad para amamantar a su hijo(a) [22]. La autoeficacia es predictora de una serie de conductas y actitudes de la madre, tales como: si una madre decide amamantar o no, cuánto esfuerzo se gasta, si una mujer tendrá un patrón de pensamiento positivo o

contraproducente, y cómo va a responder emocionalmente a las distintas dificultades que se le presenten con la lactancia materna.

Asimismo, la autoeficacia en la lactancia materna está influenciada por factores como: la experiencia en lactancias maternas anteriores, las experiencias vicarias (por ejemplo, viendo a otras mujeres amamantar), el estímulo de personas influyentes tales como amigos, familiares y especialistas en lactancia, y por las respuestas fisiológicas como la fatiga, estrés y ansiedad que experimentan con frecuencia las madres con problemas de amamantamiento [40].

La lactancia exclusiva podría ser un factor desafiante para las madres que no tienen suficiente confianza en sí mismas, ya que no existe un control sobre la cantidad de leche que el bebé toma en cada mamada. Por esto, es muy **importante entregar apoyo a las madres para que puedan identificar las claves de hambre y saciedad del bebé y aumentar así la confianza en su capacidad de amamantar a sus hijos/as**[22].

Una baja autoeficacia se asocia negativamente con la duración de la lactancia, por lo que las intervenciones para promoverla debieran incluir elementos dirigidos a aumentar la autoeficacia en relación a la lactancia.

Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM)

Los grupos de madres y monitoras comunitarias tienen un gran impacto en el apoyo que le brindan a las madres para continuar su lactancia. Corresponde a un acompañamiento de pares, que brinda un espacio para compartir sus experiencias, naturalizando el proceso de amamantar y apoyarse en posibles dificultades en la lactancia, como proceso de aprendizaje individual y colectivo a través de la co-construcción de su autoconfianza.

Posiblemente, una combinación de apoyo día a día en la comunidad, respaldado por una atención más especializada en los servicios de salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado[21] [39] .

En conclusión las intervenciones que se expanden desde el embarazo hasta la infancia, son más efectivas que las que se llevan a cabo en un sólo período. Además, las intervenciones que utilizan diversos métodos de educación y con apoyo de un profesional capacitado en atención de clínicas de lactancia y consejería, son más efectivas que las que se centran en un sólo método.

Iniciativa del Hospital Amigo de la Lactancia Materna (IHAN) OMS/UNICEF [96]

Se trata de un esfuerzo mundial impulsado por OMS / UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna desde el nacimiento.

Su objetivo es Implementar los 10 Pasos (en nivel 2º y 3º de salud) y los 7 pasos (en APS) para lograr brindar una atención de calidad a las mujeres y sus familias durante el periodo de gestación, nacimiento y cuidado de sus hijos o hijas; promoviendo y protegiendo la Lactancia Materna exclusiva desde estas instituciones. A esta iniciativa se agrega, la acreditación a Jardines Infantiles. [96]

Bancos de Leche Humana

Se incorporan a las estrategias de promoción de la Lactancia Materna, los Bancos de Leche Humana, los cuales en nuestro país fortalecerán la alimentación en los recién nacidos prematuros o con muy bajo peso al nacer, y que cuente con prescripción médica. Esta iniciativa proporciona una leche materna segura y oportuna a los recién nacidos y lactantes que por su condición clínica o por condiciones maternas no pueden ser amamantados directamente de su propia madre. [98]

Capítulo II: Clínica de Lactancia con enfoque familiar y comunitario

1. Bases conceptuales de la Clínica de Lactancia con enfoque familiar y comunitario

1.1. Definición de la Clínica de Lactancia

Se entenderá por **Clínicas de Lactancia Materna** a las prestaciones de salud de resolución **inmediata y de seguimiento**, desarrolladas preferentemente a nivel **primario**⁴, destinadas a las madres, hijos o hijas y su familia; cuyo objetivo principal es apoyar, detectar y guiar a estos, en la inducción, mantención y recuperación de la Lactancia Materna. Esta iniciativa promueve la superación de los problemas relacionados con el amamantamiento y previene el riesgo de alteración de la nutrición y salud de niños y niñas en su periodo de recién nacido o lactante; con el intento de promocionar la Lactancia Materna de forma exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.

Esta consulta de lactancia puede ser activada a través de dos instancias:

A) "Consulta de Alerta": Consulta **espontánea** requerida por la Madre o su familia, o indicada por los profesionales de Salud o referida por un Funcionarios del Centro de Salud⁵; la cual es considerada como una atención de **resolución inmediata o mediata** (dentro de un plazo máximo de 2 horas), y que requiere de una **oportuna, específica y personalizada** atención en el centro de Salud.

B) "Consultas de seguimiento": Actividad planificada con la madre y la familia, desarrollada después de la atención de alerta o control de seguimiento previo, la cual tiene como objetivo continuar el apoyo y vigilancia de la técnica de amamantamiento y evaluación pondoestatural.

Objetivos:

- a. Brindar un servicio accesible para la resolución de problemas en relación con el proceso de amamantamiento.
- b. Aumentar el porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida y complementada hasta los dos años y más, según los deseos de cada familia.
- c. Apoyar a la madre que amamanta a través de la adopción y refuerzo de las mejores técnicas, prácticas o cuidados relacionados con el éxito de la lactancia materna exclusiva.
- d. Tratar, **en forma oportuna**, los problemas que la madre y/o hijo/a presenten y que dificulten o alteren la adecuada instalación o mantención de la lactancia materna exclusiva.
- e. Derivar, en forma oportuna, a centros de mayor complejidad a las madres con problemas de salud asociados o relacionados con el amamantamiento, que no puedan ser resueltos a nivel primario.
- f. Apoyar a la madre que trabaja o estudia, para mantener la lactancia exclusiva por el mayor tiempo posible.
- g. Facilitar el intercambio de experiencias con otras madres que viven situaciones similares, por ejemplo mediante la vinculación con Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna.

⁴ Si bien es cierto APS es quién desarrolla la principal concentración de Clínicas de Lactancia Materna; los niveles secundarios y terciarios pueden de igual forma desarrollar "Consultas de alerta" o "seguimiento".

⁵ Se sugiere que todos los funcionarios del Centro de Salud (independiente que no posean conocimientos en el área), deben saber dónde derivar a la madre y/o familia que consulta por dificultades en la Lactancia Materna.

1.2. Alcances: Dimensiones que abarca la clínica de lactancia materna como prestación de salud.

a. Respecto su modalidad de atención:	
Ingreso a CLM a través de la consulta de alerta	Se realiza a través de la consulta espontánea o de "alerta" solicitada por la madre o su familia. Se consideran también dentro de esta línea, las clínicas que se producen de forma espontánea dentro de los controles de salud y las clínicas que son solicitadas por otros profesionales que no realicen CLM.
Sistema de puertas abiertas	Cada centro de Salud debería estar disponible para recepcionar de forma permanente a las familias que consultan por problemas asociados a la Lactancia Materna, en el horario de funcionamiento de los centros de salud. Pueden utilizarse como medio de contacto o consultaría básica la vía telefónica o el internet.
Recurso Humano	Contiene una prescripción siendo que la norma es de carácter referencial
Procedencia de las usuarias	Se sugiere contar como mínimo de 1 o 2 Profesionales de la Salud (Enfermera, Matrona, Médico o Nutricionista) por Sector o Unidad o Turno, capacitados en Lactancia Materna (cursos como mínimo de 20 hrs cronológicas). Estos profesionales deben liderar un equipo destinado a la promoción de la Lactancia Materna a nivel local. <ul style="list-style-type: none"> • Al momento del alta del Servicio Gineco obstétrico, • Tras el control de salud madre - hijo/a (diada) en APS, • De cualquier control de salud infantil, • De cualquier control de morbilidad de la madre y/o del niño u otra instancia de atención de salud que lo amerite, • De consulta propia y directa de la madre sin previa derivación, • De cualquier servicio de urgencia que amerite atención de la clínica de lactancia materna. Cualquier funcionario/a del establecimiento clínico o no clínico que detecte a una madre con dificultades en su lactancia, debe referir a la CLM.
Modalidades de la atención.	<p>(a) Consulta de Alerta: la primera atención deberá ser en modalidad individual, con el fin de atender al carácter urgente y particularidad de las necesidades de cada madre y su familia.</p> <p>(b) Controles de Seguimiento: Una vez realizada la primera atención, se debe, se debe continuar con consultas de monitoreo al niño(a), su madre y los familiares que acompañen a la diada, dentro de las 24 y 48 hrs. posteriores a la primera atención; con el objeto de visualizar técnica de amamantamiento, incremento ponderal del lactante entre otras temáticas.</p> <p>(c) Consejería: Actividad de promoción de la Lactancia Materna en el contexto del control de Salud del niño/a o la diada, donde no se visualizan problemas asociados a la técnica de amamantamiento o crecimiento ponderal del/de la niño/a; donde se fomenta el espacio para responder a consultas particulares o al desarrollo de guías anticipatorias.</p> <p>(d) Educación grupal: A medida que las madres van superando sus problemas de lactancia, pueden compartir su experiencia con otras madres que viven situaciones similares ayudando a que también superen sus problemas. Pueden abordarse otras temáticas relacionadas con Lactancia Materna de interés de las madres.</p>
b. Respecto su nivel de resolutivez:	
Atención primaria	Se realiza en el primer nivel de atención ya sea en el centro de salud o mediante visita domiciliaria. Aborda acciones para controlar o manejar los factores que ponen en riesgo la salud del recién nacido/lactante relacionados con la lactancia materna. La implementación de la clínica de lactancia tiene que ajustarse a la realidad local de cada CESFAM. Es así como, en algunos centros, cada sector cuenta con un profesional en horario protegido para ello, y en otros han determinado tener una clínica de lactancia que funciona de lunes a viernes en horario continuado, en la cual el equipo de profesionales capacitados se turna para atenderla.
Atención a nivel secundario y terciario	Los centros de salud también son convocados a implementar un sistema de CLM para atender situaciones que requieran atenciones de urgencia. En especial vinculadas a las unidades ginecología y obstetricia, neonatología y pediatría. Debe promover a la continuidad de los cuidados a través de articulación con las red de salud.
c. Respecto el Estándar de la prestación:	
Rendimiento de atenciones de CLM al ingreso	Ingreso Clínica de Lactancia: 45 minutos a 1 hora. Control de Seguimiento: 30 minutos. Educación grupal: 1 hr/6 a 8 familias.

1.3. Población destinataria.

Todas las familias cuyas madres esten interesadas en recibir orientación o apoyo en Lactancia Materna, pueden acceder a esta clinicas. De igual forma, se solicita a los profesionales que estén atentos al seguimiento de familias que reunan las siguientes condiciones:

- Familias cuyas madres de recién nacidos o lactantes presentan dificultades o problemas clínicos que ponen en riesgo la instalación y mantención de la lactancia materna exclusiva.
- Familias cuyas madres de recién nacidos o lactantes requieren inducir o recuperar la lactancia materna exclusiva.
- Familias cuyas madres quieran amamantar a un hijo o hija adoptada.
- Familias cuyas madres hayan tenido partos múltiples.
- Familias cuyas madres deben reintegrarse al trabajo o estudios.
- Familias que cuenten con riesgo biopsicosocial.

1.4. Funciones del profesional que brinda atención en la CLM.

Los profesionales que pueden brindar atención clínica y especializada en Lactancia Materna son: Médico, Enfermera(o), Matrón(a) y Nutricionista).

Educación en lactancia materna: Orientación y guía basada en el diagnóstico del problema de lactancia y de las necesidades educativas derivadas de ello. La atención en una CLM esta fundamentalmente basada en el diálogo educativo de apoyo y guía para la solución de problemas de lactancia, el o la profesional que atiende a la madre y su familia debe comprender que el aprendizaje surge en un diálogo en torno a temas que son relevantes y significativos para ella. La madre y su familia deben tener posibilidades de ser escuchados, consultar y decidir sobre las alternativas a seguir frente a los problemas identificados.

Es importante que en esta instancia se advierta sobre los mitos, la recomendación de duración óptima de la LM hasta los dos años o más, según decisión de la familia, procurando no causar ansiedad ni frustración.

Gestión de la clínica de lactancia materna: Idealmente debe ser gestionada por integrantes del Comité Local de Lactancia Materna del establecimiento en coordinación con el jefe de sector o de la unidad. Dentro de las actividades del personal que realiza atención se encuentran los registros, las estadísticas, la derivación y el seguimiento de las atenciones. Junto con esto, la elaboración de informes semestrales para la vigilancia de la prevalencia de lactancia materna exclusiva y factores condicionantes, información que debe ser compartida con el resto del equipo.

Es necesario que exista permanente coordinación con equipo de infancia y Chile Crece Contigo del CESFAM u Hospital para optimizar la gestión de casos complejos.

También se debe supervisar que el nuevo personal del establecimiento que interactúa con madres y sus bebés, cuenten con capacitación en lactancia materna.

1.5. Consideraciones éticas y socioculturales involucradas en la atención profesional.

La atención de la díada debe desarrollarse en un estricto marco de privacidad, respeto y sensibilidad social, tendiente a resolver el o los problemas diagnosticados para preservar la intimidad, privacidad, creencias y valores; tanto en las atenciones individuales, como las de carácter grupal. Se espera que el profesional sea capaz de empatizar con la madre y su familia, como si se tratase de una experiencia propia y hacer todo lo que está a su alcance para mejorar dicha situación.

El manejo de los equipos debe respetar las condiciones individuales de la diáda y familia en cuanto a salud, además de contextualizarse a su realidad sociocultural.

La familia tiene derecho a recibir información clara y completa de su condición de salud, así como también sobre su posible participación en investigaciones, previa firma de consentimiento informado de acuerdo a la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a con acciones vinculas a su atención en salud⁶.

