

Queensland Clinical Guidelines

Translating evidence into best clinical practice

Guía clínica de maternidad y neonatal

Estableciendo la lactancia materna

Título del documento:	Estableciendo la lactancia materna
Fecha de publicación:	noviembre 2021
Número del Documento:	MN21.19-V5-R26
Suplemento del documento:	El suplemento del documento detalla los procesos de desarrollo y las actividades de implementación y es parte integral de esta guía y debe leerse junto con ella.
Enmiendas:	El historial completo de versiones se proporciona en el suplemento del documento.
Fecha de modificación:	junio 2023
Reemplaza documento:	MN21.19-V4-R26
Autor:	Pautas clínicas de Queensland
Audiencia:	Profesionales de la salud en los servicios públicos y privados de maternidad y neonatología de Queensland.
Fecha de revisión:	noviembre 2026
Avlado por:	Comité Directivo de Guías Clínicas de Queensland Red clínica estatal de maternidad y neonatología (Queensland)
Contacto:	Correo electrónico: Pautas@health.qld.gov.au URL: www.health.qld.gov.au/qcg



Reconocimiento cultural

Reconocemos a los custodios tradicionales de la tierra en la que trabajamos y presentamos nuestro respeto a los ancianos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres pasados, presentes y emergentes.

Descargo de responsabilidad

Esta guía pretende ser una guía y se proporciona únicamente con fines informativos. La información ha sido preparada utilizando un enfoque multidisciplinario con referencia a la mejor información y evidencia disponible en el momento de su preparación. No se garantiza que la información sea completamente completa, actual o precisa en todos los aspectos.

La guía no sustituye el juicio clínico, el conocimiento y la experiencia, ni el consejo médico. Puede ser apropiada una variación de la directriz, teniendo en cuenta las circunstancias individuales.

Esta guía no aborda todos los elementos de la práctica estándar y acepta que los médicos individuales son responsables de:

- Brindar atención dentro del contexto de los recursos, la experiencia y el alcance de la práctica disponibles localmente.
- Apoyar los derechos de los consumidores y la toma de decisiones informadas, incluido el derecho a rechazar la intervención o gestión continua
- Asesorar a los consumidores sobre sus elecciones en un ambiente que sea culturalmente apropiado y que permite una conversación cómoda y confidencial. Esto incluye el uso de servicios de intérprete cuando sea necesario.
- Garantizar que se obtenga el consentimiento informado antes de brindar atención
- Cumplir con todos los requisitos legislativos y estándares profesionales.
- Aplicar precauciones estándar y precauciones adicionales según sea necesario al brindar atención
- Documentar toda la atención de acuerdo con los requisitos locales y obligatorios.

Queensland Health renuncia, en la medida máxima permitida por la ley, a toda responsabilidad y obligación (incluida, entre otras, la responsabilidad por negligencia) por todos los gastos, pérdidas, daños y costos incurridos por cualquier motivo asociado con el uso de esta guía, incluidos los materiales, contenidos en este documento o mencionados a lo largo de este documento sean de alguna manera inexactos, fuera de contexto, incompletos o no estén disponibles.

Cita recomendada: Guías clínicas de Queensland. Establecimiento de la lactancia materna. Directriz No. MN21.19-V5-R26. Salud de Queensland. 2021. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>

© Estado de Queensland (Queensland Health) 2023



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas V4.0 Internacional. En esencia, usted es libre de copiar y comunicar el trabajo en su forma actual para fines no comerciales, siempre y cuando se atribuya a las Pautas Clínicas de Queensland, Queensland Health y respete los términos de la licencia. No podrá alterar ni adaptar la obra de ninguna manera. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

Para obtener más información, comuníquese con las Pautas clínicas de Queensland, Oficina de correos de RBWH, Herston Qld 4029, envíe un correo electrónico a Pautas@health.qld.gov.au. Para permisos más allá del alcance de esta licencia, comuníquese con: Intellectual Property Officer, Queensland Health, GPO Box 48, Brisbane Qld 4001, correo electrónico ip_officer@health.qld.gov.au

Diagrama de flujo: Manejo del bebé a término sano en las primeras 24 a 48 horas

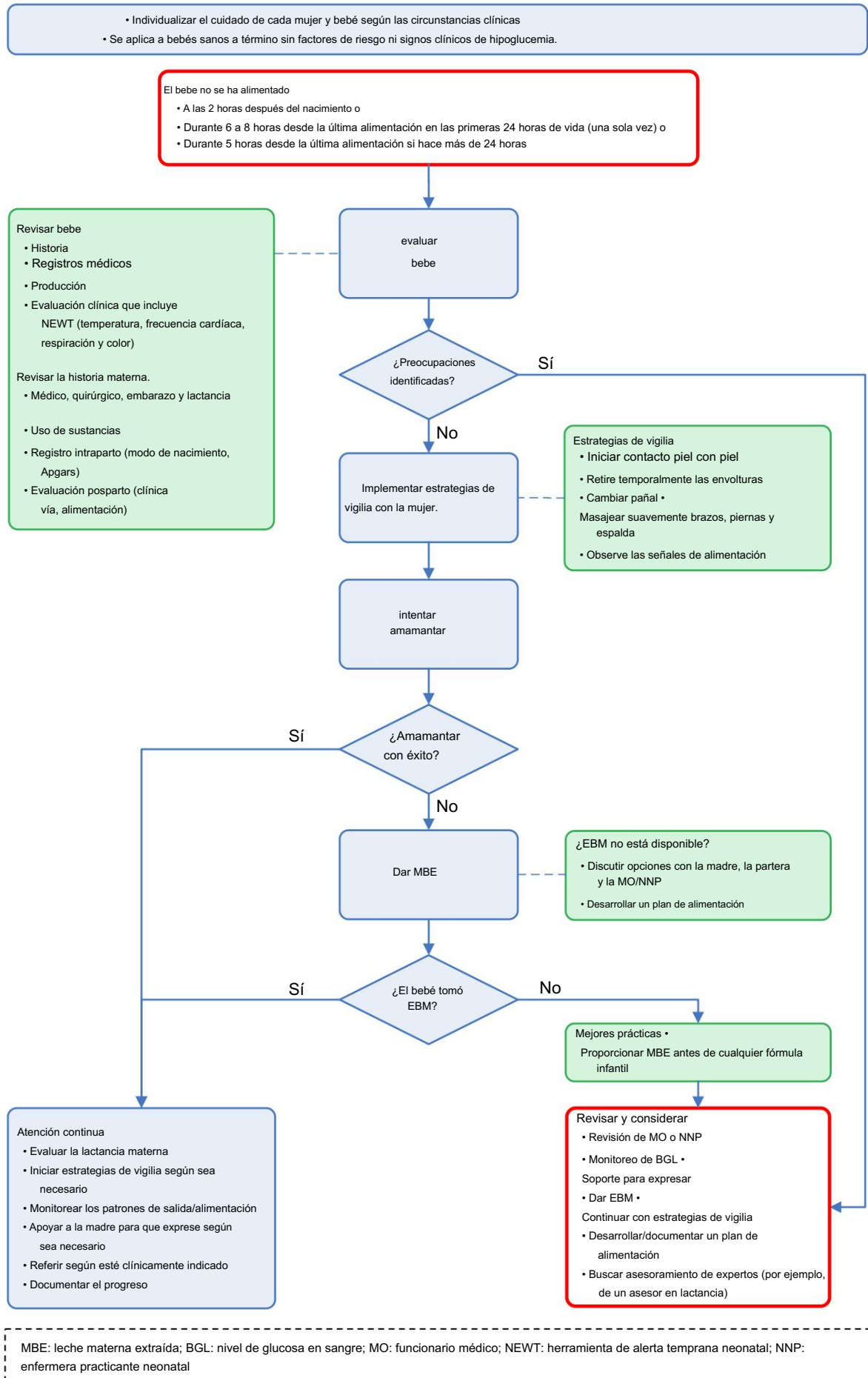


Diagrama de flujo: F21.19-1-V4-R26

Tabla de contenido

Abreviaturas	5
Definiciones	5
1 Introducción.....	6
1.1 La importancia de la lactancia materna.....	6
1.2 Estándares clínicos	7
2 Cuidados de apoyo	8
2.1 Cuidado prenatal.....	8
2.2 Comunicación.....	9
2.3 Contacto piel con piel.....	10
2.4 Alimentación según necesidad.....	11
2.5 Alojamiento conjunto.....	12
3 Evaluación de la lactancia materna	12
3.1 Posicionamiento y fijación	13
3.2 Transferencia y producción de leche	14
3.3 Efectividad de la lactancia materna.....	15
4 Alimentación complementaria	dieciséis
4.1 Toma de decisiones y alimentación suplementaria.....	dieciséis
4.2 Alimentación suplementaria.....	17
4.3 Extracción de leche materna.....	18
4.4 Opciones de alimentación alternativas.....	19
5 Uso del chupete (chupete)	19
6 Preocupaciones comunes	20
7 Continuación de la lactancia materna	20
7.1 Promoción de la salud	21
8 Precauciones sobre la lactancia.....	22
Referencias	23
Apéndice A: Principios de la Iniciativa Salud Amiga del Niño.....	26
Apéndice B: Supervisión durante el contacto piel con piel.....	27
Apéndice C: Lista de verificación de entradas/salidas	28
Apéndice D: Recomendaciones para inquietudes comunes sobre la lactancia materna	29
Agradecimientos.....	31

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados de salud asociados con la lactancia materna.....	6
Tabla 2. Estándares clínicos	7
Tabla 3. Atención prenatal.....	8
Tabla 4. Comunicación.....	9
Tabla 5. Contacto piel con piel.....	10
Tabla 6. Patrones de alimentación del bebé.....	11
Tabla 7. Alojamiento conjunto	12
Tabla 8. Evaluación	12
Tabla 9. Posicionamiento y fijación	13
Cuadro 10. Transferencia y producción de leche	14
Tabla 11. Eficacia del seguimiento.....	15
Tabla 12. Toma de decisiones	dieciséis
Cuadro 13. Alimentación suplementaria.....	17
Tabla 14. Extracción de leche materna	18
Tabla 15. Opciones de alimentación alternativas.....	19
Tabla 16. Uso del chupete (chupete)	19
Tabla 17. Atención inicial para todas las mujeres con inquietudes sobre la lactancia materna.....	20
Tabla 18. Derivación y seguimiento	20
Tabla 19. Asesoramiento e información permanente.....	21
Tabla 20. Precauciones durante la lactancia	22

Abreviaturas

IHAN	Iniciativa de salud amigable para los bebés
ALLA	Intervalo de confianza
CS	sección de cesárea
MBE	Leche materna extraída
	Médico general
IBCLC	Consultora de lactancia certificada por la junta internacional
MÁS	Reflejo de eyección de leche
NSQHS	Servicio Nacional de Seguridad y Calidad en Salud
O	Razón de probabilidades
RR	Riesgo relativo
SMSL	Síndrome de muerte súbita infantil
CSS	Contacto piel con piel
DISPUESTO A	Muerte súbita e inesperada en la infancia.
El código	Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para los Niños
OMS	Organización Mundial de la Salud

Definiciones

Alimentación complementaria	Alimentos sólidos o semisólidos proporcionados al lactante además de la lactancia materna cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer sus necesidades nutricionales. ¹
Lactancia materna exclusiva	Alimentar únicamente con leche materna (del pecho o con leche materna extraída de la propia madre), sin alimentos ni agua, excepto vitaminas, minerales y medicamentos. ¹
Lactancia parcial	Se refiere a una situación en la que el bebé recibe algunas mamadas pero también otros alimentos o líquidos a base de alimentos, como leche de fórmula o alimentos de destete. A veces se la denomina alimentación mixta.
Alojamiento conjunto	La mujer y el bebé permanecen juntos las 24 horas del día.
Contacto piel con piel (SSC)	El contacto inmediato piel con piel (SSC, por sus siglas en inglés) es la colocación del bebé desnudo boca abajo sobre el pecho desnudo de la mujer al nacer. ² Idealmente, el contacto piel a piel comienza al nacer e implica colocar al bebé desnudo boca abajo sobre el pecho desnudo de la mujer. No debe haber nada entre ellos (excepto un pañal sobre el bebé, si se prefiere). Una manta o toalla tibia colocada sobre ambos asegurará que el bebé no pierda calor y que se mantenga la privacidad de la mujer.
SMSL	El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la muerte súbita e inesperada de un bebé menor de un año de edad con un episodio fatal que aparentemente ocurre durante el sueño y que permanece inexplicable después de una investigación exhaustiva, incluyendo la realización de una autopsia completa y la revisión de las circunstancias de la muerte y la historia clínica. ³
DISPUESTO A	Clasificación utilizada para describir la muerte súbita de un bebé, generalmente durante el sueño, sin una causa inmediatamente obvia en el momento de la muerte. Incluye muertes atribuidas posteriormente (después de la investigación) al síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), accidentes mortales durante el sueño y muertes que permanecen indeterminadas. ⁴
Alimentación suplementaria	Se proporcionan líquidos adicionales a un lactante antes de los 6 meses (duración recomendada de la lactancia materna exclusiva). Estos líquidos pueden incluir leche humana donada, fórmula infantil u otros sustitutos de la leche materna. ¹

1 Introducción

La lactancia materna es la forma normal de proporcionar a los bebés los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.⁵ Numerosos estudios han demostrado la importancia sanitaria, ambiental y económica de la lactancia materna para la mujer, el bebé y la sociedad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.⁶⁻⁹

La evidencia emergente sugiere que la lactancia materna tiene un impacto positivo en las relaciones madre-bebé.

La oxitocina liberada durante la lactancia promueve los sentimientos y comportamientos maternos.¹⁰ La interdependencia entre la mujer que amamanta y el bebé, la interacción cercana regular y el contacto piel con piel (SSC) fomentan la capacidad de respuesta mutua y el apego emocional.²

Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta aproximadamente los seis meses de edad y su continuación con la adición de alimentos complementarios hasta al menos los 12 meses de edad. ⁶ El tiempo necesario para establecer la lactancia materna es variable y está influenciado por las circunstancias individuales tanto de la mujer como del bebé. El alcance de este documento incluye el embarazo hasta el final de la primera semana posparto para la mujer sana y el bebé a término sano.

En Queensland, en 2019, el 95 % de todos los bebés dados de alta del hospital recibieron al menos algo de leche materna, y el 70 % se alimentó exclusivamente con leche materna en el momento del alta.¹¹ Si bien la mayoría de las mujeres en Australia inician la lactancia materna antes del alta, solo el 15 % de los bebés reciben amamantados exclusivamente hasta aproximadamente los cinco meses.¹² Sólo alrededor del 25% de las mujeres continúan amamantando durante 12 meses.⁶

1.1 La importancia de la lactancia materna

Tabla 1. Resultados de salud asociados con la lactancia materna

Resultado de salud asociado a la lactancia materna	nº estudios	Efecto agrupado	IC del 95%	Interpretación: probabilidades (OR) / riesgo (RR) del resultado es:
Desempeño en pruebas de inteligencia ¹³	17	3,44 puntos	2,30–4,58	aumentó
Sobrepeso/obesidad en la vejez ¹⁴	113	O: 0,74	0,70–0,78	reducido
Diabetes tipo 2 ¹⁴	11	O: 0,65	0,49–0,86	reducido
maloclusión ¹⁵				
Alguna vez versus nunca amamantado	18	O: 0,34	0,24–0,48	reducido
Exclusivo versus alguna vez amamantado	9	O: 0,54	0,38–0,77	
Caries dental ¹⁶				
Si es amamantado más allá de los 12 meses	5	O: 1,99	1,36–2,96	aumentó
Si es amamantado hasta los 12 meses	7	O: 0,50	0,25–0,99	reducido
Otitis media aguda (hasta los 2 años) ¹⁷				
Si es lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses	5	O: 0,57	0,44–0,75	reducido
Más versus menos lactancia materna	12	O: 0,65	0,59–0,72	
Leucemia infantil ¹⁸				
Cualquier lactancia durante 6 meses o más.	18	O: 0,81	0,73–0,89	reducido
Alguna vez versus nunca amamantado	15	O: 0,89	0,84–0,94	
PEID ¹⁹				
Lactancia materna exclusiva	8	O: 0,27	0,24–0,31	reducido
Cualquier lactancia	18	O: 0,40	0,35–0,44	
Infecciones respiratorias graves ⁷		RR: 0,68	0,60–0,77	reducido
Mortalidad por enfermedades infecciosas ⁷	9	O: 0,48	0,38–0,60	reducido
Protección contra la morbilidad por diarrea/ingreso hospitalario ⁷	15	RR: 0,69	0,58–0,82	reducido
Cáncer de mama ²⁰	98	O: 0,78	0,74–0,82	reducido
Cáncer de ovario ²⁰	41	O: 0,70	0,64–0,77	reducido
Diabetes tipo 2 ²¹ IMC	6	RR: 0,68	0,57–0,82	reducido
en mujeres posmenopáusicas ²² El odds	1	0,22 kg/m ²	0,21–0,22	reducido

ratio (OR) se aproxima al riesgo ratio (RR) cuando el resultado es raro (menos del 10%). O sobreestima cada vez más el RR a medida que los resultados superan el 10%

1.2 Estándares clínicos

Tabla 2. Estándares clínicos

Aspecto	Consideración
Apto para bebés Iniciativa de salud (IHAN)	<ul style="list-style-type: none"> • Una iniciativa conjunta de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) • En Australia, la IHAN es administrada por el Colegio Australiano de Parteras²³ • Los Diez Pasos de la IHAN para una Lactancia Materna Exitosa y la OMS Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (el Código) Proporcionar un marco para la atención clínica destinada a proteger, promover y apoyar la lactancia materna²³. • Se ha demostrado que la IHAN tiene un efecto positivo en el inicio de la lactancia materna. tasas de continuación y exclusividad a nivel mundial^{24,25} <ul style="list-style-type: none"> o Cuantos más pasos se practiquen, mayor será la duración y exclusividad de lactancia^{25,26} • Fomentar la vigilancia para identificar violaciones del marco (por ejemplo, fórmula infantil visible en las áreas de pacientes). • Restringir el acceso de los representantes de las empresas de fórmula infantil a las instalaciones y al personal. • Examinar la investigación institucional para identificar posibles implicaciones para la lactancia materna.
Principios de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la capacidad de respuesta, el empoderamiento y la toma de decisiones informadas de los padres. haciendo • Respetar la decisión de alimentación de la mujer y ofrecer apoyo para llegar al bebé. <ul style="list-style-type: none"> objetivo de alimentación <ul style="list-style-type: none"> o La lactancia materna parcial puede considerarse un resultado exitoso de la lactancia materna para la mujer que elige esta opción²⁷ • Si la mujer ha retrasado el contacto con su bebé (debido a razones maternas o del recién nacido), ofrecer apoyo adicional para la lactancia. • Desarrollar protocolos y sistemas de atención acordados localmente que apoyen: <ul style="list-style-type: none"> o IHAN Diez pasos para una lactancia materna exitosa o El Código²⁸ <ul style="list-style-type: none"> o Razones médicas aceptables para el uso de sustitutos de la leche materna²⁷ • Incluir la lactancia materna en la información educativa prenatal y para padres. • Adherir y monitorear el cumplimiento de la Norma Nacional de Seguridad y Calidad. Estándar del Servicio de Salud (NSQHS) con respecto a la identificación de pacientes para garantizar²⁹: <ul style="list-style-type: none"> o El bebé correcto se entrega a la mujer correcta. o Se le da la leche materna correcta al bebé correcto o El bebé correcto recibe un sustituto de la leche materna, cuando es necesario • Desarrollar procesos y sistemas locales que protejan, promuevan y apoyen amamantamiento⁹
Poblaciones prioritarias	<ul style="list-style-type: none"> • Poblaciones que tienen el mayor riesgo de no alcanzar los niveles óptimos. Las recomendaciones de lactancia materna en comparación con la población general incluyen 9: <ul style="list-style-type: none"> o Pueblos aborígenes y/o isleños del Estrecho de Torres o Diversidad cultural y lingüística (incluidos migrantes, refugiados y solicitantes de asilo). o Bajo nivel socioeconómico o bajo nivel educativo o Mujeres menores de 25 años o Fumadores diarios o Mujeres con obesidad o Parto por cesárea o complicaciones obstétricas o del parto. • Ofrecer apoyo adicional y personalizado para la lactancia materna. • 9
La formación del personal	Apoyar a los proveedores de atención médica para que accedan a educación y capacitación continua sobre lactancia materna ^{23,30,31} .
Cuidado estándar	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Guía clínica de Queensland: Atención estándar³² • Si la mujer rechaza la atención recomendada, consulte a Queensland Health. Asociarse con la mujer que rechaza las pautas de atención de maternidad recomendadas³³

2 cuidados de apoyo

2.1 Atención prenatal

Cuadro 3. Atención prenatal

Aspecto	Consideración
Información sobre lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir información sobre lactancia materna en cada visita prenatal^{34,35} <ul style="list-style-type: none"> o Ofrecer orientación anticipada sobre la primera toma de pecho (p. ej., contacto piel a piel, conductas de alimentación tempranas, cuánto tiempo puede tardar el bebé en alimentarse) o Consulte la Tabla 5. Contacto piel con piel y la Tabla 6. Alimentación del bebé. patrones • Ofrecer orientación anticipada para gestionar inquietudes menores⁶ • Ofrecer información sobre apoyo a la lactancia materna en la comunidad, incluyendo Líneas de ayuda para la lactancia materna, servicios de salud infantil y consultores privados en lactancia certificados por la junta internacional (IBCLC) • Recomendar un suplemento materno de yodo de 150 microgramos por vía oral ^{diariamente^{6,36}} <ul style="list-style-type: none"> o Si la mujer tiene una afección tiroidea preexistente, busque consejo del médico general. médico de cabecera (médico de cabecera) antes de tomar el suplemento • Discutir prácticas de parto que apoyan una lactancia materna exitosa²⁷ <ul style="list-style-type: none"> o Presencia de persona de apoyo o Beber y comer alimentos ligeros durante el parto. o Posición de elección para movilización y parto. o Impacto de las intervenciones intraparto³⁷ (por ejemplo, medicamentos)
Historia	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunte sobre la experiencia previa y la duración de la lactancia materna. • Identificar los factores de riesgo para los desafíos/preocupaciones de la lactancia materna³⁷ <ul style="list-style-type: none"> o Grupos de alto riesgo (por ejemplo, diabetes³⁸, trastornos de la tiroides³⁹, obesidad⁴⁰, Mujeres aborígenes y/o isleñas del Estrecho de Torres⁶, mujeres adolescentes/jóvenes²⁶, antecedentes de abuso, consumo de sustancias^{41,42}) o Variaciones, cirugía o lesión de los senos y pezones (p. ej., hipoplasia mamaria, biopsia, aumento, reducción, inversión del pezón, perforación del pezón)³⁵ según lo revelado por la mujer en respuesta a las indicaciones. o Medicamentos actuales o Uso de tabaco, alcohol u otras sustancias. o Enfermedades infecciosas que requieran precauciones adicionales o en las que la lactancia materna pueda estar contraindicada. o Historia familiar de errores congénitos del metabolismo. • Si los antecedentes identifican factores de riesgo, considere la posibilidad de realizar un examen de mama (no recomendado de forma rutinaria⁴³), ya que brinda la oportunidad de: <ul style="list-style-type: none"> o Observar el desarrollo apropiado de los senos, las cicatrices quirúrgicas y el pezón. forma o Tranquilizar a la mujer cuando los senos y los pezones sean normales, y resaltar los cambios esperados en los senos o Triage para apoyo adicional después del nacimiento³⁵
Remisión	<ul style="list-style-type: none"> • Asociarse con la mujer para desarrollar y documentar un plan de lactancia • Ofrezca derivación a un IBCLC o a un servicio experto de apoyo a la lactancia materna si: <ul style="list-style-type: none"> o Experimentaron preocupaciones previas con la lactancia materna. o Se identificaron factores de riesgo para los desafíos de la lactancia materna³⁷ o Solicitud de la mujer •
preparación prenatal	<p>No hay evidencia que respalde la preparación rutinaria del pezón durante embarazo³⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer tiene diabetes mellitus gestacional o diabetes durante el embarazo, ofrecer información sobre la extracción prenatal de leche materna⁴⁴ <ul style="list-style-type: none"> o Consulte la Guía clínica de Queensland: Diabetes mellitus gestacional⁴⁵ o Se aplican consideraciones clínicas antes de recomendar la extracción prenatal de leche materna. • No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad de la extracción prenatal de calostro para la población general de mujeres embarazadas⁴⁶
No amamantar	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando una mujer toma una decisión informada de no amamantar: <ul style="list-style-type: none"> o Respetar su decisión o Informar que se proporcionará información sobre el uso seguro y apropiado de la fórmula infantil.