2. Estándares de una Clínica de Lactancia

2.1. Características de infraestructura, equipamiento e insumos.

A continuación se detallan los requisitos de infraestructura, equipamiento e insumos de implementación para una CLM:

Equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Box de atención o sala con espacio suficiente para acoger a la madre, su hijo o hija y acompañante, además de uno o más coches dependiendo de si se trata de atención individual o grupal. No es necesario que sea un espacio físico exclusivo para la CLM, pero sí debe resguardar la privacidad necesaria para que la madre y su hijo/a se sientan cómodos y relajados durante la atención en consideración de la realidad de cada establecimiento[42]. • Posibilidades: Box donde se realice control de salud infantil, consulta nutricional, box multipropósito, lactario o salas de lactancia. • Debe contar con un lavamanos equipado adecuadamente y cómodo con regulación de agua fría-caliente, provisto de un sistema dispensador de jabón y medios higiénicos para secarse las manos, tales como toallas de un solo uso (Art. 33 del D. S. 977/96 del MINSAL)
Insumos para la implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Silla o sillón de descanso, tanto para la madre como para su acompañante. • Escabel, piso o taburete como apoya pies para la madre. • Camilla de examinación para realizar el examen físico del niño/a • Mudador.* • Sabanillas desechables. • Papelero con tapa. • Escritorio o mesa de apoyo y silla para el o la profesional que atiende si el espacio físico lo permite. • Balanza pediátrica mecánica o electrónica de precisión. • Antropómetro con graduación en milímetros. • Cinta métrica inextensible, graduada en milímetros. • Extractor manual de Leche Materna.* • Equipo para demostración de inducción o reinducción de LM, con muñeco, modelo de mama y de la capacidad del estómago de recién nacidos. • Cojines de lactancia. • Cajonera móvil para desplazar los insumos en caso que no se cuente con un espacio físico único para la atención. • Espejo para observación de técnica de lactancia materna. • TV o Radio, para apoyo a la lactancia materna (música terapia, educación visual, etc.)* • Cooler o termo de mantenimiento de cadena de frío, para educación y traslado de la leche materna extraída. • Frascos limpios o bolsas de leche esterilizadas para contener la leche extraída. • Sondas de alimentación (N°5) (para suplementadores al dedo o pecho, según requiera el caso). • Jeringas (de 60 a 100 cc) • Guantes desechables • Útiles de aseo para la muda de los bebés (tómulas de algodón, vaselina líquida, alcohol).* • Toallas de papel. • Material educativo pertinente (técnica de extracción manual de leche; duración, conservación y transporte de la leche materna extraída; entre otros) para entregar a la familia del niño(a). • Ficha clínica y Formulario de Evolución de Clínica de Lactancia. • Protocolo de desinfección de insumos.

⁶ Ley 20.548 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a con acciones vinculas a su atención en salud. deberes y derechos de los pacientes, con fecha 24 de abril del 2012.

2.2. Perfil del profesional que realiza la Clínica de Lactancia

- Profesional de la salud con capacitación certificada en Lactancia Materna. Esto incluye a Enfermeras(os), Matronas(es), Médicos(as), Nutricionistas; acorde a la **“Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.”**⁷ y pueda derivar en forma oportuna ante dificultades.
- Experiencia práctica en resolución de problemas de lactancia, capacitados para identificar y reconocer situaciones que dificultan la lactancia e indicar una Intervención oportuna que ayude a la madre y su familia a superarlas, en beneficio de la salud integral del binomio madre-hijo.
- Debe estar capacitado en el manejo de la lactancia materna con actualización, cada tres años. Esta capacitación en lactancia materna debe tener un mínimo de 20 hrs. cronológicas, y los cursos deben ser validados por el Ministerio de Salud.
- Con mirada sistémica de los problemas de lactancia: generalmente los problemas obedecen a factores relacionados con la funcionalidad del niño y la técnica, sin embargo también influyen otras situaciones que afectan a la madre y/o a niño que pueden tener origen en las relaciones interpersonales al interior de las familias, o en la interacción con otras estructuras sociales, las que deben ser analizadas con la familia para lograr tener un buen resultado.
- Desarrollar habilidades para relacionarse empáticamente para establecer relaciones de confianza con las familias y de respeto por la diversidad cultural.
- Presentar habilidades para conducir la educación grupal de adultos.

2.3. Descripción del abordaje de la atención en la Clínica de Lactancia Materna.

La intervención profesional en el trabajo con madres en proceso de amamantamiento, debe incluir de manera inicial, una anamnesis con enfoque biopsicosocial considerando su estado anímico y emocional, la observación de la relación de la madre con su hijo/a y con su entorno familiar más cercano. También, los antecedentes detectados en el control prenatal, posparto y su seguimiento si se encuentran disponibles en el centro de salud.

Bienvenida - Acogida

La recepción de la madre debe ser acogedora. En este momento se sondea sobre sus inquietudes y preocupaciones respecto a la lactancia materna. Es muy importante considerar al o la acompañante de la madre en caso de presentarse, ya que muchas veces tiene una gran influencia sobre ella, respecto al cuidado del niño(a) y prácticas de alimentación.

Valoración/ Anamnesis

Se deben recopilar los siguientes antecedentes consultando a la madre y por intermedio del examen físico del niño/a y de la madre:

⁷ Ministerio de Salud de Chile, “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.” MINSAL, pp. 85-239, Santiago, 2014. Norma Técnica N°166, Resolución Exenta N°336, 22 de mayo 2014.

Antecedentes a recopilar:⁸

- **Identificación y antecedentes del niño(a):** nombre completo, edad gestacional, edad actual, edad al momento del alta del Servicio de Ginecología y Obstetricia, si se trata de un RN pre término requiere corrección de la edad. Antropometría (peso, longitud y perímetro craneano al nacimiento; peso de alta; y peso actual).

Se debe realizar anamnesis de lactancia, y consultar por el tipo de parto, si hubo apego inicial, comienzo de la lactancia dentro de la primera hora de vida, alojamiento conjunto, diagnósticos e indicaciones al alta. Incremento promedio día de peso para evaluar evolución. Antecedentes de la alimentación actual, frecuencia y duración de las tomas. Hábitos de eliminación e higiene, hábitos de actividad, sueño y reposo, antecedentes familiares de salud.

- **Identificación de los padres:** nombre, edad, estudios, actividad, domicilio, teléfono y previsión, estado emocional y su opinión sobre la lactancia materna.
- **Antecedentes de la madre:** paridad, antecedentes de lactancia anterior, tipo de alimentación, hábitos de eliminación e higiene, estado emocional mediante sondeo y también resultado de test de Edimburgo, antecedentes de salud (patologías, cirugías mamarias y uso de medicamentos), consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Exámenes a realizar:

- **Supervisión de la técnica de amamantamiento:** Se evalúa mediante la observación directa de la técnica de amamantamiento utilizada por la madre, posición del niño, acople, posición de los labios, distancia nariz mama y mentón mama, deglución, cuanto se demora, patrón de succión, evaluar presencia de goteo contralateral. Educación en la técnica de amamantamiento correcto. Consultar si hay dolor al amamantar, observar tensión en la madre. Observar como retira al niño o si este se duerme en la mama. Observar cómo queda el pezón después de la mamada (circular, aplastado, cambia de color, si presenta grietas). Para esto se puede utilizar la pauta de observación propuesta por la OMS disponible en los anexos.
- **Examen de mamas de la madre:** pedir permiso a madre para realizar examen físico de mamas, observar tono de la mama, presencia de durezas, flacidez, sensibilidad al tacto. Estimular pezón y areola para observar presencia de reflejo eyecto lácteo.
- **Evaluación antropométrica del niño(a).**
- **Examen de la boca del niño o niña:** presencia de dientes, frenillo sublingual, apertura de boca, observar si la lengua esta retraída, valoración de la succión, evaluar si hay disfunción motora oral.
- Junto con lo anterior, se enseña a la familia a reconocer las señales de hambre de su hijo o hija y a reconocer los indicadores de un amamantamiento efectivo, además de mostrar y ejemplificar las distintas posiciones para amamantar.

⁸ Los documentos en que se consignen los antecedentes indicados precedentemente, por contener datos sensibles, recibirán el tratamiento correspondiente conforme a la normativa vigente, dispuesta especialmente en la Ley N° 19.628, en los artículos 12 y 13 de la Ley N° 20.584 y el Decreto N° 41 de 2012, del Ministerio de Salud".

Señales de Hambre

TEMPRANAS

Ayudarán a evitar que el niño(a) llore desesperadamente de hambre y contribuyen a una mejor lactancia



Despertar



Agitación - Apertura de boca



Giros de cabeza / Buscar pecho con la cabeza

MEDIAS



Estiramiento



Incremento en la agitación y movimientos físicos



Chupar sus manos

TARDÍAS



Llanto



Agitación intensa



Enrojecimiento

Adaptado por el Departamento de Alimentos y Nutrición del Ministerio de Salud de Chile, de: Queensland Government, 2012.[44]

Indicadores de un amamantamiento efectivo

Existen algunos signos del niño/a y de la madre que indican que el amamantamiento está siendo efectivo. Algunos de ellos son:

- Evaluar presencia de reflejo de búsqueda.
- Demora menos de 1 minuto entre la succión rápida de estímulo y la deglución rítmica.
- Sonido de deglución audible (la madre siente como el niño/a traga leche mientras mama).
- Actitud del niño/a mamando tranquilamente, en forma rítmica y acompasada, claramente relajado/a y satisfecho/a.
- La producción de volumen de leche y la bajada de leche están en relación al horario de demanda del niño/a.
- Aumento de peso normal. Todos los niños de término (independiente del tipo y vía de alimentación), presentan una baja de peso fisiológica los primeros días post nacimiento. En los primeros días, los recién nacidos reciben sólo pequeñas cantidades de calostro que son adecuadas al tamaño y capacidad de su estómago. Estos pequeños volúmenes son suficientes para prevenir la hipoglicemia y brindar beneficios inmunológicos[46] [47][42].

Periodo	Se espera que el niño/a tenga la siguiente variación de peso
Entre los 0 a los 10 días:	Una baja de peso fisiológica, no superior al 10% de su peso de nacimiento.
Entre los 10 a los 15 días:	Recupere su peso de nacimiento.
Entre los 15 días y las 6 semanas:	Un incremento igual o superior a 20 gramos diarios en los niños/as
Entre las 6 semanas y los 4 meses:	Un incremento entre 150 a 200 gramos semanales
Entre los 4 y 6 meses:	Un incremento entre 80 a 150 gramos semanales
Entre los 6 y 12 meses:	Un incremento entre 40 a 80 gramos semanales

Además de lo anterior, es importante seguir el incremento de peso y su relación con la talla del niño/a en las curvas de crecimiento OMS después del mes de vida [42], [46].

- Aproximadamente 6 pañales al día mojados con orina clara. Considerar los distintos niveles de absorción de las marcas actuales.
- Al menos 4 deposiciones amarillas y fluidas pegadas al pañal diarias, en el primer mes de vida. Después del mes de vida es normal que no presente deposiciones durante 7 hasta 10 días [48], [49], lo que significa que el niño/a asimila todos los nutrientes de la leche materna.
- Posición de la boca del lactante abierta con labios evertidos, mentón y nariz rozando el pecho.
- Amamantamiento sin dolor, pezones y pechos sanos.

Aspectos a considerar

- a. Diagnóstico de salud: implica la apreciación general del estado de salud del niño(a) y su estado de alerta.
- b. Diagnóstico de estado nutricional: se determina el incremento diario de peso y se efectúa la apreciación de éste, a través de las curvas de crecimiento de la OMS adoptadas por el Ministerio de Salud para la evaluación y diagnóstico nutricional de la población infantil.
- c. Problemas de lactancia. Desarrollados en profundidad en el capítulo III.
- d. Descripción de las conductas familiares: En este punto se incluye el registro de lo observado durante la CLM en relación a las conductas y actitudes familiares respecto a la motivación por superar los problemas de lactancia materna, y otros temas que pudieran influir.
- e. Estado emocional de la madre: ante sospecha de depresión posparto pedirle que llene el Test de Edimburgo en caso de que no lo haya hecho y consultar con salud mental.

Plan de Acción: Acuerdos e indicaciones

Los acuerdos e indicaciones serán específicos e individuales para cada niño(a) y su madre, dependiendo de las causas que hayan generado la consulta y sus necesidades. Los principales aspectos en los que la o el profesional de la salud que realiza la CLM debe llegar a acuerdos, realizar indicaciones y educar son:

Tipo de alimentación: Considerar el tipo de alimentación que requerirá el niño/a durante los próximos días, incluyendo forma de administrar la leche, frecuencia de alimentación y técnica empleada. Cabe destacar que en los lactantes menores de seis meses, la primera opción siempre será la leche materna exclusiva a libre demanda, teniendo presente que en los casos que amerite, según evaluación de profesional capacitado/a, se deberá suplementar transitoriamente con leche materna extraída o fórmula de inicio. Las técnicas de administración de leche extraída y suplementos se describen en el capítulo tres de este documento.

Solución de problemas: Registro de indicaciones específicas, tanto para las necesidades de la madre como para las del niño/a que se relacionan directamente con la solución del problema.

Seguimiento: Incluir fecha de próxima citación para control.

Referencias: derivación a otro profesional o nivel de atención en caso requerido. Para ello se sugiere elaborar un flujograma local para la CLM.

Madre que trabaja: En el caso de las madres que asisten a la CLM para recibir apoyo porque deben comenzar a trabajar antes o una vez finalizado el postnatal, se educa en la técnica de extracción manual de leche y sobre los mecanismos de conservación, duración, descongelamiento y transporte de la leche.

En este caso se evalúa en forma individual el horario de trabajo materno para calcular el número de alimentaciones en que el niño(a) y la madre estarán separados. Junto con esto se analizan los derechos y beneficios legales de la madre según la **legislación vigente**⁹[50][51].

⁹ Ley 20.367^o: modifica el código del trabajo y hace extensivo permiso a la madre en caso de adopción de un menor," 2009.

Derecho a la alimentación de los hijos/as hasta 2 años. Las madres trabajadoras disponen de una hora al día para dar alimento a sus hijos. Este derecho puede ejercerse de las siguientes formas a acordar con el empleador:

- a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.
- b) Dividiéndola, a solicitud del interesado, en dos bloques de media hora cada uno.
- c) También pueden retrasar el ingreso o adelantar la salida en media o una hora.

Idealmente esta consulta debe realizarse un mes antes que la madre se reincorpore a su trabajo.

2.4. Requerimientos de Higiene.

Los requerimientos de higiene en la CLM no difieren de las medidas que se realizan por parte del profesional para cualquier control de salud (lavado clínico de manos antes y después de cada atención). Sin embargo, se requiere del uso de guantes de procedimientos para realizar la extracción de leche materna y para la examinación de la cavidad oral del niño/a.

En el caso que el centro disponga de bombas extractoras de leche para su uso en la Clínica de lactancia, se deberá considerar la esterilización de sus implementos después de cada uso. Para ello es indispensable el uso de extractores con circuito cerrado que permitan ser utilizados por más de una madre. En este caso, se requerirá esterilizar la copa extractora y el recipiente adosado que recibe la leche. Para esto basarse en los estándares de la Norma Técnica de Esterilización y desinfección de materiales Clínicos del Ministerio de Salud [52]. De lo contrario se le puede solicitar a la madre que lleve su propia bomba extractora o realizar extracción manual.

Para la limpieza de la bomba extractora de uso personal, se debe educar a la madre en el lavado de cada una de las piezas de la bomba por separado con agua tibia y jabón o detergente líquido, enjuague con abundante agua, dejar secar al aire sobre una superficie limpia y luego guardar en una bolsa de plástico o género limpia.

En el caso de los suplementadores, la sonda debe lavarse después de cada uso con agua tibia, la cual debe ser introducida con una jeringa, lavar y secar al aire en una superficie limpia y guardar en una bolsa de plástico o género limpia. La duración de la sonda depende del uso y cuidado que se le dé, pero dado que su uso es, en la mayoría de los casos transitorio, se puede usar la misma sonda durante todo el periodo que el niño/a requiere el suplementador.