2.2 Comunicación

Tabla 4. Comunicación

Aspecto	Consideraciones
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir cómo alimentar al bebé es una decisión importante influenciada por muchos diferentes eventos y experiencias⁴⁷ • Un enfoque orientador es más eficaz que un enfoque direccional para apoyar conductas que puedan optimizar el éxito de la lactancia materna. • Mujeres embarazadas y nuevas madres³⁴: <ul style="list-style-type: none"> o Tener mayor sensibilidad a los enfoques de comunicación no verbal. o Puede ser menos receptivo a grandes volúmenes de información. o Puede beneficiarse de las redes de apoyo entre pares⁴⁸
Compartiendo información	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una oportunidad para compartir información⁴⁷ • Explorar lo que ya se sabe y ofrecer información relevante y alternativas para respaldar decisiones informadas²⁸ • Utilice la escucha activa • Mantenga una comunicación no verbal de apoyo (expresiones faciales, gestos, lenguaje corporal) • Ofrecer información de manera que apoye diferentes estilos de aprendizaje: <ul style="list-style-type: none"> o el verbal o Demostración y práctica supervisada (cinestésica) o Videos o Hojas informativas impresas que estén libres de influencias comerciales, en términos culturalmente y formatos lingüísticamente accesibles
Consejos de comunicación ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer <ul style="list-style-type: none"> o Utilice un lenguaje que sea de apoyo, tranquilizador, afirmativo, alentador e incluya refuerzo positivo (por ejemplo, "estás haciendo un gran trabajo") o Proporcionar apoyo abierto y honesto. o Promover la autonomía de las mujeres y facilitar la elección. <ul style="list-style-type: none"> Ofrecer apoyo de manera que las sugerencias puedan ser aceptadas o rechazadas. Por ejemplo, "no existen reglas estrictas y rápidas" y "podrías intentar esto o podrías intentar aquello" o Normalizar los desafíos de la lactancia materna y asegurar a las mujeres que los desafíos son comunes y que cualquier persona puede experimentarlos. o Asegurar a las mujeres que la lactancia materna puede ser un desafío en las primeras etapas. días, pero que la lactancia materna generalmente se vuelve más fácil con el desarrollo de habilidades y confianza o Proporcionar asesoramiento adaptado a la mujer y al bebé. • No <ul style="list-style-type: none"> o Ser prescriptivo o autoritativo o Proporcionar consejos mecánicos o respuestas de memoria. o Minimizar los sentimientos o desafíos de las mujeres. o Socavar la confianza de la mujer en su propia capacidad para amamantar. o Inducir cualquier sentimiento de vergüenza o culpa. o Atribuir culpa al bebé o a la mujer por las dificultades en la lactancia
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la decisión de alimentación de una mujer <ul style="list-style-type: none"> o Incluir socios/personas de apoyo cuando sea apropiado y deseado por el mujer • Proporcionar información sobre el acceso a educación sobre lactancia materna y a redes de apoyo entre pares. • Asociarse con mujeres para ayudarlas a alcanzar sus objetivos de alimentación para su bebé. • Documentar la decisión de alimentación en el registro de salud materna y neonatal. • Mantener la conciencia de las diferencias culturales y respetar la diversidad cultural. • Consulte la Guía clínica de Queensland: Atención estándar³²

2.3 Contacto piel con piel

Tabla 5. Contacto piel con piel

Aspecto	Consideración
Beneficios para el bebe	<ul style="list-style-type: none"> • Los bebés sanos a término muestran comportamientos innatos inmediatamente después del nacimiento cuando se los coloca en contacto piel a piel con una mujer² • Fomenta el comportamiento de búsqueda de senos⁵⁰ • Menos llanto² • Comportamiento socialmente interactivo con la mujer^{2,50} • Estabilidad fisiológica (temperatura, nivel de glucosa en sangre y frecuencia cardíaca)² • Aumento del umbral del dolor y disminución de los niveles de cortisol⁵⁰ • Inicio más temprano de la primera lactancia⁵¹⁻⁵³ • Lactancia materna más eficaz^{2,52} • Mayor duración general de la lactancia materna² • Fomenta una lactancia materna más frecuente¹
Beneficios para mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Liberación de oxitocina que provoca⁵⁰: <ul style="list-style-type: none"> o Reducción de la pérdida de sangre. o Aumento de la temperatura de la piel de la mama. o Reducción de la ansiedad y aumento de la interacción social. • Reducción de las preocupaciones sobre la lactancia² • Efectos positivos sobre la duración de la lactancia materna⁵⁴ • Ayuda a superar los problemas comunes de la lactancia materna cuando se usa más allá del período posparto inmediato⁶ • Menores niveles de estrés materno² • Tercera etapa más corta y sangrado reducido²
Parto operatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio y duración del contacto piel a piel en el quirófano después del tratamiento electivo la cesárea (CS) se asocia con la continuación de la lactancia materna a las 48 horas⁵⁵ • Si se trata de anestesia regional, ofrecer contacto piel a piel en el quirófano y trasladar a la mujer y al bebé a recuperación en contacto piel a piel; de lo contrario, ofrezca SSC dentro de los 10 minutos posteriores a su llegada al área de recuperación^{23,56} • Si se utiliza anestesia general, ofrezca contacto piel a piel dentro de los 10 minutos posteriores a que la mujer pueda responder a su bebé²³ • Ofrecer contacto piel a piel después de partos instrumentales tanto en la sala de partos como en el quirófano.
Vigilancia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Si existen inquietudes sobre la salud y el bienestar de la mujer o el bebé durante el contacto piel a piel, adapte los requisitos de supervisión según sea necesario. • Seguir los protocolos locales para la evaluación de factores de riesgo y supervisión. requisitos durante el SSC • Las observaciones neonatales de rutina están indicadas durante el contacto piel a piel <ul style="list-style-type: none"> o Seguir el protocolo local (p. ej., herramienta de alerta temprana neonatal) • Consulte el Apéndice B: Supervisión durante el contacto piel con piel.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el contacto piel a piel independientemente del tipo de nacimiento y del método de alimentación previsto. • Iniciar sistemas y procesos locales que permitan y apoyen la CSS después nacimiento independientemente del modo de nacimiento y del método de alimentación • Ofrezca y fomente el SSC durante un mínimo de una hora, o más si es el primero. La lactancia materna no ha sido iniciada. • Cuando sea posible, no interrumpa el contacto piel a piel hasta que termine la primera lactancia. • Retrasar procedimientos para el bebé hasta después de la primera toma, como²³ : <ul style="list-style-type: none"> o controles 'de pies a cabeza', o o pesaje, o baño o administración de vitamina K • Si la mujer no está disponible pero el bebé está bien, contacto piel a piel con otra persona (comúnmente la pareja) es una alternativa adecuada²³ • Documentar la duración del contacto piel a piel, la condición del bebé durante el contacto piel a piel o el motivo • La CSS no fue implementada

2.4 Alimentación según necesidad

Cuadro 6. Patrones de alimentación del bebé

Aspecto	Consideración
Estados de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se han reconocido seis estados conductuales definidos en los bebés⁵⁷: <ul style="list-style-type: none"> o Estados de sueño: <ul style="list-style-type: none"> Sueño profundo, sueño ligero, somnolencia. o Estados despiertos: <ul style="list-style-type: none"> Alerta silenciosa, alerta activa, llanto. • Comprender los estados de comportamiento puede ayudar a interpretar el comportamiento del bebé y facilitar una respuesta adecuada⁵⁸ • El estado de alerta tranquilo es el momento ideal para iniciar el contacto piel a piel y la lactancia materna^{58,59} • Ofrecer el pecho durante el estado de sueño ligero o somnolencia es una forma eficaz estrategia para bebés que tienen una transición rápida del sueño profundo a la alerta activa o al llanto⁵⁹
Señales de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • La alimentación en respuesta a señales aumenta el inicio, la continuación y la exclusividad de la lactancia materna⁶⁰ • Fomentar la lactancia materna sin restricciones en respuesta a las señales de alimentación tempranas y medias del bebé²³ • Ayude a la mujer a identificar señales de alimentación y consuelo, ofrézcale estrategias calmantes y tranquilizadoras^{23,61} • Fomentar la respuesta a las señales del bebé para determinar si se necesitan uno o ambos senos en una toma individual⁶² • La lactancia materna se puede utilizar para consolar y calmar al bebé, así como para aliviar el hambre⁴⁷ • Aconseje a la mujer que no interrumpa la lactancia (si la lactancia es cómodo) hasta que el bebé indique saciedad al: <ul style="list-style-type: none"> o Liberar el pezón sin realizar más búsquedas o Interrumpir los patrones nutritivos de succión/deglución. o Quedarse dormido⁶³
Patrones de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente, los bebés tienen un período de alerta de dos horas después del nacimiento¹ <ul style="list-style-type: none"> o Momento ideal para que la mujer inicie la lactancia materna^{1,58} • Puede seguir un período de sueño <ul style="list-style-type: none"> o Un mayor contacto piel a piel puede fomentar una alimentación más frecuente si es necesario • Este período suele ir seguido de ciclos variables de sueño-vigilia, con uno o dos períodos adicionales de vigilia en las siguientes 10 horas. • Normalmente los bebés se alimentan con frecuencia (pero no necesariamente a intervalos regulares) en las primeras 24 horas de vida a medida que aumenta el flujo de leche • Los bebés establecen un patrón de lactancia materna de 8 a 12 veces durante un período de 24 horas durante la primera semana⁶⁰ • La frecuencia de la lactancia materna variará según las necesidades del bebé y la tasa de transferencia de leche⁶ • Los bebés se calman después de la mayoría de las tomas, aunque muchos tienen períodos cada día cuando no se calman y continúan dando señales de alimentación y/o consuelo • La duración de cada alimentación es muy variable; durante los primeros días/semanas y puede tardar hasta una hora <ul style="list-style-type: none"> o Se desaconseja programar la alimentación o Observe si hay signos de succión nutritiva.

2.5 Alojamiento conjunto

Tabla 7. Alojamiento conjunto

Aspecto	Consideraciones
Alojamiento conjunto	<ul style="list-style-type: none"> • Existe evidencia limitada sobre el efecto de la separación mujer-bebé versus alojamiento conjunto y duración de la lactancia^{64,65} • Mantenga juntos a la mujer y al bebé siempre que sea posible para facilitar^{30,37}: <ul style="list-style-type: none"> o Oportunidades de vinculación y apego. o Reconocimiento y respuesta oportuna a señales de alimentación tempranas/mediadas. o Familiarización con el comportamiento del bebé antes del alta. • El alojamiento conjunto no compromete la cantidad ni la calidad del sueño de la mujer^{1,37} <ul style="list-style-type: none"> o Evaluar la fatiga extrema materna para la seguridad de la mujer y el bebé¹ • La cercanía con un padre receptivo reduce el riesgo de SMSL^{66,67} • Realizar exámenes de bebé y pruebas de rutina en la habitación de la mujer³⁷ <ul style="list-style-type: none"> o Si no es posible, anime a la mujer a estar presente.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el alojamiento conjunto siempre que sea posible • Informar a la mujer (y a la familia) sobre las recomendaciones para dormir de manera segura, tal como se describe en las pautas para dormir de manera segura del gobierno de Queensland⁶⁸. • Al alta recomendamos que el bebé duerma en la misma habitación que los padres o cuidador durante los primeros seis a doce meses de vida⁶⁹

3 Evaluación de la lactancia materna

Tabla 8. Evaluación

Aspecto	Consideración
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda la oportunidad de asociarse con la mujer para: <ul style="list-style-type: none"> o Determinar las necesidades de aprendizaje. o Proporcionar orientación anticipada o Identificar la lactancia materna efectiva o Identificar preocupaciones sobre la lactancia materna. o Facilitar la intervención temprana
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el registro de salud y el cuadro de alimentación del bebé. • Discuta preocupaciones de salud específicas con la mujer en relación con la lactancia materna (por ejemplo, experiencia del parto, comodidad, cansancio, curación). • Pregúntele a la mujer sobre su experiencia con la lactancia (por ejemplo, expectativas, frecuencia y duración de las tomas, producción del bebé). • Evaluar la comodidad de los senos y los pezones (p. ej., plenitud de los senos, sensibilidad del pezón) • Aliente a la mujer a encontrar una posición cómoda para amamantar.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer ayuda con la lactancia materna dentro de las dos primeras horas de vida^{23,30} • Si la primera lactancia es exitosa y placentera, es un marcador clave para continuación de la lactancia materna⁹ <ul style="list-style-type: none"> o Si las mujeres se sienten incómodas e incompetentes en los primeros dos días, son más probabilidades de dejar de amamantar temprano⁹ o Garantizar que el dolor materno se reconozca y se trate adecuadamente si requerido • Ofrecer ayuda con la próxima toma de pecho, aproximadamente dentro de las seis horas posteriores al nacimiento. <ul style="list-style-type: none"> o antes • Utilice un enfoque de "no intervención" cuando sea posible y apropiado²³ • Evaluar la efectividad de la lactancia materna al menos una vez por turno (cada 8 horas) y según lo indicado desde el nacimiento hasta el alta^{30,37} • Las herramientas de evaluación de la lactancia materna pueden proporcionar evidencia objetiva sobre efectividad de una lactancia particular⁷⁰

3.1 Posicionamiento y fijación

Tabla 9. Posicionamiento y fijación

Aspecto	Consideración
Posicionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se sostiene al bebé pecho contra pecho con la mujer, los reflejos neonatales primitivos apoyan el apego propio o el apego con asistencia mínima⁷¹ • La mujer adopta una posición cómoda⁷² y utiliza su brazo para brindar estabilidad posicional a su bebé⁷³ • Si está sentada, anime a la mujer a inclinarse con la espalda apoyada para reducir tensión del hombro y permitir que su cuerpo sostenga al bebé⁷³ • Se sostiene al bebé cerca del cuerpo de la mujer con la cabeza, el cuello y la espalda alineados. para proporcionar estabilidad y fácil acceso al pecho^{72,74} <ul style="list-style-type: none"> o Alinear la cara del bebé con el pecho y evitar agarrar al bebé por las estructuras anatómicas de la cabeza, el cuello y la mitad de los hombros⁷⁵ <p style="margin-left: 40px;">La restricción de la columna cráneo-cervical puede interferir con la Función estabilizadora del ligamento nuchal y limita los reflejos innatos de alimentación del bebé y su capacidad para localizar el pezón y el pecho.</p>
Adjunto	<ul style="list-style-type: none"> • La lactancia materna es un comportamiento innato e instintivo de los bebés, sin embargo a menudo necesitan ayuda para encontrar el seno⁷¹ • Señales de buen apego: <ul style="list-style-type: none"> o El bebé toma una buena parte del pecho, incluido el pezón y gran parte de la areola, en la boca^{72,74} o Se observan movimientos mandibulares profundos⁷⁶ o Las mejillas no están succionadas y hay un buen sellado aplicado al seno. por el bebé⁷⁷ o La mujer está cómoda⁷⁶ <ul style="list-style-type: none"> Es común que las mujeres sientan alguna molestia inicial en el pezón en el primeras semanas que se asienta a medida que la leche comienza a fluir o El bebé se ve cómodo, relajado y no se retuerce, no está tenso, no frunce el ceño ni haciendo muecas o La transferencia de leche es evidente <ul style="list-style-type: none"> Consulte la Tabla 10. Transferencia y producción de leche. o Después de amamantar, los pezones pueden verse ligeramente alargados pero no aplanados, blancos o estriados⁶ • Aliente a la mujer a acercar al bebé al pecho en lugar de moverlo. al bebé⁷²
Si el apego no es efectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Aconseje a la mujer que inserte el dedo en la comisura de la boca del bebé para romper el sello y facilitar el desapego⁷⁶ • Utilice principios de posicionamiento para permitir que el bebé se vuelva a unir

3.2 Transferencia y producción de leche

Cuadro 10. Transferencia y producción de leche

Aspecto	Consideración
Transferencia de leche	<ul style="list-style-type: none"> • El reflejo de eyección de leche (MER) influye en la cantidad de leche que consume el bebé independientemente de la duración de la lactancia⁷⁸ <ul style="list-style-type: none"> o La MER puede tardar de dos a tres minutos en ocurrir en los primeros días después nacimiento³⁵ • Las eyecciones múltiples de leche son comunes durante la lactancia, sin embargo, la mujer puede no sentirlas o solo sentir el MER inicial. • La mujer puede sentir o notar MER al 78: <ul style="list-style-type: none"> o Tener sed o Sensaciones en los senos (por ejemplo, hormigueo, presión, pérdida de leche) o Contracciones uterinas 'dolores de placenta' en el posparto inmediato período • Un cambio notable en el patrón de succión y deglución del bebé es lo más signo constante de transferencia de leche (aunque puede ser difícil de detectar inicialmente) <ul style="list-style-type: none"> o Cuando el bebé comienza a tragar: lento, profundo, una succión por segundo. (nutritiva) succión con pocas pausas o La frecuencia de los patrones de succión y deglución dependerá de la tasa de producción de leche. flujo⁶ o Se puede ver/escuchar la deglución (normalmente sutil) o Con una nueva eyección de leche, la deglución puede volverse un poco más fuerte y más frecuente. o A medida que avanza la alimentación, las pausas se producen con mayor frecuencia y duran más. • Una vez que los senos comienzan a llenarse, el ablandamiento de los senos es evidente después de una toma. • Si se identifican inquietudes relacionadas con la transferencia inadecuada de leche, consulte para obtener más información. evaluación y apoyo (por ejemplo, IBCLC)
Producción de leche	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento hasta las 72 horas: el bebé toma cantidades cada vez mayores de calostro <ul style="list-style-type: none"> o Consulte el Apéndice C: Lista de verificación de entrada/salida • Días dos a cuatro (46 a 96 horas) después del nacimiento: aumenta la producción de leche³⁵ • A menudo se experimenta por una sensación de plenitud en los senos entre 40 y 72 horas después del nacimiento, aunque la mujer no siempre lo percibe³⁵ • La primera semana de lactancia es importante para establecer una adecuada suministro de leche⁷⁹ <ul style="list-style-type: none"> o El volumen aumenta rápidamente durante la primera semana a entre 400 y 850 ml. por día^{79,80} o La producción de leche el día 6 está significativamente asociada con la producción de leche. en la semana 6 o La capacidad de almacenamiento de leche de los senos varía significativamente entre mujeres⁶ o La capacidad de almacenamiento de leche de los senos de una mujer puede variar significativamente entre el seno izquierdo y el derecho.

3.3 Efectividad de la lactancia materna

La idoneidad de la lactancia materna se puede evaluar observando el comportamiento, los patrones de alimentación y la producción del bebé y monitoreando el peso y el crecimiento general del bebé utilizando tablas de referencia de crecimiento.⁶

Cuadro 11. Eficacia del seguimiento

Aspecto	Consideración
Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> El conocimiento materno y clínico de lo que es normal en relación con el comportamiento del bebé y los patrones de alimentación ayudará a monitorear la eficacia de la lactancia materna. • Consulte la Sección 2.5 Alimentación según las necesidades.
Producción	<ul style="list-style-type: none"> Los cambios en las heces son el signo más fiable de la ingesta de leche⁸¹ Existe una relación entre la frecuencia de las deposiciones y la transición al color amarillo; y una ingesta adecuada de leche materna⁸¹ Esperar: <ul style="list-style-type: none"> Cambio en las heces de meconio a transición durante las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento⁶ Heces amarillas entre los días 3 y 46 Al menos tres o cuatro deposiciones por día entre el día 5 y 7 Producción de orina/frecuencia de pañales mojados⁸² <ul style="list-style-type: none"> La falta de orinar en las primeras 24 horas de vida es motivo de preocupación Aumenta a tres o más pañales mojados al tercer día después del nacimiento. Consulte el Apéndice C: Lista de verificación de entrada/salida
Peso	<ul style="list-style-type: none"> Los bebés a término amamantados suelen perder entre un 7% y un 8% del peso al nacer al tercer día⁸³ La pérdida de peso normal máxima es del 10 % en el quinto día. La mayoría de los bebés recuperan el peso al nacer hacia el día 10 Identificar bebés fuera de estos parámetros y buscar apoyo y seguimiento temprano <ul style="list-style-type: none"> Consulte la Guía clínica de Queensland: Evaluación de rutina del recién nacido 73 Grandes volúmenes de líquidos intravenosos (IV) antes del nacimiento pueden elevar artificialmente el peso al nacer y aumentar la producción de orina y la pérdida de peso del bebé⁸³⁻⁸⁵ <ul style="list-style-type: none"> Esto puede afectar los patrones esperados de pérdida y recuperación de peso durante el primeros días de vida⁸³ Consulte el Apéndice C: Lista de verificación de entrada/salida
Indicaciones para investigación/revisión médica	<ul style="list-style-type: none"> Patrones anormales de deposiciones y producción de orina Preocupaciones sobre la apariencia general y/u observaciones (por ejemplo, color de piel, estado de alerta, actividad, tono muscular, temperatura) <ul style="list-style-type: none"> Consulte la Guía clínica de Queensland: Evaluación de rutina del recién nacido Hipoglucemia del recién nacido relacionada con una alimentación ineficaz <ul style="list-style-type: none"> Consulte la Guía clínica de Queensland: Hipoglucemia en recién nacidos Ictericia fisiológica: frecuentemente exacerbada por una ingesta inadecuada de leche. <ul style="list-style-type: none"> Consulte la Guía clínica de Queensland: Ictericia neonatal Comportamiento inestable (por ejemplo, llanto frecuente después de comer), seguido de letargo. Los signos de deshidratación incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de orina en más de ocho horas después de las primeras 24 horas, uratos a partir de las 96 horas, orina escasa y concentrada, deposiciones con meconio de duración prolongada, piel y mucosas secas con escasa turgencia, llanto débil, letargo, fontanelas deprimidas (signo tardío y ominoso).) Cualquier otro problema que genere preocupación

4 Alimentación complementaria

La alimentación complementaria puede estar indicada debido a preocupaciones sobre la salud y el bienestar de la mujer o del bebé, o de ambos.

4.1 Toma de decisiones y alimentación complementaria

Tabla 12. Toma de decisiones

Aspecto	Consideración
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Los siguientes factores ayudan a prevenir la necesidad de suplementación¹: <ul style="list-style-type: none"> o Educación prenatal y apoyo hospitalario. o Las mujeres y los proveedores de atención médica son conscientes de los riesgos de la suplementación innecesaria. o CSS o Personal equipado para ayudar con la lactancia materna. o Alojamiento conjunto o En caso de separación entre la mujer y el bebé o un suministro de leche subóptimo, estímulo e instrucción sobre la extracción de leche materna. • Abordar los primeros indicadores de posible necesidad de suplementación¹ <ul style="list-style-type: none"> o Evaluar formalmente la posición de lactancia, el agarre y la transferencia de leche antes de proporcionar alimentación suplementaria. • Los escenarios clínicos comunes donde la evaluación y el manejo de la lactancia materna son necesarios, pero la suplementación no está necesariamente indicada, incluyen¹: <ul style="list-style-type: none"> o Bebé que está inquieto por la noche o se alimenta constantemente durante varias horas o Mujer cansada o dormida o bebé somnoliento
Potencial indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Posibles indicaciones neonatales¹ <ul style="list-style-type: none"> o La hipoglucemia no responde a la lactancia materna frecuente y adecuada. uso de gel de glucosa Consulte la Guía clínica de Queensland: Hipoglucemia—recién nacido o Signos y síntomas que indican una ingesta inadecuada de leche, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> Evidencia clínica o de laboratorio de deshidratación. Pérdida de peso mayor o 8-10 % en el día 5 (120 horas) o más tarde Retraso en las deposiciones o Hiperbilirrubinemia Consulte la Guía clínica de Queensland: Ictericia neonatal⁸⁶ • Posibles indicaciones maternas¹ <ul style="list-style-type: none"> o Activación secretora retrasada o Insuficiencia glandular primaria o Patología mamaria o cirugía mamaria previa que resulte en leche inadecuada producción o Separación del bebé o Sustancias no compatibles con la lactancia materna. Consulte las Guías clínicas de Queensland: Uso perinatal de sustancias: materno y neonatal^{87,88} o Dolor intolerable durante la alimentación que no se alivia con intervenciones adecuadas.
Determinación del requisito de suplementación.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los requisitos de suplementación caso por caso • Informar a los padres sobre los posibles riesgos y beneficios de la suplementación, y respetar su decisión con respecto a la suplementación

4.2 Alimentación complementaria

Cuadro 13. Alimentación complementaria

Aspecto	Consideración
Elección del suplemento ¹	<ul style="list-style-type: none"> • La leche materna extraída (MBE) de la madre del bebé es la primera opción <ul style="list-style-type: none"> o Consulte la Tabla 14. Extracción de leche materna • La leche humana donada pasteurizada es preferible a otros suplementos donde seguro y disponible <ul style="list-style-type: none"> o Pueden aplicarse criterios de acceso • Fórmula estándar adecuada para recién nacidos • No se recomienda la suplementación con agua glucosada. <ul style="list-style-type: none"> o No proporciona suficiente nutrición o No reduce la bilirrubina sérica. o Puede causar hiponatremia
Objetivos de la suplementación ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Alimente al bebé mientras optimiza el suministro de leche materna y determina la causa del bajo suministro de leche, la transferencia inadecuada de leche o la mala alimentación. • Realizar la suplementación de forma que se preserve la lactancia materna. <ul style="list-style-type: none"> o Limitar el volumen de suplemento a las necesidades de la fisiología del recién nacido. o Estimular el seno con extracción manual o bombeo (consulte 4.3 Extracción de leche materna) o Continuar brindando oportunidades para que el bebé practique la alimentación en el mama
Volúmen 1	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando sea apropiado, evalúe la lactancia materna antes de iniciar el tratamiento suplementario. <ul style="list-style-type: none"> o alimentaciones • Dar suficiente volumen para mantener la hidratación y la nutrición. • En los primeros dos días después del nacimiento, no ofrezca más de 10 a 15 ml por toma a un bebé a término sano
Método de alimentación ¹	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha identificado un método óptimo de alimentación complementaria²³ <ul style="list-style-type: none"> o Puede variar de un bebé a otro o Ningún método está exento de riesgos y beneficios potenciales. • Hay poca evidencia sobre la seguridad o eficacia de la mayoría de los métodos de alimentación alternativos y su efecto sobre la lactancia materna (es decir, alimentación con taza, cuentagotas, jeringa o cuchara, alimentación con los dedos, alimentador suplementario, biberones y tetinas) • Al seleccionar un método de alimentación alternativo, considere: <ul style="list-style-type: none"> o Preferencia materna o Costo y disponibilidad o Facilidad de uso y limpieza. o Si se puede administrar un volumen adecuado de leche en 20 a 30 minutos o Si se prevé un uso a corto o largo plazo
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la necesidad de suplementación siempre que sea posible • Siga los protocolos locales sobre el uso y cuidado del equipo. • Apoyar a las mujeres con el método de alimentación suplementaria preferido • Desarrollar/seguir los requisitos locales de educación y capacitación para garantizar la competencia clínica • Desarrollar y seguir protocolos locales para administración y documentación. <ul style="list-style-type: none"> o de suplemento o Consulte la Guía clínica de Queensland: Atención estándar³²