En relación a las recomendaciones de higiene para la madre, estas consisten en las indicaciones de aseo general que incluye baño o ducha habitual. Las mamas no requieren de aseo especial, no se recomienda el aseo con agua antes ni después de cada mamada, puesto que este tipo de procedimiento elimina la lubricación propia de la areola y pezón, producida por las glándulas de Montgomery, ubicadas alrededor de la areola. En el caso que la madre se extraiga leche, se requiere del lavado de manos con agua y jabón antes y después de realizado el procedimiento. Se recomienda no usar paños absorbentes por el riesgo que permanezcan húmedos y pueden dar origen a micosis de pezón, en vez de esto se puede sugerir enseñar a la madre a proteger el pezón con parche de leche materna.

Capítulo III: Diagnóstico y Manejo clínico de los principales problemas de lactancia materna.

1. Problemas de lactancia de origen materno

1.1. Dolor al amamantar.

Origen/ causas:

La percepción de dolor inicial al amamantar se da en un alto porcentaje de madres, este suele ser el principal síntoma de la mayoría de los problemas de lactancia materna, y por lo mismo se constituye en una poderosa razón para abandonar precozmente esta práctica[53].

Las causas del dolor al amamantar son complejas y pueden incluir etiologías como infección bacteriana, micosis, obstrucción de conductos, emocionales, alteraciones anatómicas, entre otras. Se requiere realizar una anamnesis completa y orientada a la búsqueda de alguna de estas causas frente a una madre que consulta por dolor al amamantar[54][55][56][57][58].

La comprensión y promoción del proceso fisiológico de la lactancia es vital para que el amamantamiento no sea una experiencia dolorosa. Una de las maneras de asegurar el éxito de la lactancia, consiste en entregar las herramientas y conocimientos necesarios para que las madres puedan iniciar el amamantamiento de manera óptima como un proceso satisfactorio y placentero, tanto para ellas como para sus hijos(as)[59].

La **incorrecta posición de la boca del niño(a) al mamar**, es la causa más frecuente de dolor durante el amamantamiento. Frente a esta situación, se genera un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia materna, puesto que el dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche, razón por la cual, el niño(a) no recibe suficiente leche al mamar y esto genera angustia en la madre, la que aumenta la inhibición de la eyección láctea, interfiriendo el proceso fisiológico de la lactancia.



Mal acople, el niño toma solamente el pezón. Unicef[38]

1.1.1. Manejo clínico del Dolor al amamantar

Optimizar un acople profundo del pecho:

El acople óptimo es aquel en el que la madre no siente dolor y la transferencia de leche es efectiva, independiente de la técnica utilizada. Las distintas herramientas funcionarán de forma diferente en cada madre y su hijo/a, y esto requiere de parte de los profesionales de salud una profunda observación y respeto por características particulares de cada familia.

Técnicas

- Eversión de ambos labios y posición de estos a modo de “boca de libro abierto”. Esto requiere acomodar el o los labios usando el dedo meñique de la madre hasta lograr la eversión total produciéndose el cese del dolor. Es posible recomendar proteger pezón con parche de leche.
- Acople asimétrico: Es una técnica que busca lograr un acople más profundo de la mama. Primero se debe posicionar al niño/a hacia el cuerpo de la madre (“guatita con guatita”) con su cuerpo alineado. Posteriormente la madre dirige el acople ofreciendo el pecho con el pezón orientado hacia la nariz del niño/a, de manera tal que cuando el niño/a abre su boca introduce una mayor proporción de areola en la mandíbula inferior. Así, el labio inferior cubre gran parte de la areola en contacto con él, quedando el pecho en íntimo contacto con el mentón del niño/a. El labio superior del bebé es la última estructura anatómica que toma contacto con el pecho y la nariz del niño/a puede quedar sin contacto directo con la parte superior del pecho materno.



Acercando al pezón y areola. Unicef[38]

- Acople espontáneo - Posición Biológica (Laid-Back Breastfeeding): La posición biológica se basa en posicionar a la madre semi reclinada hacia atrás con el recién nacido en posición ventral sobre ella. Esto activaría los reflejos innatos de la diada para amamantar y facilitaría un mejor acople al pecho[60].



Buen acople. Unicef[38]

- Usar método artesanal protegiendo el pezón del roce con la ropa interior de la madre usando coladores plásticos para el té de primer uso al que se le cortan los mangos se pone entre el sostén y el pezón evita el roce y mantiene ventilado y seco el pezón.

Consideraciones

Existen casos en que la madre refiere dolor al amamantar sin la presencia de grietas, y a pesar de haber corregido el acoplamiento; y haber descartado otras causas como conducto obstruido, infección, micosis, entre otros; el dolor persiste. En estos casos es necesario evaluar ciertos signos y síntomas que pueden orientar hacia el diagnóstico de Síndrome de Raynaud, que se caracteriza por vaso espasmos episódicos, asociados a la exposición a temperaturas bajas. Los signos aparecen en el pezón, el cual en una fase inicial se torna pálido, luego cianótico y por último rojo (por un aumento de la irrigación). Este síndrome se ha descrito tradicionalmente en dedos de manos y pies, nariz, orejas, lengua y también en el pezón. Estos casos deben ser referidos a atención médica, ya que el tratamiento habitual consiste en el uso sistémico de beta bloqueadores (Nifedipino) por un tiempo definido, y de algunas medidas físicas que pueden indicarse preliminarmente como evitar cambios bruscos de temperatura [61][62].

1.2. Grietas del pezón.

Origen/causas

Las grietas del pezón corresponden a una solución de continuidad de la piel y se producen por presión o tracción exagerada del pezón o por roce de la lengua en la punta de éste.

El incorrecto acoplamiento entre la boca del niño(a) y el complejo areola-pezón, la presencia de succión disfuncional en el niño/a (de origen primario o secundario a la introducción precoz de chupete), y las infecciones del pezón, de origen bacteriano y/o micótico son la causa más frecuente de la mantención de las grietas en el tiempo [63].

Según la magnitud de tejido comprometido, las grietas del pezón se pueden clasificar en superficiales o profundas.

1.2.1. Manejo clínico de Grietas del pezón

Grieta superficial, es aquella que, una vez que se ha corregido la técnica de acoplamiento, deja de doler.



Grietas y congestión mamaria. Fuente: Unicef[38]

- Corregir la técnica de acoplamiento, de manera tal que el niño(a) introduzca en su boca el pezón y la mayor cantidad de areola.
- Amamantar con mayor frecuencia para evitar una congestión mamaria.
- Comenzar cada alimentación con el lado menos afectado, para ayudar a disminuir el dolor inicial que se produce cuando el niño/a comienza a mamar.
- Estimular el reflejo de eyección de la leche previo a la succión del niño(a), con un suave masaje alrededor de la mama, para favorecer que la leche se eyecte apenas el niño(a) se acople.
- Extracción manual de leche para descongestionar la areola y facilitar el acoplamiento por parte del bebé, en caso que la areola esté tensa o muy llena al momento de alimentar al niño(a).

- Escoger una posición que permita a la madre tener el control de la cabeza del niño(a) y de su mama, para facilitar el acoplamiento. Se recomienda fomentar el acople espontáneo, en una posición que sea lo más natural posible para la madre, estimulando el contacto piel con piel.
- Aplicar la propia leche materna después de amamantar sobre la areola y el pezón y luego dejarla secar al aire o exponiéndola al sol, puesto que favorece la cicatrización de las grietas[64]. Evitar la adherencia de la ropa a la grieta puesto que retrasa la cicatrización pudiendo producir más dolor.
- No se recomienda el uso de ungüentos y cremas cicatrizantes, debido a que no favorecen la cicatrización pues mantienen un exceso de humedad en la zona, y porque además deben ser retirados antes de amamantar al niño(a), produciendo fricción y arrastre de las células cicatrizantes.
- Como alternativa, se puede recomendar la utilización de hierbas medicinales como el matico en infusión (a temperatura ambiente) para el aseo de la zona afectada.
- Analgesia: Evaluar necesidad de derivación a atención médica para la prescripción de Ibuprofeno.¹⁰

Grieta profunda es aquella que una vez corregida la técnica de amamantamiento continúa produciendo dolor y/o sangra. Las grietas aumentan la probabilidad de ingreso de bacterias al interior de la mama.

- Suspender transitoriamente el amamantamiento directo por 2 a 3 días, hasta que haya cicatrizado la lesión y luego reintentar el acoplamiento directo, lo que es de gran alivio para la madre ya que permite que se pueda continuar con la lactancia directa una vez que la lesión haya sanado. La suspensión transitoria de la lactancia directa es un factor que la pone en riesgo, pero es la única manera de solucionar el problema, razón por la cual requiere de un apoyo y monitoreo constante por parte de profesionales de la salud capacitados/as en el manejo de estos problemas.
- Educar a la madre en relación a la técnica de extracción manual de leche cada tres horas, y observar como lo hace.
- Administrar la leche extraída al niño(a) mediante un mecanismo que interfiera lo menos posible con su succión fisiológica (cuchara, vasito, suplementador al dedo)[65].
- El resto de los cuidados corresponden a los mismos descritos para las grietas superficiales.
- Citar a la madre al cabo de dos a tres días, para ayudarla a acoplar nuevamente al niño(a) al pecho. Si a pesar de los cuidados anteriormente mencionados la grieta no cicatriza, se debe sospechar de una sobreinfección bacteriana y/o micótica.

¹⁰ Los profesionales colaboradores de la salud, podrán realizar la prescripción del medicamento por indicación y bajo supervisión médica.

1.3. Micosis del pezón.

Origen/causas

Actualmente existe evidencia controversial respecto de la prevalencia de la micosis como agente etiológico de la infección del pezón [55][57][58][66][67][68][69][70]. Dado lo anterior, se hace necesario realizar una anamnesis en profundidad frente a la madre que consulta por dolor al amamantar, de manera de identificar a través de síntomas y signos clínicos el posible origen de éste.

En el caso de la candidiasis del pezón, el agente etiológico más frecuentes es *Cándida Albicans*, que produce mucho dolor e incomodidad en la madre, pudiendo también afectar al niño(a). Los **signos y síntomas de esta infección por hongos son:** color rosado del pezón y la areola en contraste al color café normal; dolor intenso, quemante, punzante y persistente en la zona afectada. Además, el niño(a) puede presentar algorra y/o moniliasis.



Micosis. Fuente: Unicef[38]

1.3.1. Manejo clínico de la Micosis del pezón

Derivación a médico para evaluación e indicación de fármacos, dosificación y técnica de administración para la madre y el niño o niña compatibles con la lactancia materna. El tratamiento siempre debe ser indicado de manera conjunta a la madre y al niño/a para evitar una contaminación cruzada:

- Aplicación de antimicóticos locales en presentación de gotas o gel (Nistatina) después de cada mamada, durante 10 a 14 días en la areola y pezón maternos, y de manera conjunta en la mucosa oral del niño(a). En caso de aplicar antimicótico en gel, asegurarse de aplicar la cantidad justa y necesaria para cubrir la mucosa oral e evitar la ingesta y/o una posible aspiración del medicamento por parte del niño/a.
- Indicación de antimicótico sistémico (Fluconazol) a la madre. La dosis tradicionalmente indicada ha sido 150 mg/día vía oral, como única dosis, pudiendo repetirse cada siete días hasta por tres veces. La evidencia actual señala que el tratamiento adecuado sería de 100 a 200 mg/oral/día de Fluconazol por 14 a 21 días, según indicación médica. Se sugiere continuar la prescripción por una a dos semanas después de desaparecidos los síntomas para evitar una recidiva [58].

- Indicar pomada antimicótica (Nistatina)¹¹ en la zona del pañal, en caso de que el niño(a) presente moniliasis.

Recomendar hervir dentro de lo posible, todos los objetos en contacto con las zonas infectadas en forma diaria mientras dure el tratamiento. Además de lavar la ropa interior materna (sostén) con jabón en barra, para evitar irritaciones cutáneas.

1.4. Infección bacteriana.

Origen/causas

En general, la infección bacteriana presenta una sintomatología muy similar a la micosis del pezón. Esta incluye dolor punzante desde el pezón hacia la mama, irradiado incluso hacia la espalda durante o entre mamadas.

Habitualmente el origen es producto de la infección con la bacteria *Stafilococcus Aureus*.

1.4.1. Infección bacteriana

Derivación a médico. La evidencia disponible señala que el tratamiento debiera consistir en terapia antibiótica oral por 4 a 6 semanas según indicación, siendo esta más eficiente que el tratamiento tópico con ungüento antibiótico. Cabe destacar que el tratamiento antibiótico prolongado es un factor de riesgo para la sobreinfección micótica. Sin embargo, en grietas prolongadas considerar el uso de pomadas antibióticas tópicas (mupirocina) hasta la cicatrización [67] [68] [70]

Recordar evaluar compatibilidad de medicamentos con la Bibliografía disponible en el área.

1.5. Congestión mamaria.

La congestión mamaria puede comenzar entre las 24 y las 48 horas posparto y se debe al aumento de la vascularización y de la producción de leche, así como también a un estasis de leche en la glándula mamaria, asociada a un vaciamiento poco frecuente o inadecuado de la mama y/o a un reflejo de eyección inhibido por el dolor y/o estrés materno. La congestión mamaria es un problema que genera mucha molestia y dolor en la madre y dificultad para mamar en el niño(a), por lo que la intervención para su solución debe ser precoz.

Esta condición se evita favoreciendo el amamantamiento precoz y frecuente desde las primeras horas de vida del niño(a). En presencia de congestión mamaria se puede encontrar un falso pezón plano debido a la distensión de la aréola y el pezón [71].

¹¹ Los profesionales colaboradores de salud, podrán realizar la prescripción del medicamento por indicación y bajo supervisión médica.

1.5.1. Manejo clínico Congestión mamaria

- Descongestionar la areola extrayendo un poco de leche antes de amamantar para favorecer un correcto acoplamiento. Para esto se pueden hacer masajes circulares en la mama congestionada.
- Optimizar el acople profundo de la mama.
- Indicar amamantamiento frecuente y/o extracción de leche en caso necesario.
- Aumentar la frecuencia de las mamadas para asegurar un vaciamiento completo y efectivo, y así evitar la acumulación excesiva de leche en los pechos. Se sugiere amamantar cada dos horas sin interrupción nocturna durante el periodo crítico.
- Indicar el uso de compresas tibias antes de amamantar para favorecer el flujo de la leche, y luego compresas frías para disminuir la inflamación.
- La prioridad es descongestionar la mama mediante la succión fisiológica del lactante y en caso contrario manual o mecánica.
- En caso que persista, indicar antiinflamatorios (ibuprofeno) orales por tres a cuatro días según indicación médica.