4.3 Extracción de leche materna

Tabla 14. Extracción de leche materna

Aspecto	Consideración
Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a todas las mujeres instrucción e información sobre cómo expresarse manualmente⁶¹ • Tranquilizar y advertir que la extracción puede producir poco calostro al principio. <ul style="list-style-type: none"> o Consulte el Apéndice C: Lista de verificación de entrada/salida • La demostración se realiza idealmente con un modelo de pecho de tela o tejido y un "maniquí de manos". enfoque apagado • La expresión manual es útil para: <ul style="list-style-type: none"> o Exprese el pezón para estimular las señales de alimentación. o Suavizar el pecho si está demasiado lleno (incómodo) o Proporcionar suplemento si la lactancia materna no es efectiva • La frecuencia y la duración dependerán del motivo clínico individual de expresando <ul style="list-style-type: none"> o Consulte el Apéndice D: Recomendaciones para la lactancia materna común. preocupaciones
Métodos de expresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Mano: método más eficiente para obtener calostro • Bomba: siga los procedimientos locales sobre uso y cuidado del equipo.
Etiquetado y almacenamiento de EBM.	<ul style="list-style-type: none"> • Para minimizar los errores relacionados con la EBM, desarrollar protocolos locales para: <ul style="list-style-type: none"> o Etiquetado de la MBE (nombre completo, fecha de nacimiento y número de expediente hospitalario, fecha y hora de extracción de la leche materna) o Verificación y firma de EBM por parte de dos miembros del personal antes de la administración. • Recomiende el almacenamiento de la leche materna como se describe en Información de salud infantil: Tu guía para los primeros 12 meses⁸⁹ • Consulte la Guía clínica de Queensland: Atención estándar³²

4.4 Opciones de alimentación alternativas

Tabla 15. Opciones de alimentación alternativas

Aspecto	Consideración
Revertir la decisión de amamantar	<ul style="list-style-type: none"> • Para apoyar a la mujer que considera dejar de amamantar⁶: <ul style="list-style-type: none"> o Explorar razones o Informar de las dificultades asociadas al restablecimiento de la lactancia materna si la decisión se cambia en una fecha posterior o Ofrecer apoyo adicional, incluida la derivación a IBCLC. o Respetar la decisión
Formula infantil	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda el uso rutinario en bebés amamantados sanos⁶ • Siga los protocolos locales cuando se requiera suplementación con fórmula infantil. indicado/deseado (por ejemplo, formulario de consentimiento materno, acceso a áreas de preparación de fórmulas infantiles, educación individualizada)
Bancos de leche	<ul style="list-style-type: none"> • Los bancos de leche de donantes recolectan, analizan, pasteurizan y distribuyen leche materna a Bebés cuyas madres no pueden suministrar suficiente leche materna. • Se aplican criterios de elegibilidad para donar y acceder a leche donada. • Discutir
Compartir leche materna	los riesgos y beneficios de las redes de intercambio de leche materna entre pares con la mujer y la familia caso por caso ^{90,91}

5 Uso del chupete (chupete)

Tabla 16. Uso del chupete (chupete)

Aspecto	Consideración
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • El uso antes de las cuatro semanas de edad se asocia con una duración reducida de la lactancia materna y puede contribuir a la dificultad de la lactancia⁶ • Probable asociación entre chupetes durante el sueño y disminución del riesgo de SMSL⁹² • Eficaz para reducir el dolor del procedimiento cuando se usa solo o junto con otras intervenciones no farmacológicas⁹³
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a los padres de las posibles ventajas y desventajas asociadas con uso de chupete con énfasis en el efecto sobre la succión • Recomendar <ul style="list-style-type: none"> o Retrasar la introducción del chupete hasta que se establezca la lactancia, generalmente después de las primeras 4 a 6 semanas^{6,94,95} o Una vez establecida la lactancia materna, se puede ofrecer un chupete al colocar al bebé boca arriba para dormir^{6,30}

6 preocupaciones comunes

La mayoría de las preocupaciones son temporales y pueden abordarse sin interrumpir la lactancia. Individualizar la atención según necesidades y preferencias.

Tabla 17. Atención inicial para todas las mujeres con problemas de lactancia

Aspecto	Consideración
Atención inicial a mujeres con preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la historia clínica • Evaluar una lactancia • Aplicar prácticas de atención de apoyo, incluido el SSC (consulte la Sección 2 Cuidados de apoyo) • Desarrollar un plan en colaboración con la mujer. • Alimente al bebé según sus necesidades o <ul style="list-style-type: none"> o Consulte la Sección 4 Alimentación complementaria o Consulte el Apéndice C: Lista de verificación de entrada/salida • Fomentar el inicio y mantenimiento del suministro de leche. • Si el bebé no puede iniciar la lactancia o se lo separa de la madre, apoyar a la mujer para que se exprima los senos²³: <ul style="list-style-type: none"> o Lo antes posible después del nacimiento, pero al menos dentro de las dos horas posteriores al nacimiento. o Al menos ocho veces en 24 horas.
Específico preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte a un profesional de la salud debidamente calificado (p. ej., IBCLC, médico, enfermera neonatal) según sea necesario. • Consulte el Apéndice D: Recomendaciones para la lactancia materna común.

7 Continuación de la lactancia materna

Tabla 18. Derivación y seguimiento

Aspecto	Consideración
Lactancia sugerida criterios de alta	<ul style="list-style-type: none"> • Además de los criterios habituales de preparación para el alta tanto para la mujer y el bebé, la mujer puede independientemente: <ul style="list-style-type: none"> o Colocar al bebé al pecho sin dolor significativo o Identificar cuando el bebé está tragando leche o Identificar patrones de alimentación normales (de 8 a 12 veces al día en algunos bebés) necesidad de amamantar con más frecuencia) o Identificar patrones de eliminación apropiados para la edad (al menos seis micciones por día y 3 a 4 deposiciones amarillas por día al final de la primera semana) o Extracción manual de leche materna o Identificar indicaciones para acceder a un profesional sanitario. o Acceder a consejos, apoyo e información sobre lactancia materna.
Preocupaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar preocupaciones potenciales o existentes sobre la lactancia materna o déficits de conocimientos antes del alta del servicio. <ul style="list-style-type: none"> o Desarrollar planes/recomendaciones de atención específicos con la mujer. o Identificar oportunidades locales para acceder a apoyo continuo para la lactancia materna (por ejemplo, IBCLC, enfermeras de salud infantil, grupos de apoyo comunitarios)
Seguimiento de rutina	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar todas las evaluaciones de seguimiento de rutina, incluido el seguimiento con un <ul style="list-style-type: none"> o Consulte la Guía clínica de Queensland: Evaluación de rutina del recién nacido⁹⁶ • Recomendar una evaluación formal de la lactancia materna como parte del posparto. consulte con un profesional de atención médica calificado, incluido: <ul style="list-style-type: none"> o Control de peso del bebé o Evaluación de ictericia neonatal. o Revisión de la eliminación apropiada para la edad. • Ofrecer visitas domiciliarias programadas y continuas. • Ofrecer información sobre Servicios de Salud Infantil, lactancia materna comunitaria. organizaciones y servicios de apoyo entre pares

7.1 Promoción de la salud

Tabla 19. Asesoramiento e información continua

Aspecto	Consideraciones
Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres/parejas, otros familiares y amigos desempeñan un papel importante en el apoyo a la mujer lactante^{61,97}: <ul style="list-style-type: none"> o Ofrecer apoyo y educación a los socios sobre la importancia de lactancia materna e incluirlos en las clases de educación sobre lactancia materna, atención durante el embarazo y posparto. • Los consejeros y profesionales de apoyo entre pares tienen un impacto positivo en resultados de la lactancia materna⁴⁸ • Es más probable que el apoyo cara a cara sea eficaz⁴⁸
Consejos e información sobre lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer y apoyar el acceso a educación/recursos sobre lactancia materna⁶¹ • Discutir y ofrecer información sobre: <ul style="list-style-type: none"> o Lactancia materna fuera de casa o Maximizar la leche materna si se ha introducido fórmula infantil o Continuar amamantando al regresar al trabajo. o Anticoncepción o Cambios normales con el tiempo o Nutrición adecuada para los bebés. o Tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias⁶ Consulte las Guías clínicas de Queensland: Uso perinatal de sustancias: materno y neonatal^{87,88} • Fomentar la revisión del bebé por parte de un profesional de atención médica entre las cinco y las siete. días de edad <ul style="list-style-type: none"> o Consulte la Guía clínica de Queensland: Evaluación de rutina del recién nacido⁷³
Nutrición y actividad física.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar asesoramiento sobre nutrición según las directrices dietéticas australianas⁹⁸ • Recomendar un suplemento materno de yodo de 150 microgramos por vía oral diariamente^{6,36} <ul style="list-style-type: none"> o Generalmente se requiere suplementación ya que es difícil de lograr mediante dieta sola o Si la mujer tiene una afección tiroidea preexistente, se recomienda consultar a un médico de cabecera. antes de tomar suplemento • Fomentar la actividad física según el gobierno australiano. recomendaciones y directrices⁹⁹ • El ejercicio no afecta negativamente a la lactancia materna

8 precauciones durante la lactancia

En Australia, hay muy pocas indicaciones para evitar por completo la lactancia materna.⁶ Individualice la atención y busque asesoramiento de expertos según sea necesario.

Tabla 20. Precauciones durante la lactancia

Aspecto	Consideración
No se recomienda amamantar	<ul style="list-style-type: none"> • Fórmula especializada requerida para: <ul style="list-style-type: none"> o Galactosemia^{6,27,61} <li style="padding-left: 40px;">Se requiere fórmula sin galactosa o Enfermedad de la orina con jarabe de arce^{27,61} <li style="padding-left: 40px;">Se requiere fórmula libre de leucina, isoleucina y valina. o Fenilcetonuria (PKU)^{6,61} <li style="padding-left: 40px;">Se requiere fórmula sin fenilalanina <li style="padding-left: 40px;">Es posible que se pueda amamantar en cierta medida con un seguimiento cuidadoso. • Madre positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{6,27,61}
Temporario Se requiere evitar o complementar	<ul style="list-style-type: none"> • Los ejemplos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> o Enfermedad materna grave cuando la mujer no puede cuidar al bebé (p. ej. sepsis)⁶ o Si la hepatitis C es positiva y los pezones sangran¹⁰⁰ o Si el virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1) está en el seno⁶¹, evite amamantar hasta que todas las lesiones activas se hayan resuelto⁶ o Sífilis recientemente adquirida <li style="padding-left: 40px;">El contacto madre-bebé y la lactancia materna pueden comenzar después de 24 horas de terapia, siempre que no haya lesiones alrededor de los senos o pezones⁶ • Consulte la Sección 4: Alimentación complementaria
Medicación materna y uso de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar la atención: <ul style="list-style-type: none"> o Consulte una farmacopea de leche materna para obtener recomendaciones sobre medicamentos específicos (por ejemplo, LactMed¹⁰¹, Hale's Medication y Mothers' leche¹⁰²) o Se puede recomendar el cese temporal o permanente de la lactancia materna durante el tratamiento con algunos medicamentos como la quimioterapia⁶¹ o Consulte las Guías clínicas de Queensland: Uso de sustancias perinatales: neonatal y materna^{87,88}
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que se considere una interrupción de la lactancia materna, sopesa los beneficios de la lactancia materna frente a los riesgos y hable con la mujer y familia²⁷ • Cuando una mujer decide continuar amamantando en situaciones donde se identifica cierto grado de riesgo, derivarla para asesoramiento y manejo especializado. • Cuando esté indicado evitar temporalmente la lactancia materna, apoyar a la mujer para que se extraiga la leche materna para mantener la lactancia.