Congestión. Ayudando con extracción manual. Unicef[38]

1.6. Mastitis.

Origen/causas

Infección bacteriana que compromete al tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, producida por factores que favorecen la entrada o proliferación de bacterias en el tejido afectado (grietas del pezón). El estrés y la fatiga materna también se han asociado como factores contribuyentes, por lo que se puede presentar una mastitis en madres que amamantan gemelos o en aquellas que han retomado sus actividades laborales.

El cuadro clínico se caracteriza por síntomas generales como malestar, fiebre alta (>38,5°C axilar) y calofríos, por lo que los síntomas de gripe en una madre que amamanta se consideran mastitis hasta que se demuestre lo contrario. También por síntomas locales como dolor, congestión y eritema localizado generalmente en una mama. Sin embargo, **la mastitis no constituye una causa de destete o suspensión de la lactancia.**

1.6.1. Manejo clínico de la Mastitis

- Indicar una posición para amamantar que evite la compresión de la zona afectada (posición de canasto, pelota o maleta).
- Descongestionar la areola, extrayendo un poco de leche, antes de amamantar para favorecer un correcto acoplamiento.
- Optimizar el acople profundo de la mama.
- Aumentar la frecuencia de amamantamiento (cada 2 horas), partiendo por el lado comprometido ya que la succión inicial es más eficiente para el vaciamiento.
- Favorecer el vaciamiento completo de las mamas, idealmente a través de la succión del bebé o con extracción de leche.
- Si la mastitis se acompaña de grietas del pezón, se debe suspender el pecho directo y extraer la leche para administrársela al niño(a).
- Reposo en cama por 24 a 48 horas.
- Derivar a médico para indicar antibióticos orales (flucloxacilina o cloxacilina) 10 a 14 días. En caso de alergia a la penicilina y sus derivados, se puede utilizar eritromicina. Segunda línea: Cefadroxilo, Amoxicilina-ácido clavulánico, cotrimoxazol forte.
- Estudios recientes señalan que una alternativa terapéutica sería el uso de probióticos para el tratamiento de la mastitis [72], tales como el *L. salivarius* CECT5713 y *L. gasseri* CECT5714 [73], [74]. Sin embargo, en Chile aún no hay oferta de dichos productos y además no existe aún suficiente evidencia para utilizarlo en reemplazo de los antibióticos.

La complicación principal de una mastitis tratada tardíamente es el absceso mamario, en donde la mama presenta una zona localizada endurecida, enrojecida y con aumento de temperatura al tacto lo que puede acompañarse también de una zona fluctuante. En este caso se requiere de la derivación a servicio de urgencias (ver flujograma en anexos).



Absceso mamario drenado. Fuente: Unicef[38]

1.7. Obstrucción de conductos.

Origen/causas: Consiste en la estrechez de un conducto mamario de origen interno o externo, lo que se traduce en la retención de leche en un área determinada de la mama. Puede confundirse con una mastitis, sin embargo, esta última se acompaña de dolor local, fiebre y gran malestar general. En el caso de la obstrucción de conductos, la mama se encuentra endurecida en un área determinada, con dolor, pero sin compromiso del estado general. Además se puede presentar una obstrucción a nivel del pezón, el cual se evidencia a través de la presencia de un punto blanco en el pezón.



Punto blanco. Fuente: Unicef[38]

1.7.1. Manejo clínico de la Obstrucción de conductos

- Descongestionar la areola, extrayendo un poco de leche, antes de amamantar para favorecer un correcto acoplamiento.
- Optimizar el acople profundo de la mama
- Aplicación de calor local y realización de masajes en la zona afectada para desobstruir el conducto afectado
- Aumentar frecuencia de amamantamiento
- Revisar la dieta materna e indicar una dieta saludable (ver Guías Alimentarias), puesto que la obstrucción se ha asociado dietas altas en grasas saturadas, con mayor probabilidad de presentar obstrucción de conductos.

1.8. Pezón Plano/invertido.

Las variaciones del pezón, como el pezón plano o invertido, no necesariamente constituyen un problema de lactancia. La dificultad está en la creencia de que impiden la lactancia ya que el acople correcto es al pecho, de manera profunda y no sólo del pezón. Sin embargo, existe una creencia arraigada de que sus características determinan el éxito o fracaso de la lactancia. Es importante destacar que el aspecto del pezón cuando no está en la boca del niño(a) no puede siempre predecir cómo funcionará durante el acople [75]. En la mayoría de los casos, un buen acople es suficiente para que el niño pueda tomar de forma directa del pecho de su madre.

Las madres con estas variaciones del pezón reciben ideas erróneas acerca de cómo el desarrollo del pezón puede afectar su lactancia. Es fundamental que no reciban mensajes negativos y que la aproximación del equipo de salud sea prudente y cercana, de manera de no mermar la confianza de las madres en su capacidad de amamantar.

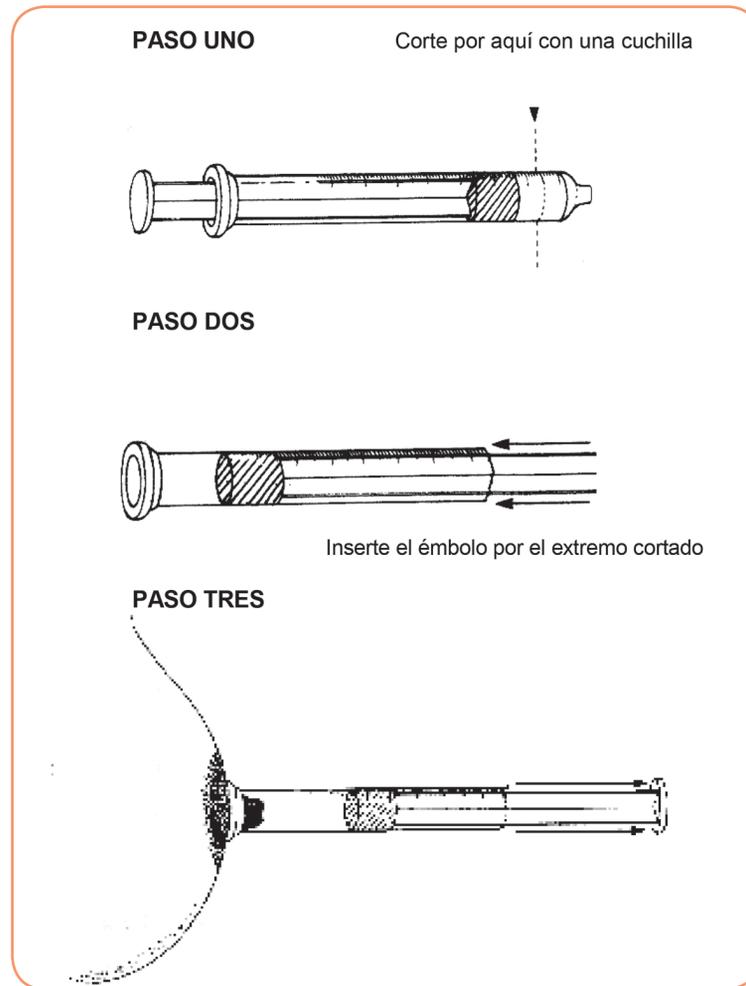
Han y Hung (1999) identificaron 3 grados de inversión de pezón:

- Grado I: el pezón se evierte fácilmente y se mantiene sin necesidad de tracción.
- Grado II: también se evierte de forma manual, sin embargo no de forma tan fácil como en el Grado I. Además, tiende a retraerse.
- Grado III: pezón invertido de forma severa, si se logra evertir es muy difícil y se retrae inmediatamente después de la eversión.

Los pezones invertidos en grado I y II a veces mejoran con el desarrollo del embarazo. De forma frecuente, se ha observado también que con embarazos y lactancias subsecuentes el problema se puede ir revirtiendo.

1.8.1. Manejo clínico ante pezones planos o invertidos

- La evaluación de la mama durante el embarazo es fundamental para liberar prejuicios o mitos en relación a la imposibilidad de amamantar
- Al momento de la evaluación debe realizarse en condiciones de estimulación del pezón, ya que en reposo cambia la apreciación de este.
- Al evaluar las mamas, no entregar mensajes negativos. Siempre intentar acoplar.
- Favorecer contacto piel con piel y posición biológica.
- Optimizar un acople profundo del pecho, de manera de que el niño logre tomar la mayor parte de areola posible.
- Optimizar prácticas periparto: en estas madres es de suma importancia el contacto piel con piel inmediatamente después del parto, el acople espontáneo y el alojamiento conjunto.
- Evitar acoplar con mama congestionada, se recomienda extracción en caso necesario para favorecer el acople.
- Evitar el uso de mamileras o chupetes de entretenimiento.
- Para pezones planos o invertidos grado I o II, podría ser útil la estimulación del pezón previo a la alimentación para que pueda evertirse hacia afuera previo a la alimentación. Esto se puede realizar con un extractor de leche, de forma manual mediante masaje o con un formador de pezón, jeringa con el embolo invertido o extractor, inmediatamente antes de amamantar.
- Otra estrategia es el uso de pezoneras de silicona delgada. Es sumamente importante que su uso sea bajo supervisión del profesional de la clínica de lactancia, de forma de evaluar la correcta transferencia de leche y un adecuado incremento ponderal. Además, su uso nunca debe representar una estrategia inicial.



Cómo preparar y usarla jeringa para el tratamiento de pezones invertidos. Unicef[76]

1.9. Depresión Post Parto (DPP) y Lactancia Materna.

Características y consecuencias de la depresión post parto (DPP)

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) [77], define la depresión post parto como un episodio depresivo con una gravedad de moderada a severa, que comienza 4 semanas después del parto. Alternativamente la International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revisión la define como un desorden mental y comportamental leve que comienza 6 semanas después del parto y puede durar hasta 12 meses postparto[78].

Las manifestaciones clínicas incluyen dificultades para dormir o dormir excesivo, cambios en el humor, cambios en el apetito, miedo de dañar, extrema preocupación por el bebé, tristeza o llanto excesivo, sentimientos de duda, culpa o desesperanza, dificultad para concentrarse y de memoria, pérdida del interés por actividades usuales, incluso pensar en una ideación suicida [78]. Ver Guía AUGÉ Depresión en personas de 15 años más [79].

Un factor adicional de la DPP es que además de afectar a la madre, tiene consecuencias para el hijo/a. La evidencia científica ha confirmado que la depresión materna en el postparto dificulta la habilidad responsiva de las madres, por no reaccionar a las señales del bebé, lo que tiene efectos dañinos en el desarrollo, comenzando en la infancia y durando al menos hasta la adolescencia[80].

La depresión puede ser exitosamente tratada, sin embargo es poco probable que las mujeres con DPP busquen ayuda, en ello radica la importancia del tamizaje para la detección y seguimiento desde el embarazo, ya que un gran porcentaje de las embarazadas con sintomatología depresiva presentan depresión posparto [79]. Por ello resulta relevante posicionar a la CLM como un lugar de detección de las mujeres con depresión postparto. Especialmente si se las observa muy inexpresivas.

Relación entre la depresión pos parto y la lactancia materna

- La lactancia exitosa reduce el riesgo de depresión postparto. Los problemas de lactancia, aumentan el riesgo, por lo que es clave prevenir y solucionar precozmente estos problemas.
- Al mismo tiempo, la DPP tiene un impacto negativo en la duración de la lactancia. Después del parto, las mujeres con depresión tienen 1.25 veces más riesgos de detener la lactancia, en comparación a mujeres que no han desarrollado depresión[20].
- Las madres que han tenido una experiencia de comienzo de lactancia negativa, pueden tener un mayor riesgo de sufrir DPP, como también el suspender la lactancia tempranamente es un factor de riesgo para el aumento de la ansiedad y la DPP[81].

Es importante considerar lo anterior, ya que el apoyo y asistencia en la lactancia debiera ser una parte fundamental del manejo de la DPP. Una temprana intervención y promoción de la lactancia tiene el potencial de tener un significativo impacto en este grupo vulnerable de mujeres y niños/as[20].

1.9.1. Ante la sospecha de un episodio depresivo o DPP

Acoger a la madre, ayudarla y orientarla para encontrar las maneras de recibir un soporte concreto y oportuno. En estos casos, junto con brindarle un apoyo constante durante el proceso de amamantamiento, se debe verificar si le fue aplicada la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (EPDS) y derivar a especialistas del área de salud mental para confirmar diagnóstico e ingresar a la prestación GES en caso de corresponder[79].

Si consume algún medicamento antidepresivo, evaluar compatibilidad con la lactancia.

En caso de encontrarse otros factores de riesgo psicosocial, activar a la redes locales y contactar al equipo de Chile Crece Contigo del establecimiento. De acuerdo al caso, evaluar medidas precautorias.

2. Problemas de lactancia relacionados con el niño o la niña.

2.1. Reflejo eyecto-lácteo exagerado - cólicos.

Origen/Causas

El reflejo eyecto-lácteo exagerado es una dificultad bastante frecuente, que se caracteriza por una gran descarga inicial de leche materna al momento en que el niño(a) comienza a mamar, que en ciertas oportunidades, hace que el niño/a rechace el pecho. Este rechazo se produce debido a que el bebé no es capaz de manejar el gran volumen de leche, atorándose y deglutiendo aire mientras mama, lo que le genera una gran molestia, por lo que toma y suelta el pecho reiteradamente, mostrándose muy irritable. A esto se puede asociar la presencia de cólicos debido a la deglución de aire mientras mama, como también se puede presentar distensión abdominal debido a la mayor concentración de lactosa de la leche al iniciar la mamada.

2.1.1. Manejo Clínico del Reflejo eyecto-lácteo exagerado

Reflejo eyecto-lácteo exagerado:

- Optimizar la técnica de amamantamiento, escogiendo posiciones que permitan un mejor control del flujo de leche por parte del niño/a (caballito, de cúbito ventral sobre la madre). En estas posiciones el niño(a) queda enfrentando el pecho materno, y por efecto de la fuerza de gravedad, el flujo de leche es menos intenso. Debido a la posición, la leche impactará primero el paladar del niño(a) y luego fluirá hacia la faringe, por lo que éste manejará mejor la descarga láctea. Además, se reduce la ingesta de aire con lo que mejoran los cólicos. Posición biológica
- Amamantar de un lado por vez, para asegurarse que el niño(a) extraiga tanto la leche de principio de la mamada, rica en agua y lactosa, como la del final, que es abundante en grasa, y así asegurar el buen incremento ponderal.
- Retirar al niño(a) del pecho cada vez que se atore, de manera que el "chorro" de leche salga fuera de su boca, para luego volverlo a acoplar.
- Extracción de leche en forma previa al amamantamiento directo, en caso que el problema continúe a pesar de las medidas anteriores, de manera tal que la primera descarga de leche no la reciba el niño(a) y se acople cuando el flujo haya disminuido en intensidad[42]. Extraer solo un poco para no aumentar la producción.

2.1.2. Manejo Clínico de los cólicos

- Realizar técnicas para ayudar al niño(a) a expulsar los gases retenidos en el intestino: masajes circulares sobre el abdomen en el sentido de los punteros del reloj; flexión y extensión de piernas.
- Baño de tina tibio por las tardes, pues favorece la relajación y expulsión de gases
- No se recomienda el uso de antiespasmódicos ni la estimulación anal con termómetro por los riesgos que estas prácticas conllevan[82].

2.2. Incremento ponderal insuficiente

El indicador más objetivo para evaluar si la alimentación del niño(a) pequeño/a está siendo la adecuada, es el incremento de peso. Durante el primer mes de vida, se requiere del cálculo del incremento de peso diario, pues esta es la medida más sensible respecto del crecimiento del niño(a). Luego del mes de vida, se deben utilizar las tablas de evaluación nutricional vigentes de OMS para determinar el diagnóstico del estado nutritivo del niño(a) [46][42].

El lento incremento de peso se diagnostica cuando el niño/a:

Después del parto, es normal que los recién nacidos pierdan entre un 8% y un 10 % del peso en los primeros tres días de vida, sin embargo entre los 10 y 15 días debería recuperar el peso de nacimiento. Si en el control de la díaada el bebé no ha subido de peso en relación al peso del alta de la maternidad, hacer una muy buena historia clínica con el número de mamadas en 24 horas, número de pañales mojados y sucios, observar la mamada, y controlar a las 24 a 48 horas, luego de diagnosticada y solucionada la causa, hasta asegurar un incremento de peso igual o mayor a 20 gramos diarios [43] [p. 88].

Origen/causas

La mayoría de las veces, el lento incremento ponderal se relaciona con una técnica de amamantamiento ineficiente, la cual se puede deber a:

- Baja frecuencia de mamadas (menos de ocho veces en 24 horas)
- Succión inefectiva (debido por ejemplo a sobre abrigo del niño/a, succión disfuncional, o anquiloglosia (frenillo sublingual corto)
- Dolor materno al amamantar (pues inhibe la eyección de leche)
- Suplementación con agua o con fórmula.
- Falta de confianza y de apoyo familiar, así como problemas de salud de la madre y/o del niño(a), son factores contribuyentes[83].

2.2.1. Manejo Clínico del incremento Ponderal Insuficiente

Optimizar las rutinas de alimentación:

- Aumentar la frecuencia de las mamadas (de 8 a 12 veces en 24 horas), despertando y desabrigando al niño(a) antes de cada alimentación, para asegurarse de que mame efectivamente. Se puede apoyar el trabajo de la succión con la técnica de "mano de bailarina" que otorga soporte a la mandíbula inferior. Es útil en niños muy pequeños y prematuros.
- Evaluar que la succión sea funcional y efectiva.
- Facilitar la eyección de leche con masajes en ambos pechos antes de amamantar y uso de paños tibios para producir vasodilatación.
- Considerar la compresión mamaria durante la sesión de amamantamiento
- Optar por posiciones para amamantar que sean cómodas tanto para el niño(a) como para la madre.
- Indicar contacto piel a piel frecuente, descubrir las manos del lactante por eventual uso de mitones. Sugerir acople espontáneo (reflejo de acople espontáneo presente hasta el mes de vida)
- Apoyar a la mujer en todo momento, en la solución de problemas específicos de lactancia que pueden estar interfiriendo en la ganancia de peso del niño/a (dolor al amamantar, congestión mamaria, grietas del pezón, mastitis, reflejo eyecto-lácteo exagerado, entre otros).
- Considerar la administración adicional de leche, considerando siempre que la primera opción de suplementación es la leche de la propia madre, con algún sistema que permita luego continuar con la lactancia directa (cuchara, vasito, suplementador al dedo), explicándole a la madre que la suplementación será transitoria, hasta que el niño/a normalice su peso. Si el niño o niña logra acoplarse y succionar bien, la primera opción para dar leche extraída o fórmula sería una sonda al pecho mediante técnica de reinducción. Si no puede succionar en forma directa del pecho efectivamente, efectuar extracciones de leche al menos 8 en 24 horas para no disminuir la producción.
- Si a pesar de estas intervenciones descritas se mantiene el mal incremento de peso, se debe considerar la suplementación con leche materna y/o fórmula según cada caso y derivar a médico.

Los indicadores para determinar el mal incremento ponderal son:

- Pérdida de peso mayor al 10% del de referencia de nacimiento, durante los primeros tres días de vida,
- Peso de nacimiento no recuperado a los 15 días de vida y/o
- Curva de crecimiento plana.

2.2.2. Pérdida crítica de peso

Frente a casos de mal incremento ponderal, tomar las medidas correspondientes a tiempo se transforma en una urgencia, puesto que el niño/a puede caer en una situación de pérdida de peso crítica, la cual requiere de suplementación inminente cubriendo el 100% de los requerimientos nutricionales. Esta situación extrema, pone peligro la vida del niño/a, por lo que requiere de la realización de un examen físico exhaustivo, en búsqueda de signos y síntomas tales como: recién nacido/a muy enflaquecido, con llanto apático y débil, no come, duerme durante largos períodos para ahorrar energía, orina escasa y signos de deshidratación. Frente a estos casos se requiere de la evaluación médica inmediata, considerar la derivación a servicio de urgencia y activar el sistema de referencia y contrareferencia, para apoyar a la madre una vez superado la fase aguda del problema y que no se transforme en una causa de destete precoz. En casos de desnutrición de varias semanas, cuando el niño/a logra sobrellevarlo, puede parecer activo e hiperalerta, sin embargo estar muy por debajo del peso para la edad. En estos casos la suplementación debe ser efectuada en forma urgente y controlada para evitar un síndrome de realimentación.

La suplementación al pecho es el método recomendado para suplementar transitoriamente a un niño/a que requiere de alimentación láctea complementaria, mientras recupera su peso y la madre aumenta su producción de leche.



Suplementador casero. Fuente: Unicef[38]

2.3. Reinducción de la lactancia/relactación.

Es el proceso mediante el cual se estimula la producción de leche en madres que por alguna razón han interrumpido su lactancia exclusiva[84]. La evidencia científica reporta diversos estudios con excelentes resultados que confirman que la recuperación de la lactancia materna exclusiva es posible[85], [86].

Dentro de las circunstancias más frecuentes en que se requiere reinducir la lactancia, se encuentran:

- Recién nacidos enfermos o prematuros que no pudieron ser amamantados inicialmente y que han estado varias semanas sin hacerlo.
- Lactantes que fueron destetados precozmente, ya sea por enfermedad propia o de la madre, por manejo inadecuado de problemas de lactancia, o por estudio y/o trabajo materno[87].

El proceso de reinducción de la lactancia plantea dentro de sus principales desafíos, apoyar a la madre para que pueda recuperar la confianza en su capacidad de amamantar y por otro lado, recuperar la succión funcional del lactante y lograr que este succione de una mama con insuficiente producción de leche [88].

La madre podrá recuperar la confianza en su capacidad de amamantar, si cuenta con el apoyo oportuno y refuerzo permanente por parte del equipo de salud y de su familia. Es muy importante ayudar a la madre a verbalizar sus problemas y a visualizar estrategias de apoyo familiar, tanto desde el punto de vista práctico como emocional con el fin de compartir la responsabilidad y demandas de la vida diaria. En esta etapa, es ideal contar con la presencia del padre y la familia en el momento de la intervención profesional.

El segundo desafío del proceso de reinducción de lactancia, es recuperar la succión funcional del lactante. Para ello, se requiere en primera instancia, realizar un adecuado examen de boca del lactante y observar el amamantamiento. De esta manera será posible determinar si el niño(a) requiere reeducación de la succión.

En caso en que el niño/(a) presente una succión disfuncional, se recomienda eliminar todo tipo de succión con chupete (mamadera y/o entretención) y la realización de masajes en la lengua del niño(a). Se entiende por succión disfuncional aquella en donde el niño/a modifica su patrón de succión deglución, en donde los labios y la lengua alteran su posición para succionar el chupete, lo cual se repite al succionar el pecho materno, haciendo que el niño/a tome sólo el pezón empujándolo con la punta de la lengua en vez de envolverlo como es la función fisiológica [42]. Dado lo anterior, se deben escoger métodos de alimentación que no interfieran con la succión funcional del pezón: vasito, cuchara o suplementador al dedo.

El suplementador al dedo consiste en la administración de leche materna o artificial a través de una sonda de alimentación fina, cuyo extremo distal se encuentra adherido a una jeringa que contiene la leche o sumergido en una mamadera. El extremo proximal de la sonda se adhiere mecánicamente al pulpejo del dedo índice de la persona que le administrará la leche.



Administración de leche extraída por sonda al dedo. Fuente: Unicef[38]

De esta manera, se logra que el niño(a) reeduce su succión, pues el dedo se adapta a las estructuras anatómicas de su boca, estimulando la recuperación de la succión funcional, para ello, se debe comenzar a gotear leche, y cuando el niño succiona, tratar de retirar el dedo, para que lo envuelva con la lengua y trate de meterlo más a la boca, asemejando la succión al pecho. Sin embargo, no hay dispositivo alguno que reemplace al pezón, por lo que el uso prolongado del suplementador al dedo, podría de igual manera dificultar el acoplamiento directo al pecho, razón por la cual, el uso de este dispositivo debe ser transitorio y con supervisión del o la profesional capacitado/a.

Por último, se requiere lograr que el lactante succione de una mama con insuficiente producción de leche. Para ello, se requiere del uso de una técnica que se base en la fisiología de la lactancia, lo que se traduce en que la producción de leche depende de la estimulación y vaciamiento frecuente de las mamas.

2.3.1. Manejo clínico de la Reinducción de la lactancia/re lactación

El manejo clínico del proceso de reinducción de lactancia, va a depender de la aceptación o rechazo por parte del niño(a) a acoplarse al pecho de su madre.

Si el niño(a) acepta acoplarse al pecho:

- Recomendar a la madre que amamante frecuentemente al niño/a (cada una a dos horas) si éste no rechaza el pecho. Si es necesario usar alarma o despertador.
- Utilizar el suplementador al pecho, según la evaluación realizada al binomio madre-hijo/a (ej: en todas las mamadas, mamada por medio, cada dos mamadas, dependiendo si el niño/a es adoptivo, o si el destete ha sido total o parcial), con el relleno de leche de acuerdo a los requerimientos nutricionales del lactante, usando la mitad de la fórmula en cada mama. El uso de este sistema tiene la finalidad de proporcionar un flujo continuo de leche mientras el niño(a) succiona del pezón, estimulando de esta manera la producción de leche. Esto se logra porque el dispositivo utilizado como suplementador de leche se "conecta" al pezón a través de una sonda de alimentación.

Es posible fabricar un suplementador artesanal conectando el extremo inferior de una sonda nasogástrica a un vaso o mamadera con el relleno de leche, y el otro extremo en la boca del niño junto al pezón de la madre.

Si el niño(a) rechaza el pecho:

- Recomendar a la madre que lo alimente a través del suplementador al dedo o con vasito, haciéndolo muy cerca del pecho, idealmente en contacto piel con piel, de manera de ir introduciendo gradualmente el pezón.
- Estimular la producción láctea con extracción manual o con bomba de extracción de leche (manual o eléctrica), cada dos a tres horas, alrededor de 10 minutos por mama.
- Incentivar el contacto piel con piel y la posición biológica, que active los reflejos innatos del niño/a para amamantar.
- Reconocer signos tempranos de hambre, ya que el llanto es un signo tardío y el niño/a no tendrá paciencia de probar algo diferente
- Reforzar la técnica correcta de acoplamiento boca-pezón para que la madre la ensaye con su hijo(a) antes de cada alimentación, ya que el niño(a) puede recuperar la succión funcional en cualquier momento. Una vez que el niño(a) recupera la succión funcional, se continúa con la alimentación por medio de suplementador al pecho, ya que al salir leche por la sonda adosada al pecho, es un estímulo para la succión funcional.

Existen algunas otras medidas recomendadas por la literatura científica que son útiles para el proceso de reinducción de lactancia:

- Dormir con el niño(a) como el contacto corporal piel con piel madre-hijo(a), por sus efectos en la mayor producción de leche y duración de la lactancia materna. La primera se explica porque cuando el niño(a) duerme con su madre aumenta el número de mamadas nocturnas y la segunda, por su efecto en la mayor liberación de prolactina y ocitocina [89]. Para realizar un colecho seguro se deben tomar ciertas precauciones para proteger al niño/a de una posible asfixia, dentro de las cuales las más importantes son: No compartir la cama con el niño/a si la madre o cualquier otra persona que duerme en la misma cama fuma; si ha consumido alcohol, alguna droga o medicamento (que cause que tenga el sueño más pesado que de costumbre); esté más cansada/o que de costumbre (lo que dificultaría su despertar en caso que el niño/a lo requiriera), no tapar al niño con frazadas o sábanas, no dejarlo cerca de almohadas. No se aconseja dormir con el bebé en un sofá, ni dejarlo durmiendo solo en una cama para adultos[90].
- Apoyo y monitoreo frecuente según el plan de acción de cada familia y flujograma de CLM de cada establecimiento hasta la instalación definitiva de la lactancia materna, para ir disminuyendo de manera segura el número y volumen de la fórmula hasta su eliminación total. Un estándar sugerido sería cada 3 días con posibilidad de realizar consultas espontáneas intermedias en caso de ser necesario.

2.4. Inducción de la lactancia

Se entiende por inducción de lactancia al proceso de producción de leche materna en una que no estuvo embarazada previamente, como es el caso de las madres adoptivas.¹²

2.4.1. Manejo clínico de la Inducción de la lactancia

Algunos aspectos claves a considerar para el manejo clínico de la inducción de la lactancia son:

- Toda madre que está en proceso de toma de decisiones de amamantar a su hijo(a) adoptivo(a)¹³ debe considerar la gran gama de ventajas (no sólo nutricionales) que ofrece la lactancia materna, valorando la contribución a la salud integral de su hijo(a) por sobre la cantidad de leche que pueda llegar a producir. Lo anterior, debido a que la mayoría de las madres adoptivas producen leche para satisfacer el 50% de los requerimientos nutricionales de sus hijos(as); aunque también es posible que lo logren en un 100%, sobre todo si han tenido la experiencia de amamantar anteriormente. De hecho, de acuerdo a estudios científicos realizados, las madres destacan que lo más valioso de su experiencia de amamantar no es tanto la capacidad de producir leche, sino el fortalecimiento de la relación con su hijo(a), el bienestar emocional y el contacto corporal con éste(a).
- El porcentaje de éxito de la lactancia inducida se ha relacionado con la edad del niño(a), siendo más exitosa a menor edad. Según la literatura científica, alrededor de la mitad de los lactantes mayores de cuatro meses logran ser amamantados, en comparación con los menores de dos meses, que lo logran en un 75%. Sin embargo, debido a que todo binomio madre-hijo(a) es diferente, lo apropiado es siempre intentarlo, independientemente de la edad del niño(a) si la madre manifiesta interés, incluso si se trata de gemelos[94].