Referencias

1. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. Protocolo clínico n.º 3 de ABM: Alimentación complementaria en recién nacidos amamantados a término sanos, revisado en 2017. *Medicina de la lactancia materna* 2017;12(4):188-98.
2. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Contacto temprano piel con piel para madres y sus recién nacidos sanos. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. [Internet]. 2016, Número 11. N.º de artículo: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
3. Nariz roja. ¿Qué es el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)? [Internet]. 2016 [consultado el 24 de agosto de 2021].
4. El Estado de Queensland (Comisión de la Familia y el Niño de Queensland). Informe anual: muerte de niños y jóvenes, Queensland, 2018-19. [Internet]. 2019 [consultado el 11 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.qfcc.qld.gov.au>.
5. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Lactancia Materna. [Internet]. 2021 [consultado el 31 de agosto del 2021]; (09 de marzo). Disponible en: <http://www.who.int>.
6. Consejo Nacional de Salud e Investigaciones Médicas. Pautas de alimentación infantil. [Internet]. 2012 [consultado el 18 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au>.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto a lo largo de la vida. *The Lancet* 2016;387:475-90.
8. Organización Mundial de la Salud. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que brindan servicios de maternidad y recién nacidos. [Internet]. 2017 [consultado el 18 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int>.
9. Consejo de Salud del Consejo de Gobiernos Australianos (COAG). Estrategia nacional australiana sobre lactancia materna: 2019 y más allá. [Internet]. 2019 [consultado el 26 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://apo.org.au>.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Reino Unido. La evidencia y la justificación de los estándares de la iniciativa amiga de los bebés de UNICEF en el Reino Unido. [Internet]. 2013 [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/>.
11. Subdivisión de Servicios de Estadísticas de Salud de Queensland. Estadísticas perinatales de Queensland. [Internet]. 2019 [consultado el 18 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au>.
12. Instituto Australiano de Salud y Bienestar. Encuesta nacional australiana sobre alimentación infantil de 2010: resultados de los indicadores. [Internet]. 2011 [consultado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au>.
13. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Lactancia materna e inteligencia: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:14-9.
14. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Consecuencias a largo plazo de la lactancia materna sobre el colesterol, la obesidad, la presión arterial sistólica y la diabetes tipo 2: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:30-7.
15. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Efecto de la lactancia materna sobre las maloclusiones: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:54-61.
16. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. La lactancia materna y el riesgo de caries dental: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:62-84.
17. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. Lactancia materna y otitis media aguda infantil: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:85-95.
18. Amitay EL, Keinan-Boker L. Lactancia materna e incidencia de leucemia infantil: un metanálisis y una revisión sistemática. *JAMA Pediatría* 2015;169(6):e151025.
19. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Lactancia materna y riesgo reducido de síndrome de muerte súbita del lactante: un metanálisis. *Pediatría* 2011;128(1):103-10.
20. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Resultados de la lactancia materna y la salud materna: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Paediatrica* 2015;104:96-113.
21. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. La lactancia materna y el riesgo materno de diabetes tipo 2: una revisión sistemática y un metanálisis de dosis-respuesta de estudios de cohorte. *Nutrición, metabolismo y enfermedades cardiovasculares* 2014;24(2):107-15.
22. Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V. Efectos persistentes de la paridad de las mujeres y los patrones de lactancia materna en su índice de masa corporal: resultados del Estudio Millones de Mujeres. *Revista Internacional de Obesidad* 2013;37(5):712-7.
23. Iniciativa de salud amiga de los bebés de Australia. Manual de instalaciones de maternidad. [Internet]. 2020 [consultado el 25 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://bfhi.org.au>.
24. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, McGuire W. Ser amigo del bebé: apoyo a la lactancia materna basado en evidencia. *Archivos de enfermedades en la infancia. Edición fetal y neonatal*. 2015;100(2):F173-8.
25. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Efecto de las prácticas de atención a la maternidad sobre la lactancia materna. *Pediatría* 2008;122 Suppl 2:S43-9.
26. Brodribb W, Kruske S, Miller YD. Acreditación de hospitales amigos del niño, prácticas de atención hospitalaria y lactancia materna. *Pediatría* 2013;131(4):685-92.
27. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. [Internet]. 2009 [consultado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en: www.who.int.
28. Organización Mundial de la Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. [Internet]. 1981 [consultado el 25 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int>.
29. Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Atención Médica. Normas Nacionales de Seguridad y Calidad de los Servicios de Salud. [Internet]. 2017 [consultado el 19 de septiembre de 2019]. Disponible en: www.safetyandquality.gov.au.
30. Academia Estadounidense de Pediatría. Declaración de política: lactancia materna y uso de leche humana. *Pediatría* 2012;129(2):827-41.
31. de Jesús PC, de Oliveira MIC, Fonseca SC. Impacto de la formación de los profesionales de la salud en lactancia materna en sus conocimientos, habilidades y prácticas hospitalarias: una revisión sistemática. *Jornal de Pediatría* 2016;92(5):436-50.
32. Directrices clínicas de Queensland. Atención estándar. Directriz N° MN18.50-V1-R23. [Internet]. Salud de Queensland. 2018. [consultado el 30 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
33. Excelencia clínica Queensland. Directriz: Asociarse con la mujer que rechaza la atención de maternidad recomendada, V1.0. [Internet]. 2020 [consultado el 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au>.
34. Rollnick S, Miller R. Entrevistas motivacionales en la atención médica: ayudar a los pacientes a cambiar su comportamiento. Nueva York: El Guilford Prensa; 2008.
35. Lawrence R, Lawrence R. Lactancia materna: una guía para la profesión médica. 9ª edición. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2022.
36. Consejo Nacional de Salud e Investigaciones Médicas. Suplementación de yodo para mujeres embarazadas y en período de lactancia. 2010 [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au>.
37. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Manejo de la lactancia materna periparto para la madre sana y el bebé a término, Revisión 2013. *Breastfeeding Medicine* 2013;8(6):469-73.
38. Mucho D, Beyerlein A, Rossbauer M, Hummel S, Ziegler AG. Efectos beneficiosos de la lactancia materna en mujeres con diabetes mellitus gestacional. *Metabolismo molecular* 2014;3(3):284-92.
39. Speller E, Brodribb W. Lactancia materna y enfermedad de la tiroides: una revisión de la literatura. *Revisión de la lactancia materna* 2012;20(2):41-7.
40. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, Moramarco MW, Dávila YR. Tasas reducidas de lactancia materna entre madres obesas: una revisión de los factores contribuyentes, consideraciones clínicas y direcciones futuras. *Revista Internacional de Lactancia Materna* 2015;10:21.

41. Coles J, Anderson A, Loxton D. Duración de la lactancia materna después del abuso sexual infantil: un estudio de cohorte australiano. *Revista de Lactancia Humana* 2015.
42. Keeling J. Explorando las experiencias de violencia doméstica de las mujeres: lesiones, impacto y alimentación infantil. *Revista Británica de Partería* 2012;20(21):843-8.
43. Departamento de Salud del Gobierno de Australia. Pautas de cuidados durante el embarazo. [Internet]. 2020 [consultado el 1 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://www.health.gov.au/>.
44. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan KM, et al. Aconsejar a las mujeres con diabetes durante el embarazo que se extraiga la leche materna al final del embarazo (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): un ensayo controlado aleatorio, multicéntrico y no ciego. *Lanceta* 2017;389(10085):2204-13.
45. Directrices clínicas de Queensland. Diabetes mellitus gestacional. Directriz N° MN21.33-V2-R26. [Internet]. Salud de Queensland. 2021. [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
46. East C, Dolan W, Forster D. Extracción prenatal de leche materna por parte de mujeres con diabetes para mejorar los resultados infantiles. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. [Internet]. 2014, Número 7. N.º de artículo: CD010408. . DOI: 10.1002/14651858.CD010408.pub2.
47. UNICEF Reino Unido. Iniciativa amiga de los bebés. Evaluación de la expresión de la leche materna. [Internet]. 2017 [consultado el 9 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://www.unicef.org/uk/BabyFriendly/>.
48. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Apoyo a madres lactantes sanas con bebés a término sanos. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. [Internet]. 2017, Número 2. N.º de artículo: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
49. Burns E, Schmied V. "La ayuda adecuada en el momento adecuado": construcciones positivas del apoyo profesional y de pares para la lactancia materna. *Mujer y Nacimiento* 2017;30(5):389-97.
50. Uvnäs Moberg K. Efectos de la oxitocina en madres y bebés durante la lactancia. *Infantil* 2013;9(6):201-6.
51. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. El efecto del contacto piel con piel entre madre e hijo sobre el éxito y la duración de la primera lactancia materna: una revisión sistemática y un metanálisis. *Taiwán J Obstet Gynecol* 2019;58(1):1-9.
52. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Efecto del contacto piel con piel inmediato y continuo entre madre e hijo sobre la autoeficacia de la lactancia materna de mujeres primíparas: un ensayo de control aleatorio. *Mujer y Nacimiento* 2014;27(1):37-40.
53. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra Nurfarah BZM, et al. Un análisis de los efectos de los factores intraparto, las características neonatales y el contacto piel con piel en el inicio temprano de la lactancia materna. *Nutrición Materno Infantil* 2018;14(1).
54. Bigelow AE, Power M, Gillis DE, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Lactancia materna, contacto piel con piel e interacciones entre madre e hijo durante los primeros tres meses de los bebés. *Infant Ment Health J* 2014;35(1):51-62.
55. Gregson S, Meadows J, Teakle P, Blacker J. Contacto piel con piel después de una cesárea electiva: investigación del efecto sobre las tasas de lactancia materna. *Revista Británica de Partería* 2016;24(1):18-25.
56. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Contacto piel con piel inmediato o temprano después de una cesárea: una revisión de la literatura. *Nutrición Materno Infantil* 2014;10(4):456-73.
57. Brazelton TB, Nugent JK. La escala de evaluación del comportamiento neonatal. Cambridge: Mac Keith; 1995.
58. Mattson S, Smith J. Plan de estudios básico para enfermería materno-recién nacida. 5ª edición. Misuri: Elsevier; 2015.
59. Cadwell K, Turner-Maffei C, O'Connor B, Cadwell Blair A, Arnold L, Blair E. Evaluación materna e infantil para la lactancia materna y la lactancia humana: una guía para el profesional. 2da ed. Canadá: Jones y Barlett Learning; 2006.
60. Feldman-Winter L. Intervenciones basadas en evidencia para apoyar la lactancia materna. *Clínicas Pediátricas de América del Norte* 2013;60(1):169-87.
61. Hernández-Aguilar M, Bartick M, Schreck P, Harrel C. Protocolo clínico n.º 7 de ABM: política de maternidad modelo que apoya la lactancia materna. *Medicina de la lactancia materna* 2018;13(9):559-74.
62. Kent J, Mitoulas L, Cregan M, Ramsay D, Doherty D, Hartmann P. Volumen y frecuencia de las tomas y contenido de grasa de la leche materna a lo largo del día. *Pediatría* 2006;117:e387-e95.
63. Wellstart Internacional. Módulos de autoestudio sobre el manejo de la lactancia de Wellstart. [Internet]. 2009 [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: www.wellstart.org.
64. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Alojamiento conjunto para la nueva madre y el recién nacido versus atención separada para aumentar la duración de la lactancia materna. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. [Internet]. 2016, Número 8. N.º de artículo: CD006641. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
65. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. El efecto del alojamiento conjunto sobre la duración de la lactancia materna: una revisión sistemática de estudios controlados prospectivos aleatorios y no aleatorios. *PLoS One* 2019;14(4):e0215869.
66. Maged M, Rizzolo D. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño. *Revista de la Academia Estadounidense de Asistentes Médicos* 2018;31(11):25-30.
67. McKenna JJ, McDade T. Por qué los bebés nunca deberían dormir solos: una revisión de la controversia del colecho en relación con el SMSL, el colecho y la lactancia materna. *Revisiones respiratorias pediátricas* 2005;6(2):134-52.
68. Gobierno de Queensland. Dormir, dormir y compartir cama de forma segura para los bebés. Número de documento: QH-GDL-362:2013. [Internet]. 2013 [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au>.
69. Nariz Roja. Dormir seguro. [Internet]. 2021 [consultado el 11 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://www.rednose.org.au>.
70. Altuntas N, Turkyilmaz C, Yildiz H, Kulali F, Hirfanoglu I, Onal E, et al. Validez y confiabilidad de la herramienta de evaluación de la lactancia materna, la herramienta de evaluación de la madre y el bebé y el sistema de puntuación LATCH. *Medicina de la lactancia materna* 2014;9(4):191-5.
71. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Posiciones óptimas para la liberación de reflejos neonatales primitivos que estimulan la lactancia materna. *Desarrollo Humano Temprano* 2008;84(7):441-9.
72. Bhat AV, Raddi SA, Sawant P. Técnicas de lactancia materna entre mujeres primíparas. *Revista Internacional de Educación en Enfermería* 2019;11(1):13-6.
73. Amir LH. Manejo de problemas comunes de lactancia materna en la comunidad. *Revista médica británica* 2014;348:g2954.
74. Ferdousi A, Ahmad M, Samad R. Efectos de la intervención sobre la habilidad materna en el posicionamiento y el apego para una lactancia materna exitosa. *Revista de Salud Infantil de Bangladesh* 2020;44(1):13-7.
75. Thompson R, Kruske S, Barclay L, Linden K, Gao Y, Kildea S. Posibles predictores de traumatismo en el pezón de un programa de lactancia materna en el hogar: un estudio transversal. *Mujer y Nacimiento* 2016;29(4):336-44.
76. Asociación Australiana de Lactancia Materna. Apego al pecho. [Internet]. 2020 [consultado el 15 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.breastfeeding.asn.au>.
77. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Movimiento de la lengua y vacío intraoral en lactantes. *Desarrollo humano temprano* 2008;84(7):471-7.
78. Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Imagen ecográfica de la eyeción de leche en la mama de mujeres lactantes. *Pediatría* 2004;113(2):361-7.
79. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principios para mantener o aumentar la producción de leche materna. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurses* 2012;41(1):114-21.
80. Kent JC. Cómo funciona la lactancia materna. *Revista de partería y salud de la mujer* 2007;52(6):564-70.
81. Shrago LC, Reifsnider E, Insel K. El estudio del gasto intestinal neonatal: indicadores de la ingesta adecuada de leche materna en recién nacidos. *Enfermería Pediátrica* 2006;32(3):195-201.