^{12,13} Entiéndase Madre, hijo o hija, adoptivo de acuerdo a la "Ley 19620, Adopción; Derechos del niño; Adopción de menores, 05-AGO-1999.

- En el proceso de inducción de la lactancia, la madre puede experimentar modificaciones tanto en su ciclo menstrual (disminución del flujo, ciclos irregulares o amenorrea) como en sus mamas (aumento de tamaño, peso y sensación de plenitud). El equipo de salud que atiende a la madre debe anticiparle la posibilidad de ocurrencia de estas manifestaciones.
- Los pezones de la madre adoptiva no han experimentado los cambios propios de la gestación (pigmentación y lubricación), por lo que la succión del lactante le puede producir dolor e irritación en la piel. Para evitar esta situación es indispensable asegurar un adecuado acoplamiento del niño(a) al pezón-areola y el uso de un lubricante para la piel, como la lanolina.
- Previo a la inducción, debemos valorar a la madre desde una perspectiva biopsicosocial.
- Se deben solicitar pruebas serológicas para evitar la transmisión vertical.
- La energía adicional que requiere la madre para la producción de leche la debe obtener incrementando su ingesta calórica diaria, ya que la madre adoptiva no posee la reserva de grasa que en circunstancias normales se acumula durante el embarazo. La recomendación para una madre con estado nutricional normal es de aproximadamente 300 calorías/día adicionales.
- El tiempo que demora el inicio de la producción de leche es diferente según si la madre ha amamantado con anterioridad o no lo ha hecho. En el primer caso, en general, la leche "aparece" en la primera semana, y cuando la madre no ha tenido la experiencia de amamantar, las primeras gotas de leche comienzan a salir durante la segunda semana. Luego, semana a semana el volumen va aumentando progresivamente (incluso hasta el sexto mes de inducción) hasta estabilizarse en un patrón de producción.

Por último, es necesario reforzar que el éxito de la inducción y de la reinducción de lactancia depende fundamentalmente de tres factores: gran motivación de la madre, estimulación frecuente del pezón, y un sistema de apoyo familiar y del equipo de salud para reforzar y mantener la confianza de la madre.

El mayor desafío de la inducción y reinducción de la lactancia es lograr que el niño(a) se acople funcionalmente al pezón-areola y mame de un pecho sin leche. La producción de leche depende fundamentalmente de la estimulación del pezón y de la remoción de la leche de la mama. De hecho, se sabe que en ausencia de succión la producción de leche se interrumpe entre los 14 y 21 días.

Por lo tanto, la clave de todo protocolo de inducción y reinducción de la lactancia es la estimulación del pezón lo más frecuente posible, ojalá con una periodicidad similar a la de la alimentación de un recién nacido (cada una y media a tres horas). Los protocolos de inducción no dan recomendaciones de estimulación de las mamas si la madre no la puede realizar con dicha frecuencia.

Es conveniente que si la madre sabe con anticipación la fecha probable de llegada de su hijo(a) y cuenta con tiempo para la estimulación frecuente de sus mamas, comience a prepararlas mediante la técnica de extracción manual, alrededor de dos meses antes de la llegada del niño(a). La indicación de estimulación de las mamas debe considerar que se realice de forma progresiva, hasta alcanzar alrededor de 10 minutos por lado. También puede hacerse con una bomba manual o eléctrica; la bomba eléctrica de aplicación bilateral es una buena opción ya que maximiza la estimulación y ahorra tiempo a la madre. Sin embargo, algunas mujeres refieren éxito con la extracción manual.

Cuando la madre no tiene tiempo para estimular sus mamas o su hijo(a) ya ha llegado a la casa, se inicia la inducción de la lactancia mediante la alimentación del niño(a) al pecho (cada dos a tres horas) con un suplementador de leche con sonda al pecho (descrito anteriormente). Esta forma de administrar la leche permite que el niño(a) cubra sus requerimientos nutricionales y, a la vez, estimule el pecho de su madre, para que esta comience a producir su propia leche, junto con favorecer el establecimiento del vínculo afectivo.

No es indispensable el uso de galactogogos para iniciar la lactancia inducida o apurar el proceso de producción de leche, tal como lo afirman expertos en manejo clínico de la lactancia. La evidencia científica no es concluyente sobre la necesidad y efectividad del uso de galactogogos para simular los cambios fisiológicos que experimentan las mamas durante el embarazo. Existen estudios que señalan que estos procesos son perfectamente posibles sin el uso de galactogogos y basta la estimulación de las mamas a través de la succión del niño(a)[95].

2.5. Crisis transitoria de lactancia

La crisis transitoria de lactancia no necesariamente ocurre en todos los casos, pero puede producirse cuando el niño(a) ha experimentado un aumento de peso considerable y la producción de leche materna temporalmente no lo satisface del todo. Generalmente se presenta entre el segundo y tercer mes de vida del niño(a) y puede repetirse a lo largo del proceso de amamantamiento cada dos a tres meses o cada vez que el niño(a) experimente un alza considerable de peso. Esta crisis transitoria se caracteriza por una mayor irritabilidad en el niño(a), que comienza a mamar más seguido de lo acostumbrado, y la madre siente las mamas vacías. Sin embargo, el niño(a) mantiene el buen incremento ponderal.

Frente a esta situación se debe acoger a la madre y explicarle que es una circunstancia **normal y transitoria**, que se resolverá en la medida en que ella responda a la mayor demanda de su hijo(a), pues de esta manera aumentará su producción de leche y dará respuesta a los nuevos requerimientos. Además, se debe revisar con la madre su alimentación y sobrecarga laboral de manera que, por algunos días y dentro de sus posibilidades, pueda descansar y mejorar su alimentación si el caso lo requiere. Si la madre lleva a cabo estas prácticas, generalmente la crisis se supera en un lapso de alrededor de una semana. Cabe destacar que es importante anticiparle a la madre que esta situación podría repetirse durante la lactancia.

2.6. Lactancia en bebés múltiples

El primer mensaje que se les debe entregar a las madres y padres es que sí se puede amamantar después de un parto múltiple. Es frecuente que estos niños sean suplementados sin ser necesario, comprometiendo la continuidad de la lactancia.

En general, los niños múltiples de término tienen las mismas necesidades que el resto de los niños (as). Sin embargo, el rol que debe desempeñar la madre es mucho más complejo.

Recomendaciones:

- En el periparto, se mantienen las recomendaciones generales: contacto piel con piel alojamiento conjunto, alimentación a libre demanda considerando signos tempranos de hambre, entre otros.
- Inicialmente se sugiere amamantar de forma diferida, hasta al menos que uno de los múltiples se alimente de forma adecuada (core curriculum). Además, se sugiere fijar metas a corto plazo, de forma de no abrumar y presionar a las madres.
- Posteriormente se recomienda alimentar a ambos bebés a la vez. Es frecuente que un bebé mame de forma más eficiente que el otro, lo que puede contribuir a mejorar el vaciamiento del pecho y la producción de leche. Sin embargo, siempre considerar que la forma más adecuada de amamantar variará en relación a las características particulares de cada madre y sus hijos/as.
- Además, se recomienda mantener una programación y registro para ir alternando a los niños/as en los pechos. Esto es especialmente útil cuando hay más de dos niños/as, ya que frecuentemente se van alternando su turno de amamantar de forma directa.
- Preferir posiciones que faciliten el descanso materno.
- Es fundamental que la madre active redes de apoyo cercanas para colaborar en las diferentes labores relacionadas a los niños y al hogar y para que se facilite el descanso materno.
- Recordar siempre mantener una visión positiva: cualquier dosis de leche materna es mejor que nada.

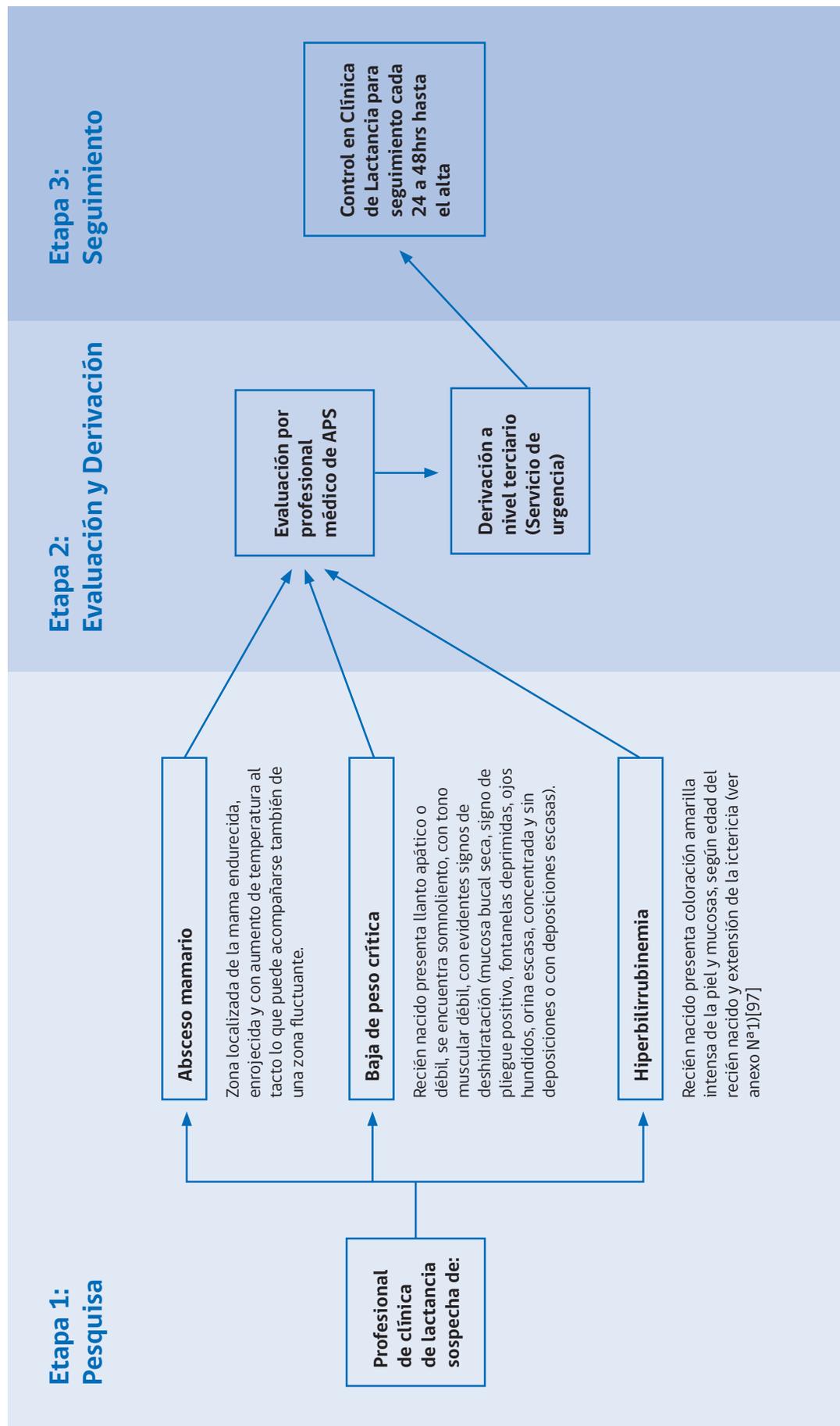


Lactancia en gemelos. Fuente: Unicef[38]

3. Flujograma de derivación de casos complejos que no puedan ser atendidos en el nivel primario de atención - Banderas rojas de alerta

La mayoría de los problemas o situaciones que pueden poner en riesgo la lactancia materna, tienen resolución en el nivel primario de atención, si se consideran algunos criterios básicos de apoyo durante este periodo como son: apoyo precoz para la instalación de la lactancia, detección oportuna e intervención adecuada de problemas de lactancia (de origen materno y/o del niño/a), seguimiento y monitoreo permanente hasta la resolución del problema. Sin embargo existen casos o situaciones como el absceso mamario, la hiperbilirrubinemia (para su pesquisa, ver "Evaluación y manejo de la ictericia en control de salud del recién nacido" de la Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud) y/o baja de peso crítica del recién nacido, que requieren de resolución en unidad de urgencia del servicio de obstetricia y ginecología o pediatría, según corresponda, del nivel terciario de atención.

Flujograma de derivación de casos complejos que no puedan ser atendidos en el nivel primario de atención – Banderas rojas de alerta.



Capítulo IV: Indicadores de calidad de la Clínica de Lactancia y Plan de Monitoreo

En este capítulo proponemos indicadores de calidad, de monitoreo y seguimiento; los cuáles permitirán a las comisiones regionales y locales de Lactancia Materna, supervisar y elaborar estrategias que puedan generar impacto en el tiempo.

1. Indicadores de calidad de la atención de clínica de lactancia

A continuación se presentan algunos indicadores que son necesarios de levantar una vez que ya se ha incorporado la prestación de Clínica de lactancia, con el objetivo de poder medir su impacto clínico.

Indicador	Fórmula de cálculo
% de atenciones consulta de alerta	$\text{N}^\circ \text{ de atenciones por } \text{n}^\circ \text{ de consultas de CLM realizadas} * 100$
% de niños y niñas menores de 6 meses ingresados a CLM	$\text{N}^\circ \text{ de ingresos a CLM de niñas y niños menores de 6 meses} / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas menores de 6 meses bajo control} * 100$
Promedio de controles de niños y niñas atendidos en CLM	$\text{N}^\circ \text{ de controles de seguimiento de CLM en niñas y niños menores de 6 meses}$
% de Egresos de CLM con LME	$\text{N}^\circ \text{ de Egresos de CLM con LME} / \text{N}^\circ \text{ Total de Egresos de CLM} * 100$

2. Indicadores de monitoreo y seguimiento

Los siguientes indicadores se medirán en el control de día (ingreso), en el control del mes y del 6to mes.