82. Permezel M, Walker S, Obstetricia, Ginecología y Recién Nacidos de Kyprianou K. Beischer & Mackay. 4ª edición. Chatswood, Nueva Gales del Sur: Elsevier Australia; 2015.
83. DiTomasso D, Cloud M. Revisión sistemática de los cambios de peso esperados después del nacimiento de recién nacidos amamantados a término. *Revista de enfermería obstétrica, ginecológica y neonatal* 2019;48(6):593-603.
84. Noel-Weiss J, Woodend AK, Peterson WE, Gibb W, Groll DL. Un estudio observacional de las asociaciones entre los fluidos maternos durante el parto, el rendimiento neonatal y la pérdida de peso del recién nacido amamantado. *Revista Internacional de Lactancia Materna* 2011;6:9.
85. Watson J, Hodnett E, Armson BA, Davies B, Watt-Watson J. Un ensayo controlado aleatorio sobre el efecto del manejo de líquidos intravenosos durante el parto sobre la pérdida de peso de los recién nacidos amamantados. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurses* 2012;41(1):24-32.
86. Directrices clínicas de Queensland. Ictericia neonatal. Directriz N° MN19.7-V8-R22. [Internet]. Salud de Queensland. 2017. [consultado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
87. Directrices clínicas de Queensland. Uso perinatal de sustancias: Directriz neonatal No. MN16.38-V1-R21. [Internet]. Salud de Queensland. 2016. [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
88. Directrices clínicas de Queensland. Uso perinatal de sustancias: Directriz materna No. MN16.37-V1-R21. [Internet]. Salud de Queensland. 2016. [consultado el 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
89. Gobierno de Queensland. Información sobre salud infantil: tu guía para los primeros 12 meses. [Internet]. 2021 [consultado el 26 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.childrens.health.qld.gov.au>.
90. Thorley V. Experiencias de madres al compartir la lactancia materna o la alimentación conjunta con leche materna en Australia 1978-2008. Revisión de la lactancia materna 2009;17(1):9-18.
91. Sriraman N, Evans A, Lawrence R, Noble L. Declaración de posición de 2017 de la Academia de medicina de la lactancia materna sobre el intercambio informal de leche materna durante el término lactante sano. *Medicina de la lactancia materna* 2018;13(1):2-4.
92. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. ¿Los chupetes reducen el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante? Un metaanálisis. *Pediatría* 2005;116(5):e716-23.
93. Yilmaz F, Arikan D. Los efectos de diversas intervenciones en recién nacidos sobre el dolor y la duración del llanto. *Revista de Enfermería Clínica* 2011;20(7-8):1008-17.
94. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. Restricción del chupete y lactancia materna exclusiva. *Pediatría* 2013;131(4):e1101-7.
95. Grupo Asesor Científico Nacional Red Nose. Declaración informativa: Uso de chupete o chupete. [Internet]. 2014 [consultado el 6 de julio del 2021]. Disponible en: <https://rednose.org.au>.
96. Directrices clínicas de Queensland. Evaluación de rutina del recién nacido Directriz No. MN14.4.V4.R19. [Internet]. Salud de Queensland. 2014. [consultado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
97. Chantry C, Eglash A, Labbok M. Declaración de posición sobre la lactancia materna. *Medicina de la lactancia materna* 2015;10(9):407-11.
98. Consejo Nacional de Salud e Investigaciones Médicas. Pautas dietéticas australianas. [Internet]. 2013 [consultado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au>.
99. Departamento de Salud del Gobierno de Australia. Pautas de actividad física y comportamiento sedentario de Australia. [Internet]. 2014 [consultado el 21 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.health.gov.au>.
100. Hughes BL, Page CM, Kuller JA. Hepatitis C en el embarazo: detección, tratamiento y manejo. *Revista Estadounidense de Obstetricia y Ginecología* 2017;217(5):B2-B12.
101. Base de datos sobre medicamentos y lactancia (LactMed). Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). [Internet]. 2006- [consultado el 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
102. Hale TW. Medicamentos y leche materna. 15ª edición. Amarillo, Texas: Hale Pub.; 2012.

Apéndice A: Principios de la Iniciativa Salud Amiga del Niño

IHAN 10 pasos para una lactancia materna exitosa

Procedimientos críticos de gestión	
Paso 1a	• Tener una política escrita de alimentación infantil que se comunique rutinariamente al personal y padres
Paso 1b	• Cumplir plenamente con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
Paso 1c	• Establecer sistemas continuos de seguimiento y gestión de datos.
Paso 2	• Garantizar que el personal tenga suficientes conocimientos, competencias y habilidades para apoyar amamantamiento
Prácticas clínicas clave	
Paso 3	• Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
Etapa 4	• Facilitar el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si es necesario.
Paso 5	• Apoyar a las madres para que inicien y mantengan la lactancia materna y manejen los problemas comunes. dificultades
Paso 6	• No proporcione a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a menos que esté médicamente indicado
Paso 7	• Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas. horas al día
Paso 8	• Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de sus bebés.
Paso 9	• Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, tetinas y chupetes.
Paso 10	• Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a apoyo y atención continua

Fuente: IHAN Australia. Manual de instalaciones de maternidad. [Internet]. 2020 [consultado el 25 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://bfhi.org.au> .

Resumen del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS y su posterior Código Mundial Resoluciones de la Asamblea de la Salud

Aspecto	Recomendación
Publicidad	• No se permite publicidad ni promoción de sustitutos de la leche materna, incluidas las fórmulas infantiles y alimentos y bebidas complementarios, así como biberones y tetinas.
Muestras	• No habrá muestras gratuitas para las madres, sus familias ni los trabajadores de la salud.
Cuidado de la salud instalaciones	• No hay promoción de productos al público. • No hay enfermeras de la empresa que tengan acceso a las mujeres y/o las asesoren. • No se permiten obsequios ni muestras personales a los trabajadores de la salud (por ejemplo, diarios, bolígrafos, alimentos o comidas) • No se entregarán suministros gratuitos o de bajo costo
Información	• No se permiten palabras ni imágenes que idealicen la alimentación artificial, incluidas imágenes de bebés en las etiquetas de los productos • La información a los trabajadores de la salud debe ser científica y objetiva.
Etiquetas	• Toda la información sobre la alimentación artificial infantil, incluidas las etiquetas, debe explicar los beneficios. de la lactancia materna y los costos y riesgos asociados con la fórmula
Productos	• No se deben consumir productos inadecuados, como la leche condensada azucarada. promocionado para bebés. Todos los productos deben ser de alta calidad y tener en cuenta las condiciones climáticas y de almacenamiento del país en el que se utilizarán.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. [Internet]. 1981 [consultado el 25 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int> .

Apéndice B: Supervisión durante el contacto piel con piel

Aspecto	Consideraciones
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • La vigilancia es parte fundamental del cuidado en las primeras horas después del nacimiento. • Donde existan, siga los protocolos locales para la supervisión durante el contacto piel con piel. • Valorar las circunstancias de cada mujer y bebé individualmente • La supervisión indirecta por parte de profesionales de la salud requiere vigilancia visual frecuente. observaciones del bebe • La supervisión directa del contacto piel con piel por parte de una pareja o familiar puede ser apropiado a discreción del proveedor de atención médica • Realizar observaciones durante todo el período de contacto piel con piel y Interrumpa el contacto piel con piel si la salud de la mujer o del bebé es motivo de preocupación. • Coloque a la mujer y al bebé para asegurar que el bebé: <ul style="list-style-type: none"> o Tiene la cara visible o No puede caerse al suelo. o No puede quedar atrapado en la ropa de cama o por el cuerpo de la mujer. o Tiene la cabeza apoyada para que las vías respiratorias no se obstruyan. • Disuadir a la mujer de cargar al bebé cuando recibe analgesia que provoca somnolencia o altera el estado de conciencia. • Considere la seguridad si el dolor no se controla bien, ya que es poco probable que la mujer capaz de sostener al bebé de forma cómoda o segura
Factores de riesgo durante el contacto piel con piel	<ul style="list-style-type: none"> • Si se identifican factores de riesgo, proporcionar supervisión directa documentada durante contacto piel con piel • Una lista no exhaustiva de factores que pueden plantear problemas de seguridad en caso de contacto piel con piel sin supervisión incluye: <ul style="list-style-type: none"> o intraparto <ul style="list-style-type: none"> Mano de obra extendida Fatiga materna Cesárea de emergencia Parto asistido o dolor o Medicamentos <ul style="list-style-type: none"> Estupefacientes administrados en las últimas cinco horas. Sedación administrada en las últimas cuatro horas. o Uso actual de sustancias o Intoxicación por alcohol. o Condiciones de salud subyacentes para la mujer y/o el bebé. <ul style="list-style-type: none"> Obesidad Problemas de salud mental o Cualquier otro riesgo identificado

Apéndice C: Lista de verificación de entradas/salidas

Edad (horas)	Consumo de leche materna	Número de amamantamiento	Número de pañales mojados 1	Defecar	Color de las heces	Consistencia de las heces	peso del bebe
0-24	0 a 5 ml de calostro en la primera toma 2 a 10 ml (promedio de 7 ml) por toma 7 a 123 ml de calostro total en las primeras 24 horas	Primeras 8 horas: 1 o más Segundas 8 horas: 2 o más Terceras 8 horas: 2 o más	o más	1-2	negro	heces alquitranadas/pegajosas	Pierde 7% promedio 10% máximo
24-48	5 a 15 ml por toma Volúmenes crecientes	8-12	2 o más	1-2 1-2	verdoso/negro luego marrón 'transicional'	reblandecimiento	
48-72	15 a 30 ml por toma Volúmenes crecientes	8-12	3 o más	3-4	verdoso/amarillo suave		
72-96	30 a 60 ml por toma 395 a 800 ml por día	8-12	4 o más	4 grandes o 10 pequeños	amarillo/sórdido	suave/líquido	
Fin de la primera semana	395 a 800 ml por día Volúmenes crecientes 440-1220 ml por día al mes	8-12	6 o más	4 grandes o 10 pequeños	amarillo/sórdido	suave/líquido	Entonces la pérdida de peso se estanca comienza a recuperar peso

- Entre los 4 y 6 días de edad, los bebés comienzan a recuperar peso y a las dos semanas habrán regresado al peso al nacer.
- La mayoría de los bebés han vuelto al peso al nacer a los 10 días de edad.
- Aumento de peso semanal promedio de 150 a 200 gramos hasta los tres meses de edad
- Los bebés generalmente duplican su peso al nacer a los seis meses de edad y triplican su peso al nacer a los 12 meses de edad.
- El aumento o la pérdida de peso es sólo un aspecto del bienestar: evalúe a cada mujer y bebé de forma individual
- Los uratos pueden estar presentes antes de la activación secretora cuando aumenta el flujo de leche; no se esperan uratos después de las 96 horas de edad.
- El número de deposiciones de los bebés amamantados tiende a disminuir entre las seis semanas y los tres meses de edad.