Indicador	Fórmula de Cálculo
% de RN hasta los 28 días de vida que asisten a CLM	$\text{N}^\circ \text{ de RN hasta los 28 días de vida que asisten a CLM} / \text{N}^\circ \text{ Total de RN que ingresan a control en CESFAM} * 100$
% de niños y niñas entre uno y tres meses que asisten a CLM	$\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas entre uno y tres meses} / \text{N}^\circ \text{ de niños y niñas entre uno y dos meses bajo control} * 100$
% de niños y niñas entre cuatro y seis meses que asisten a CLM con LME	$\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas entre cuatro y seis meses con LME que asisten a CLM} / \text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de entre tres y seis meses bajo control} * 100$
% de niños y niñas entre siete y 12 meses que asisten a CLM	$\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas entre siete y 12 meses con LM que asisten a CLM} / \text{N}^\circ \text{ de niños y niñas entre siete y 12 meses bajo control} * 100$

3. Sistema de monitoreo y seguimiento

La medición de los indicadores se realizará cada 6 meses:

1º Corte a Junio: Población en control de día y en control de salud infantil en Junio

2º Corte a Diciembre: Población en control de día y en control de salud infantil en Diciembre

Bibliografía

- [1] Ministerio de Salud de Chile, "Vigilancia del Estado Nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile," Santiago, 2014.
- [2] Ministerio de Salud de Chile, "Informe Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria," Santiago, 2013.
- [3] UNICEF, "Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial." [Online]. Available: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
- [4] OMS/ UNICEF, "La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral," Washington, DC, US, 2009.
- [5] OMS, "Social Determinants of Health. The Solid Facts," Copenhagen, 2003.
- [6] Ministerio de Planificación, "Ley 20.379 Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia 'chile crece contigo,'" 27-Dic-2012, 2012. [Online]. Available: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>.
- [7] Chile Crece Contigo, "Lactancia Materna," 2009. [Online]. Available: <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/0-a-12-meses/lactancia-materna/>. [Accessed: 30-Aug-2016].
- [8] B. Sinha, R. Chowdhury, M. J. Sankar, J. Martines, S. Taneja, S. Mazumder, N. Rollins, R. Bahl, and N. Bhandari, "Interventions to Improve Breastfeeding Outcomes: Systematic Review and Meta Analysis," *Acta Paediatr.*, p. n/a-n/a, 2015.
- [9] M. Marmot, "Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health inequalities in England post 2010.," 2010.
- [10] V. Silva and H. Milman, "Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2'10," Santiago, 2010.
- [11] K. Kendall-Tackett, "It's Not Just Milk—It's Relationship. Recent Findings in Neuroscience Show Breastfeeding's Effects Throughout the Lifespan," *Clin. Lact.*, vol. 5, no. 2, 2014.
- [12] J. Groër, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, "Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding," *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, vol. 31, no. 4, pp. 411-417, 2002.
- [13] A. Olson, T., Holtslander, L., Bowen, "Mother's Milk, Mother's Tears. Breastfeeding With Postpartum Depression," *Clin. Lact.*, vol. 5, 2014.
- [14] K. Kendall-Tackett, Z. Cong, and T. W. Hale, "The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being, and postpartum depression," *Clin. Lact.*, vol. 2, no. 2, pp. 22-26, 2011.
- [15] M. W. Groër, M. W., & Davis, "Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders," *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, vol. 35, no. 5, pp. 599-607, 2006.
- [16] C. Victora, R. Bahl, A. J. D. Barros, G. Fraca, S. Horton, J. Krasevec, S. Mucrch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins, "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.," *Lancet*, vol. 387, no. 10017, pp. 475-490, 2016.
- [17] J. P. Shonkoff, A. S. Garner, B. S. Siegel, M. I. Dobbins, M. F. Earls, L. McGuinn, and D. L. Wood, "The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress," *Pediatrics*, vol. 129, no. 1, pp. e232-46, 2012.
- [18] E. Laranjo, J., Bernier, A. & Meins, "No TitleAssociations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity," *Infant Behav. Dev.*, vol. 31, pp. 688-695, 2008.

- [19] H. Tharner, A., Luijk, M. P., Raat, H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., ... & Tiemeier, "Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment," *J. Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 33, no. 5, pp. 396-404, 2012.
- [20] H. JJ, E. SF, S. JA, P. SR, and H. R, "Impact of postnatal depression on breastfeeding duration," *Birth*, vol. 30, no. 3, pp. 175-80, 2003.
- [21] Organización Mundial de la Salud, "Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural," 1998.
- [22] M. Kronborg, H., & Vaeth, "The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding," *Scand. J. Public Health*, vol. 32, no. 3, pp. 210-216, 2004.
- [23] D. Stern, *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós Ibérica, 1997.
- [24] L. Hannula, M. Kaunonen, and M. T. Tarkka, "A systematic review of professional support interventions for breastfeeding," *J. Clin. Nurs.*, vol. 17, no. 9, pp. 1132-1143, 2008.
- [25] R. Khresheh, A. Suhaimat, F. Jalamdeh, and L. Barclay, "The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial," *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 48, no. 9, pp. 1058-1065, 2011.
- [26] S. Meedy, K. Fahy, and A. Kable, "Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review," *Women and Birth*, vol. 23, no. 4, pp. 135-145, 2010.
- [27] K. Shealy, R. Li, S. Benton-Davis, and L. M. Grummer-Strawn, "Support for breastfeeding in the workplace," *CDC Guid. to Breastfeed. Interv.*, pp. 7-12, 2005.
- [28] C. a. Friesen, L. J. Hormuth, and T. L. Cardarelli, "Community-Based Participatory Initiatives to Increase Breastfeeding Rates in Indiana," *J. Hum. Lact.*, vol. 31, no. 4, pp. 600-606, 2015.
- [29] I. J. Hudson, G. Rutledge, and D. Roberts Ayers, "A Case Study of Michigan's Breastfeeding Initiative: The Role of Coalitions in Community-Based Breastfeeding Support," *J. Hum. Lact.*, vol. 31, no. 4, pp. 611-613, 2015.
- [30] J. M. De Almeida, S. D. A. B. Luz, and F. D. V. Ued, "Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura," *Rev. Paul. Pediatr.*, vol. 33, no. 3, pp. 355-362, 2015.
- [31] I. B. Ahluwalia, B. Morrow, and J. Hsia, "Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System," *Pediatrics*, vol. 116, no. 6, pp. 1408-1412, 2005.
- [32] A. Johnson, R. Kirk, K. L. Rosenblum, and M. Muzik, "Enhancing Breastfeeding Rates Among African American Women: A Systematic Review of Current Psychosocial Interventions," *Breastfeed. Med.*, vol. 10, no. 1, pp. 45-62, 2015.
- [33] M. Kaunonen, L. Hannula, and M. T. Tarkka, "A systematic review of peer support interventions for breastfeeding," *J. Clin. Nurs.*, vol. 21, no. 13-14, pp. 1943-1954, 2012.
- [34] A. M. Johnson, R. Kirk, and M. Muzik, "Overcoming Workplace Barriers : A Focus Group Study Exploring African American Mothers ' Needs for Workplace Breastfeeding Support," *J. Hum. Lact.*, vol. 3, pp. 425-33, 2015.
- [35] D. Groleau, C. Sigouin, and N. Anne, "Health & Place Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context : When motherhood meets poverty," *Health Place*, vol. 24, pp. 250-259, 2013.
- [36] K. L. Darwent and L. E. Kempenaar, "A comparison of breastfeeding women's, peer supporters' and student midwives' breastfeeding knowledge and attitudes," *Nurse Educ. Pract.*, vol. 14, no. 3, pp. 319-325, 2014.
- [37] K. S. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, "Support for breastfeeding mothers," 2007.
- [38] UNICEF, "Únete por la Niñez. Curso de Lactancia Materna," 2005. [Online]. Available: <http://www.unicef.cl/lactancia/index.html>. [Accessed: 06-Sep-2016].

- [39] K. M. HANNULA L and T. M-T, "A systematic review of professional support interventions for breastfeeding," *J. Clin. Nurs.*, vol. 17, pp. 1132-1143, 2008.
- [40] K. Glanz, B. Rimer, and F. Marcus Lewis, *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Library of Congress Catalogin-in Publication Data, 2002.
- [41] Ministerio de Salud de Chile, "Ley 20.548 de deberes y derechos de los pacientes." Santiago, p. 13, 2012.
- [42] Ministerio de Salud de Chile, *Manual de lactancia Materna. Contenidos Técnicos para profesionales de la Salud*. Santiago, 2010.
- [43] Ministerio de Salud de Chile, "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud." MINSAL, Santiago, p. 398, 2014.
- [44] Ministerio de Salud de Chile, "Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia." Santiago, p. 59, 2015.
- [45] Ministerio de Salud de Chile, *Manual de lactancia Materna*. Santiago, 2010.
- [46] Ministerio de Salud de Chile, Organización Panamericana de la Salud, and Organización Mundial de la Salud, "Referencia OMS para la evaluación antropométrica en niños y niñas menores de 6 años." MINSAL, Santiago, p. 36, 2006.
- [47] C. Lucchini and F. Márquez, "Prevención, detección e intervención en los problemas más frecuentes durante el proceso de amamantamiento," in *Lactancia Materna. Un círculo virtuoso de vida*, 1a., C. Lucchini Raies and F. Márquez Doren, Eds. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2015, pp. 111-127.
- [48] M. a Alonso Álvarez and R. García Mozo, "Protocolos de Digestivo. Trastornos digestivos menores en el lactante," *Bol Pediatr*, vol. 46, pp. 180-188, 2006.
- [49] M. Courdent and La Leche League International, "La deposición en el recién nacido," *Nuevo comienzo*, vol. 16, no. 3, 2004.
- [50] C. N. de Chile, "Guía legal sobre: Protección a la maternidad. Enumera los beneficios sociales y laborales a los que tienen derechos las madres trabajadoras," 2011. [Online]. Available: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/proteccion-a-la-maternidad>.
- [51] subsecretaría del T. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, "Ley 20.367 modifica el código del trabajo y hace extensivo permiso a la madre en caso de adopción de un menor," 2009. [Online]. Available: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1004842>.
- [52] Ministerio de Salud de Chile, "Normas técnicas sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos." Santiago, pp. 1-168, 2001.
- [53] E. G. MD, M. C. D, M. S. R, G. V. E, and S. S. P, "Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna," *An. Esp Pediatr*, vol. 56, no. 2, pp. 144-50, 2002.
- [54] P. Tait, "Nipple pain in breastfeeding women:causes, treatment, and prevention strategies.," *Journal of Midwifery Women's Heal.*, vol. 45, pp. 212-215, 2000.
- [55] J. I. Andrews, D. K. Fleener, S. A. Messer, W. F. Hansen, M. A. Pfaller, and D. J. Diekema, "The yeast connection : is Candida linked to breastfeeding associated pain ?," no. October, pp. 1-4, 2007.
- [56] S. Delgado, R. Arroyo, E. Jiménez, L. Fernández, and J. M. Rodríguez, "Mastitis infecciosas durante la lactancia : un problema infravalorado (I)," vol. 67, no. 2, pp. 77-84, 2009.
- [57] D. L. Beck, K. M. Hunt, J. A. Foster, L. J. Forney, U. M. E. Schu, L. K. Fox, J. E. Williams, M. K. McGuire, and M. A. McGuire, "Characterization of the Diversity and Temporal Stability of Bacterial Communities in Human Milk," vol. 6, no. 6, pp. 1-8, 2011.

- [58] S. WIENER, "Diagnosis and Management of Candida of the Nipple and Breast," *J. Midwifery Womens. Health*, vol. 51, no. 2, pp. 125-128, 2006.
- [59] H. YL and I. VF, "Constructing compatibility: managing breast-feeding and weaning from the mother's perspective," *Qual Heal. Res*, vol. 12, pp. 897-914, 2002.
- [60] S. D. Colson, J. H. Meek, and J. M. Hawdon, "Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding," *Early Hum. Dev.*, vol. 84, pp. 441-449, 2008.
- [61] P. SM. and M. DS., "Vasospasm of the nipple presenting as painful lactation," *Obs. Gynecol*, vol. 108, p. 806-808, 2006.
- [62] W. M., C. R., and W. M., "Raynaud's phenomenon of the nipple," *Obs. Gynecol*, vol. 119, pp. 447-449, 2012.
- [63] M. M. Benis, "Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding?," *Adv. Neonatal Care*, vol. 2, no. 5, pp. 259 - 266, 2002.
- [64] R. Araya and P. Vargas, "Efectividad del uso de la leche materna en comparación al tópico de lanolina modificada en el tratamiento de las grietas de pezón en mujeres que amamantan a sus recién nacidos," Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003.
- [65] L. Borucki, "Breastfeeding mothers experiences using a supplemental feeding tube device: finding an alternative," *J. Hum. Lact.*, vol. 21, no. 4, pp. 429-438, 2005.
- [66] T. W. Hale, T. L. Bateman, M. A. Finkelman, and P. D. Berens, "The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis," *Breastfeed Med*, vol. 4, no. 2, pp. 57-61, 2009.
- [67] L. H. Amir, S. M. Donath, S. M. Garland, S. N. Tabrizi, C. M. Bennett, M. Cullinane, and M. S. Payne, "Does *Candida* and/or *Staphylococcus* play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia," *BMJ Open*, vol. 3, no. 3, pp. e002351-e002351, 2013.
- [68] C.-L. Dennis, K. Jackson, and J. Watson, "Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 12, no. 12, p. CD007366, 2014.
- [69] J. Francis-Morrill, M. J. Heinig, D. Pappagianis, and K. G. Dewey, "Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women.," *J. Hum. Lact.*, vol. 20, no. 3, pp. 288-95-9, 2004.
- [70] M. M. Heller, H. Fullerton-stone, and J. E. Murase, "Caring for new mothers : diagnosis , management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers," pp. 1149-1161, 2012.
- [71] S. Maas, "Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain and Mastitis," *Clin. Obstet. Gynecol.*, vol. 47, no. 3, pp. 676-682, 2004.
- [72] G. Álvarez-calatayud, E. Suárez, and J. Miguel, "La microbiota en la mujer ; aplicaciones clínicas de los probióticos," vol. 32, pp. 56-61, 2015.
- [73] E. Jiménez, L. Fernández, A. Maldonado, R. Martín, M. Olivares, J. Xaus, and J. M. Rodríguez, "Oral Administration of *Lactobacillus* strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation," *Appl. Environ. Microbiol.*, vol. 74, no. 15, pp. 4650-4655, 2008.
- [74] R. Arroyo, V. Martín, A. Maldonado, E. Jiménez, L. Fernández, and J. M. Rodríguez, "Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breast milk," *Clin. Infect. Dis.*, vol. 50, no. 1537-6591 (Electronic), pp. 1551-1558, 2010.
- [75] K. Riordan, Jan; Wambach, "Breast - related problems," in *Breastfeeding And Human Lactation*, 5th ed., J. & B. Learning, Ed. Burlington, 2015.
- [76] OMS/OPS/UNICEF, "Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del Participante." Washington, p. 194, 1993.