Referencias: Academia de Medicina de Lactancia Materna. Protocolo clínico ABM n.º 3: Alimentación complementaria en recién nacidos amamantados a término sanos, revisado en 2017. *Breastfeeding Medicine* 2017;12(4):188-98.; Pulgada S. Alimentación infantil. En: Marshall J, Raynor M, editores. Libro de texto de Myles para parteras. decimosexta ed. Filadelfia: Churchill Livingstone Elsevier; 2014.; Kent J, Mitoulas L, Cregan M, Ramsay D, Doherty D, Hartmann P. Volumen y frecuencia de la lactancia materna y contenido graso de la leche materna a lo largo del día. *Pediatría*. 2006; 117:e387-e395.; Lawrence R, Lawrence R. Lactancia materna: una guía para la profesión médica. 8 ed. Estados Unidos: Elsevier; 2016.; Mattson S, Smith J. Plan de estudios básico para la enfermería materno-recién nacida. Quinta ed. Misuri: Elsevier; 2015.; Consejo Nacional de Investigaciones Médicas y de Salud. Pautas de alimentación infantil. Canberra. 2012 [consultado el 26 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au>.; Permezel M, Walker S, Kyprianou K. Beischer & Mackay's Obstetricia, Ginecología y Recién Nacidos. 4ª ed: Elsevier; 2015. Pautas clínicas de Queensland: Evaluación de rutina del recién nacido 2014 Disponible en <http://www.health.qld.gov.au/qcg>

Apéndice D: Recomendaciones para preocupaciones comunes sobre la lactancia materna

<ul style="list-style-type: none"> • Considere las recomendaciones específicas que se enumeran a continuación, además de las recomendaciones universales y las estrategias de atención de apoyo descritas en la guía. • Remitir a un profesional de la salud debidamente calificado (p. ej., IBCLC, funcionario médico, enfermera de salud infantil) si las inquietudes persisten y/o las intervenciones requieren monitoreo después alta del servicio 		
Inquietud	Signos/Consideración • Los	Recomendaciones
Bebé somnoliento que no muestra señales de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • períodos prolongados de no alimentación requieren investigación • Excluir causas como los efectos de la analgesia materna durante el trabajo de parto y el parto, los efectos del proceso del parto y las enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilice a la mujer: esto suele ser temporal. • Consulte el Diagrama de flujo: Manejo del bebé a término sano en los primeros 24 a 48 años. horas • Consulte la Guía clínica de Queensland: Ictericia neonatal⁸⁶
Alerte al bebé que muestra señales de alimentación pero no puede adherirse	<ul style="list-style-type: none"> • El motivo puede no ser evidente • Puede ser angustiante tanto para la mujer como para su bebé, ya que el bebé puede arquear la espalda, llorar al acercarse al pecho y alejarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo persista en ofrecerle el pecho mientras el bebé esté tranquilo. • El contacto piel con piel puede ayudar al bebé a autorregularse hasta alcanzar un estado de calma. • Sostener/empujar la cabeza o forzar el pecho es contraproducente, angustiante y se asocia con un arqueamiento persistente por parte del bebé (reflejo de arqueamiento).
	<ul style="list-style-type: none"> • Los motivos relacionados con la mujer incluyen: <ul style="list-style-type: none"> o Pezones invertidos o planos, ingurgitación/edema de areola • Cuando el pezón está plano o invertido, o la areola está congestionada, destruye el pezón y hace que sea difícil o imposible para el bebé agarrar el pezón o la areola • El ablandamiento por presión inversa (RPS) utiliza presión positiva suave. presión para ablandar la areola y el tejido circundante mediante mover temporalmente la hinchazón ligeramente hacia atrás y hacia arriba en el seno 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprima y masajee suavemente la areola para suavizar y hacer que el pezón esté más prominente • Fomente el ablandamiento con presión inversa o la extracción manual antes intentar amamantar • Exprimir el calostro con la mano en el pezón puede estimular al bebé a agarrarse • Dar forma al pecho/comprimir la areola para que sea más fácil de agarrar para el bebé. • Los protectores para pezones pueden estar indicados una vez que la leche fluya bien si se intentan otros intentos. <ul style="list-style-type: none"> o Se alienta la vigilancia continua para monitorear la transferencia de leche.
	<ul style="list-style-type: none"> • Los motivos relacionados con el bebé incluyen: <ul style="list-style-type: none"> o Trauma de nacimiento o Anquiloglosia (lengua atada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo experto en lactancia y asesoramiento sobre el apego y la lactancia <ul style="list-style-type: none"> La técnica puede ser beneficiosa y suficiente. • La sospecha de frenillo requiere: <ul style="list-style-type: none"> o Evaluación inmediata para determinar si interfiere con la alimentación o Si afecta la lactancia materna, derivación para una evaluación funcional exhaustiva de la sospecha de anquiloglosia por parte de un profesional de la salud experimentado
Retraso en la activación secretora o mala transferencia de leche.	<ul style="list-style-type: none"> • La causa común de una mala transferencia de leche es una fijación subóptima • Las posibles causas de retraso en la activación secretora incluyen: <ul style="list-style-type: none"> o Hemorragia posparto, diabetes, obesidad. • Posibles causas de la baja producción de leche en la etapa de inicio. incluyen cirugía de mama, mamas hipoplásicas, enfermedades crónicas o condiciones médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte las secciones relevantes dentro de la guía. • El retraso en la activación secretora en las primeras 72 horas justifica una investigación • Revisar el historial y los eventos de nacimiento para determinar la posible causa. • Un bebé con sospecha de deshidratación requiere evaluación médica. • Triage para vigilancia temprana posterior al alta.

Inquietud	Signos/Consideración • Las	Recomendaciones
Dolor y traumatismo en el pezón.	<ul style="list-style-type: none"> molestias en los pezones durante los primeros días son comunes Razón comúnmente citada para dejar de amamantar El posicionamiento subóptimo es la causa más común Otras causas incluyen frenillo, pezones planos o retraídos, mala salud de la piel (p. ej., eczema, bacteriano, aftas, herpes), vasoespasmos del pezón. Independientemente del tratamiento utilizado, la mayoría de las mujeres informan una reducción del dolor en el pezón a niveles leves aproximadamente entre 7 y 10 días después del nacimiento. El dolor en los pezones que ocurre más allá de las primeras semanas de lactancia puede deberse a: <ul style="list-style-type: none"> Infecciones como Staphylococcus aureus y Candida. Vasoespasmos 	<ul style="list-style-type: none"> Tranquilice si los pezones están sensibles pero no hay signos de compresión después de amamantar. Revisar y optimizar el posicionamiento y el accesorio Suaviza la areola lo suficiente para permitir que el bebé la agarre adecuadamente Revisar el cuidado del pezón <ul style="list-style-type: none"> Evite jabones y sujetadores sintéticos. Cambie los protectores mamarios con frecuencia o Exponga los senos al aire brevemente después de amamantar Permita que la leche materna extraída se seque en el pezón después de amamantar. Existe evidencia limitada sobre la efectividad del tratamiento para el dolor en el pezón resultante de un traumatismo en el pezón. Referir si el dolor/trauma persiste más allá de la primera semana o si se sospecha una infección. Educación sobre la importancia del lavado de manos y la buena higiene cuando tocar o manipular los pezones
Congestión mamaria	<ul style="list-style-type: none"> Ingurgitación: hinchazón y distensión de los senos resultante de la activación secretora (lactogénesis II) Se presenta como dolor, firmeza e hinchazón bilateral en los senos. Comienza más comúnmente entre los días 3 y 5 postparto, pero puede llegar hasta 9 a 10 días después del parto Una lactancia más frecuente (o extracción, si el bebé no se alimenta del pecho) en las primeras 48 horas se asocia con menos congestión 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar orientación sobre la posibilidad de congestión antes del alta. Promover la lactancia materna fisiológica (alimentación en respuesta a las señales del bebé) Centrar el tratamiento en aliviar la inflamación y el malestar mediante el uso de bebidas frías. paquetes y medicamentos antiinflamatorios <ul style="list-style-type: none"> Si no existen contraindicaciones individuales, el paracetamol y el ibuprofeno son opciones seguras para la mayoría de las mujeres que amamantan en dosis adecuadas. Ablandamiento de la areola con presión inversa y bomba manual o manual. <ul style="list-style-type: none"> La extracción para mover pequeños volúmenes de leche puede ayudar a la fijación y facilitar la transferencia fisiológica de la leche.
Ves el espectro	<ul style="list-style-type: none"> Abarca un espectro y progresión de condiciones que resultan por inflamación de los senos: La presentación clínica varía según la gravedad y la progresión de la inflamación. <ul style="list-style-type: none"> Los síntomas varían desde inflamación localizada (enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad) hasta signos y síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos y taquicardia) Puede o no progresar a una infección bacteriana <ul style="list-style-type: none"> Los organismos comunes incluyen estafilococos y Estreptococo Muchos síntomas de mastitis se resuelven con lactancia fisiológica, cuidados conservadores y apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la lactancia materna fisiológica (alimentar en respuesta a las señales del bebé) o el bombeo fisiológico si el bebé no se alimenta del pecho. Aconseje a la madre que <ul style="list-style-type: none"> Evite aumentar la extracción o el uso del extractor de leche. Evite el uso de pezoneras siempre que sea posible. Use un sostén que le ajuste adecuadamente Evite el masaje profundo del seno. Centrar el tratamiento en aliviar la inflamación y el malestar mediante el uso de bebidas frías. paquetes y medicamentos antiinflamatorios <ul style="list-style-type: none"> Si no existen contraindicaciones individuales, el paracetamol y el ibuprofeno son opciones seguras para la mayoría de las mujeres que amamantan en dosis adecuadas. Si los síntomas no mejoran en 12 a 24 horas o si está gravemente enfermo, busque un experto consejo

Referencias: Asociación Australiana de Lactancia Materna. 'Suavizar los bultos': una guía para profesionales de la salud con información actualizada de ABA sobre ingurgitación, inflamación mamaria localizada y mastitis. [Internet]. 2023 [consultado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://abaprofessional.asn.au>. Asociación Dental Australiana. Declaración de consenso sobre anquilosia y freno oral. [Internet]. 2020 [consultado el 22 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.ada.org.au/>. Cotterman K. Ablandamiento por presión inversa: una herramienta sencilla para preparar la areola para un agarre más fácil durante la congestión J Hum Lact. 20(2):227-237. 2004. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Intervenciones para el tratamiento de pezones dolorosos entre mujeres que amamantan. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. [Internet]. 2014, Número 12. N.º de artículo: CD007366. Disponible en: DOI:10.1002/14651858.CD007366.pub2. Cadwell K, Turner-Maffei C, O'Connor B, Cadwell Blair A, Arnold L, Blair E. Evaluación materna e infantil para la lactancia materna y la lactancia humana: una guía para el profesional. 2da ed. Canadá: Jones y Barlett Learning; 2006.; Consejo Nacional de Investigaciones Médicas y de Salud. Pautas de alimentación infantil. Canberra. 2012. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, et al. Protocolo clínico n.º 36 de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna: El espectro de la mastitis, revisado en 2022. Breastfeed Med 2022;17(5):360-76. Vieira F, Bachion M, Delalibera D, Mota C, Munari D. Una revisión sistemática de las intervenciones para el traumatismo del pezón en madres lactantes. Revista de Becas de Enfermería, 2013; 45:2, 116–125.

Agradecimientos

Las Guías Clínicas de Queensland agradecen la contribución de los médicos de Queensland y otras partes interesadas que participaron durante todo el proceso de desarrollo de las guías, en particular:

Líderes clínicos del grupo de trabajo

Dra. Sonja Morgan, médico general e IBCLC, Growlife Medical

Sra. Kristina Palmer-Field, enfermera clínica y partera consultora, IBCLC, Royal Brisbane and Women's Hospital

Sra. Loretta Anderson, coordinadora de Lactancia Materna e IBCLC, Mater Mothers' Hospital

Oficial de programa QCG

Sra. Cara Cox, enfermera clínica consultora y responsable de programas

Panel de revisión por pares

Sra. Kath Angus, Representante de los Consumidores, Asociación Australiana de Lactancia Materna

Dra. Kirsty Devine, neonatóloga, Hospital Universitario de Townsville

Dr. Christopher Edwards, pediatra, Hospital Bundaberg

Sra. Samantha Foster, partera e IBCLC, Growlife Medical

Sra. Karen Hose, enfermera especializada en neonatología, Royal Brisbane and Women's Hospital

Dra. Melissa Lai, neonatóloga, Royal Brisbane and Women's Hospital

Sra. Moina Mitchell, enfermera de salud infantil e IBCLC, Mater Mothers' Hospital

Sra. Alecia Staines, Representante de los Consumidores, Red de Consumidores de Maternidad

Sra. Rhonda Taylor, consultora de parteras clínicas, Hospital Universitario de Townsville

Dra. Karen Whitfield, farmacéutica, Royal Brisbane and Women's Hospital

Equipo de directrices clínicas de Queensland

Profesora Rebecca Kimble, Directora

Sra. Jacinta Lee, Gerente

Sra. Stephanie Sutherns, enfermera clínica consultora

Sra. Cara Cox, enfermera clínica consultora

Sra. Emily Holmes, enfermera clínica consultora

Sra. Janene Rattray, enfermera clínica consultora

Comité Directivo

Fondos

Esta guía clínica fue financiada por la Unidad de Mejora de la Atención Médica de Queensland Health.