- [77] I. Issn, "DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales," *Rev. Chil. Neuropsiquiatr.*, vol. 52, no. 1, pp. 1-66, 2014.
- [78] N. MN, H. NH, A. AR, and Emilin WM, "Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review," *J Affect Disord*, vol. Apr 1, no. 175, pp. 34-52, 2015.
- [79] Ministerio de Salud de Chile, *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. 2013, p. 144.
- [80] M. J and Gemmill AW, "Screening for perinatal depression," *Best Pr. Res Clin Obs. Gynaecol*, vol. 28, no. 1, pp. 13-23, 2014.
- [81] T. Olson, "breastfeeding experiences in mothers with postpartum depression," no. July, 2012.
- [82] C. Campos, F. Márquez, and C. Lucchini, "El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: Una contribución de enfermería," *Cienc. y Enfermería*, vol. 8, no. 2, pp. 73-78, 2002.
- [83] WHO, "Breastfeeding and the use of water and teas," 1997.
- [84] R. Lawrence and R. Lawrence, *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 7a Ed. Missouri: Elsevier/ Mosby, 2011.
- [85] B. S, B. CR, and Kesaree N, "Initiation of lactation and establishing relactation in outpatients," *Indian Pediatr*, vol. 40, no. 4, pp. 343-7, 2003.
- [86] Seema, P. AK, and Satyanarayana L, "Relactation: an effective intervention to promote exclusive breastfeeding," *J Trop Pediatr*, vol. 43, no. 4, pp. 213-6, 1997.
- [87] Fuenmayor J, Á. de A. T, C. de R. I, and Rossell-Pineda M, "Relactancia método exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural," *An. Venez. Nutr.*, vol. 17, no. 1, pp. 12-17, 2004.
- [88] Organización Mundial de la Salud, "Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica," 1998.
- [89] B. PS, H. J, and Fleming PJ, "Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis," *Pediatrics*, vol. 126, no. 5, pp. e1119-26, 2010.
- [90] U. Uk, B. Friendly, and I. Deaths, "El bebé no debe dormir con sus padres en la misma cama," 2004.
- [91] C. Bryant, "Nursing the adopted infant," *J. Am. Board Fam. Med.*, vol. 19, no. 4, pp. 374-379, 2006.
- [92] V. Valdés and L. Montero, "Lactancia adoptiva: sí se puede," *Sitio Web del Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. .
- [93] American Academy of Family Physicians, "Breastfeeding, family physicians supporting," *Position Paper*. .
- [94] K. Szucs, S. Axline, and M. Rosenman, "Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins," *J. Hum. Lact.*, vol. 26, no. 3, pp. 309-313, 2010.
- [95] S. Lopes de Melo and E. Candido, "Hypogalactia treated with hand expression and translactation without the use of galactagogues," *J. Hum. Lact.*, vol. 25, no. 4, pp. 444-447, 2009.
- [96] OMS/UNICEF, "Iniciativa Hospital Amigo. Promoción y apoyo en un hospital amigo - curso de 20 horas.," 2008. [Online]. Available: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/es/.
- [97] Subcommittee on Hyperbilirubinemia, "Weeks of Gestation BACKGROUND," *Pediatrics*, vol. 114, no. 1, pp. 297-316, 2004.
- [98] Norma Técnica para la implementación de Bancos de Leche Humana en Chile, Subsecretaría de Salud Pública, DIPOL, Departamento de Nutrición y Alimentos, MINSAL, 2016.

Anexos

FICHA DE INGRESO CLINICA LACTANCIA MATERNA

N ° FICHA:

NOMBRE MADRE:

EDAD DE LA MADRE:

NIVEL EDUCACIONAL:

NÚMERO DE HIJOS:

TIEMPO DURACIÓN DE LACTANCIA ANTERIOR:

ACOMPAÑANTE DE LA MADRE:

NOMBRE RN Y/O LACTANTE:

A) ANTECEDENTES DEL NIÑO O NIÑA

Edad cronológica		Incremento ponderal promedio día		
Edad corregida		Longitud		
Perímetro cefálico		P/E		
Peso actual		T/E		
Peso anterior		P/T		
Dg. Nutricional	Desnutrición secundaria		Normal	
	Desnutrición		Riesgo obesidad	
	Riesgo bajo peso		Obesidad	

C) TIPO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A

LME		LA		Formula:
LM + LA		LA+ otro		Motivo del inicio de LA:

D) EXAMEN FÍSICO DEL LACTANTE Y REFLEJOS DE LACTANCIA

	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Micosis en cavidad oral			Reflejo de búsqueda del pezón y apertura de la boca		
Dientes			Reflejo de protrusión lingual		
Frenillo			Reflejo de succión		
Ictericia			Reflejo de deglución		
Dermatitis del pañal			Reflejo de extrusión		
Signos de deshidratación			Paladar duro y blando		

E) EXAMEN FÍSICO DE MAMAS Y PEZÓN

	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Congestión			Enrojecimiento		
Induración local			Micosis de pezón		
Dolor a la palpación			Reflejo eyecto láctico		
Dolor al amamantar			Grietas en pezón		
Aumento de temperatura			Pezón plano/invertido		
Signos de deshidratación			Paladar duro y blando		

Antecedentes mórbidos

Prematuro tardío	Sí	No
Recién Nacido Pre Término o Muy Bajo Peso al Nacer	Sí	No
Asfixia perinatal y/o Parálisis Cerebral	Sí	No
Baja de peso al alta > 10%	Sí	No
Madre obesa	Sí	No
Cromosomopatía o genopatía	Sí	No

D) ANAMNESIS LACTANCIA:

Tipo de parto	Parto Normal	Cesárea
Tipo de analgesia en parto		
Hubo acoplamiento espontáneo	Sí	No
Hubo alojamiento conjunto	Sí	No
Inicio del apego (horas)		
Nº horas postparto para primera puesta al pecho	Sí	No
Frecuencia mamada	Sí	No
Mamada ambos pechos por vez	Sí	No
Mamadas nocturnas numero		
Tiempo transcurrido entre mamadas		
Tipo técnica amamantamiento	Sí	No
Ingesta relleno del lactante	Sí	No
Uso de chupete de entretenimiento	Sí	No
Número pañales mojados (mínimo 6)		
Apoyo del padre (u otros)	Sí	No
Madre trabaja fuera del hogar	Sí	No
Patologías asociada de la madre	Sí	No
Patologías asociada del lactante	Sí	No
Antecedente de problemas de lactancia	Sí	No

E) OTROS ANTECEDENTES

Madre adolescente	Sí	No
Actitud materna poco proclive a LM	Sí	No
Madre con consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas, etc.)	Sí	No
Sospecha Depresión post parto y/o antecedentes de depresión previa	Sí	No
Hospitalización en el menor de 3 meses	Sí	No
Indicación de relleno al alta	Sí	No

F) USO DE FÁRMACOS EN MADRE Y LACTANTE:

G) INDICACIONES PARA EL LACTANTE:

H) INDICACIONES PARA LA MADRE:

I) CITACIÓN A CONTROL DEL LACTANTE

J) OTROS ANTECEDENTES:

Nombre Completo, Profesión, RUT y Firma

PAUTA DE OBSERVACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO OMS[76][96]

- Madre**
- Madre se ve sana
 - Madre relajada y cómoda
 - Signos de apego entre la madre y él bebe

- Bebé**
- Bebé se ve sano
 - Bebé tranquilo y relajado
 - Bebé alcanza, busca el pecho

- Pechos**
- Pechos se ven sanos
 - No hay dolor ni inquietud
 - Pecho bien agarrado con los dedos lejos del pezón
 - Pezón protráctil

- Posición del bebé**
- Bebé con cabeza y cuerpo en línea
 - Bebé pegado a la madre
 - Bebé con todo su cuerpo apoyado
 - Bebé se acerca al pecho, nariz, frente al pezón

- Agarre del Bebé**
- Más areola vista por encima del labio superior
 - Bebé con la boca bien abierta
 - Labio inferior evertido
 - El mentón del bebé toca el pecho

- Succión**
- Lentas, profundas succiones con pausas
 - Mejillas redondas cuando succiona
 - Bebé libera el pecho cuando termina
 - Madre nota signos de reflejo de oxitocina

- Madre**
- Madre se ve enferma o deprimida
 - Madre se ve tensa e inquieta
 - No hay contacto Visual madre-bebé

- Bebé**
- Bebé se ve con sueño y enfermo
 - Bebé inquieto llora
 - Bebé no busca ni alcanza

- Pechos**
- Pechos rojos, hinchados, adoloridos
 - Pechos o pezón doloroso
 - Pechos sujetos con los dedos en la areola
 - Pezón plano, no protráctil

- Posición del bebé**
- Bebé con cuello y cabeza torcida
 - Bebé no está pegado
 - Bebé apoyado en la cabeza y cuello solo
 - Bebé se acerca al pecho con su labio inferior y mentón hacia el pezón

- Agarre del Bebé**
- Mas areola vista por debajo del labio inferior
 - Bebé con la boca apenas abierta
 - Labios invertidos
 - El mentón del bebé no toca el pecho

- Succión**
- Succión superficial y rápida
 - Mejillas hundidas cuando succiona
 - Madre quita al bebé del pecho
 - No se notan signos de reflejo de oxitocina

Nomograma para la asignación de riesgo de los recién nacidos con hiperbilirrubinemia[97].

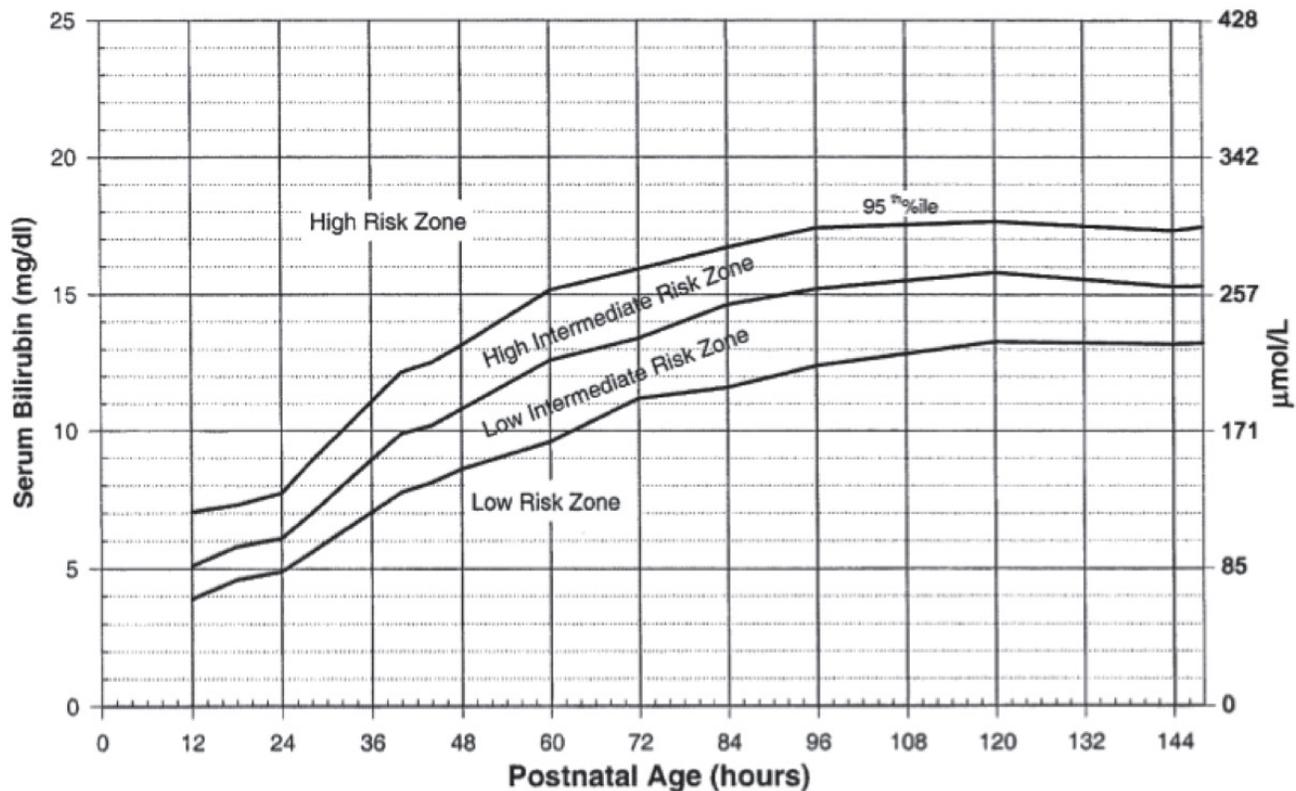


Fig 2. Nomogram for designation of risk in 2840 well newborns at 36 or more weeks' gestational age with birth weight of 2000 g or more or 35 or more weeks' gestational age and birth weight of 2500 g or more based on the hour-specific serum bilirubin values. The serum bilirubin level was obtained before discharge, and the zone in which the value fell predicted the likelihood of a subsequent bilirubin level exceeding the 95th percentile (high-risk zone) as shown in Appendix 1, Table 4. Used with permission from Bhutani et al.³¹ See Appendix 1 for additional information about this nomogram, which should not be used to represent the natural history of neonatal hyperbilirubinemia.





APRUEBA "ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA".



SANTIAGO, 28 NOV. 2016

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1446 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el numeral 14 del artículo 4 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 de 1979 y de las leyes Nº18.933 y Nº18.469; en la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención de Salud; en el artículo 18 del Código Sanitario; lo prescrito en el artículo 24 letra e) de la Convención sobre los Derechos del Niño, promulgado por el Decreto Nº 830/1990 del Ministerio de Relaciones Exteriores; lo dispuesto en la "Norma Técnica Nº 166 para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud", aprobada por Resolución Exenta Nº 336, de 22 de mayo de 2014; lo dispuesto en el "Manual de Lactancia Materna", aprobado por Resolución Exenta Nº 109 del 2 de marzo de 2010; y la Resolución Nº1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.
2. Que, en el año 2010, se actualizó la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV), para la prevención de obesidad y otras enfermedades transmisibles, dentro de la cual se incorpora el fomento a la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, tanto por sus beneficios inmediatos como por su efecto protector de patologías crónicas y así, contribuir a combatir la malnutrición por déficit o por exceso (Objetivo Estratégico 4).
3. Que, en la Estrategia Nacional de Salud (2011-2020), el Objetivo Estratégico (OE) Nº3 consiste en "Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida Saludables", incorporándose como indicador de su cumplimiento, el "1.1. Porcentaje anual de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad", debido a su rol como factor protector para evitar el desarrollo de la obesidad y sobrepeso en la población infantil.
4. Que, la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y complementada con alimentos hasta los dos años o más.

ocasionadas por situaciones no patológicas que pueden ser subsanadas a través del apoyo capacitado y oportuno a las madres y a sus familias.

6. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el documento denominado “Orientación Técnica para atención en Clínicas de Lactancia Materna”, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 62 páginas, todas ellas visadas por la Jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades.
2. **PUBLÍQUESE**, por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, el texto íntegro de “Orientación Técnica para atención en Clínicas de Lactancia Materna”, y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.
3. **REMÍTASE**, por Unidad Chile Crece Contigo de la División de Atención Primaria, un ejemplar impreso de “Orientación Técnica para atención en Clínicas de Lactancia Materna”, a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
 - Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
 - Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
 - Directores de los Servicios de Salud del país
 - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
 - Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
 - Programa Nacional de Salud de la Infancia
 - División de Atención Primaria
 - División de Gestión de Redes Asistenciales
 - División Políticas Públicas, Saludables y Promoción
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
-