

Guía de lactación materna

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela



Guía de lactación materna

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

Edita: Xunta de Galicia
Servizo Galego de Saúde
da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela
Dep. legal: C -2015

Índice de autoras

Ares Galbán, Ana Isabel	DUE, Hospital da Barbanza
Bóvela Fernández, Paloma	DUE, Hospital da Barbanza
Calviño García, Elena	Técnico Auxiliar Enfermería, Hospital da Barbanza
Couce Pico, María Luz	Médico, Neonatoloxía CHUS
Cuns Hombre, Remedios	Matrona, CHUS
Iglesias Deus, Alicia	Médico, Neonatoloxía CHUS
Iglesias Vilas, María Dolores	Médico, Neonatoloxía CHUS
Fernández Rodríguez, Ángeles	DUE, Calidade Xerencia
Fernández Tuñas, Carmen	DUE, Neonatoloxía CHUS
García Vicente, Luisa	DUE, Atención Primaria
Hermida López, Lorena	Asociación Galega Prematuros AGAPREM
López Suárez, Olalla	Médico, Pediatría CHUS
López-pardo Pardo, Estrella	Médico, Calidade Xerencia
Oca Abelleira, Susana	DUE, Obstetricia CHUS
Peñas Silva, Patricia	Médico, Obstetricia CHUS
Picón Cotos, Mónica	Médico, Pediatría Atención Primaria
Ponce Marín, Marisa	Técnico Auxiliar Enfermería Neonatoloxía CHUS
Prieto Gómez, Noelia	Asociación Fomento Lactancia Materna Teta e Coliño
Quintáns Lago, Salomé	DUE, Neonatoloxía CHUS
Rodríguez Blanco, M ^a Áurea	Médico, Pediatría Hospital da Barbanza
Turnes Paredes, Margarita	DUE, Neonatoloxía CHUS
Uceira Rey, Sonia	Matrona, Hospital da Barbanza



Prólogo

Teño a satisfacción de presentar a Guía de Lactación Materna, o primeiro paso dun proxecto que a partir deste momento imos impulsar de xeito decidido na nosa xerencia. Con el, sumámonos á gran comunidade de centros de saúde e hospitais, nacionais e internacionais, comprometidos cos principios da Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN) promovida pola OMS e a UNICEF.

A Guía de Lactación Materna, elaborada pola nosa Comisión de Lactación Materna, está pensada para facilitar o goce dunha lactación efectiva. A súa estratexia xira en torno a tres piares fundamentais: o mantemento da integridade da unidade nai-fillo/a, o acompañamento da nai ao longo de todo o proceso de aprender facendo e a interacción coordinada de todos os profesionais sanitarios que interveñen no proceso asistencial, contando co papel fundamental das Asociacións.

Os beneficios nutricionais e inmunolóxicos que ofrece a lactación natural son indiscutibles. Pero a lactación materna é algo máis que unha forma de alimentación. É o xeito natural e efectivo de comprender as necesidades e demandas do bebé lactante. E se ben é certo que a lactación materna demanda esixencias, tamén é indubidable que facilita o establecemento dunha ponte afectiva entre nai e fillo, equilibra o dar e recibir, sendo un excelente instrumento para aprender a ser nai.

De forma similar, a política de Lactación Materna ten unha gran potencial de aprendizaxe para a organización sanitaria. Por un lado, permítenos avanzar na comprensión das necesidades das persoas para ofrecer uns servizos máis humanizados. Por outro, os seus requirimentos pónennos no reto de innovar os procesos, de cambiar rutinas, de eliminar barreiras e establecer novos lazos entre os profesionais e a sociedade. En suma, a lactación natural convértese nunha oportunidade para desenvolver unha estratexia orientada á integración e ao traballo interdisciplinar.

Sendo conscientes do esforzo que suporá o impulso dos principios da IHAN, comprometémonos a dispoñer todos os recursos que estean no noso alcance. Confiamos en que a súa execución sexa un referente doutros proxectos da nosa xerencia e un aliciente para mellorar a calidade e contar cuns servizos sanitarios cada vez máis humanizados. En definitiva, traballar nunha sanidade das persoas, para as persoas.

Luis Verde Remeseiro
Xerente da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

I. OBXECTIVOS E DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	9
A. INTRODUCCIÓN	9
B. POLÍTICA DE LACTACIÓN MATERNA	10
1. OBXECTIVOS.....	10
2. DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS	11
II. NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO EMBARAZO	12
A. CENTROS DE SAÚDE. CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAIS.....	12
1. INTRODUCCIÓN	12
2. OBXECTIVOS.....	12
3. ESTRATEXIAS	12
III. NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO NACEMENTO.....	15
A. PARIDOIRO	15
1. INTRODUCCIÓN	15
2. OBXECTIVOS.....	15
3. ESTRATEXIAS	16
B. ESPERTAR E REANIMACIÓN	18
1. INTRODUCCIÓN	18
2. OBXECTIVOS.....	18
3. ESTRATEXIAS	18
C. INGRESO NA MATERNIDADE	19
1. INTRODUCCIÓN	19
2. OBXECTIVOS.....	19
3. ESTRATEXIAS	19
D. UNIDADE DE NEONATOLOXÍA	21
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBXECTIVOS.....	21
3. ESTRATEXIAS	21
IV. NORMATIVA DE LACTACIÓN MATERNA PERIODO POST-NATAL	23
A. SEGUEMENTO EN CENTROS DE SAÚDE.....	23
1. INTRODUCCIÓN	23
2. OBXECTIVOS.....	23
3. ESTRATEXIAS	23
B. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN DE NAIS ALEITANDO.....	27
1. INTRODUCCIÓN	27
2. OBXECTIVOS.....	27
3. ESTRATEXIAS	27
C. URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. SITUACIÓNS ESPECIAIS.....	28
1. INTRODUCCIÓN	28
2. OBXECTIVOS.....	28
3. ESTRATEXIAS	28

Índice

V. GRUPOS DE APOIO Á LACTACIÓN MATERNA 33

- 1. INTRODUCCIÓN 33
- 2. OBXECTIVOS 33
- 3. ESTRATEXIAS 33

VI. SENSIBILIZACIÓN E CAPACITACIÓN DOS PROFESIONAIS SANITARIOS 35

- 1. INTRODUCCIÓN 35
- 2. OBXECTIVOS 35
- 3. ESTRATEXIAS 35

VII. BIBLIOGRAFÍA 37

ANEXO 1. RAZÓN MÉDICAS PARA O USO DE SUCEDÁNEOS 39

ANEXO 2. EXTRACCIÓN PROCESAMENTO E CONSERVACIÓN DO LEITE MATERNO 41

ANEXO 3. COMPATIBILIDADE DE MEDICAMENTOS E LACTACIÓN MATERNA 45

ANEXO 4. PROBLEMAS MAIS COMÚNS DA LACTACIÓN MATERNA 49

ANEXO 5. FOLLETO INFORMATIVO PARA NAIS E FAMILIAS..... 50

I **OBXECTIVOS E DECLARACIÓN DE INTENCIÓNS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

María Luz Couce Pico

Ángeles Fernández Rodríguez

Estrella López-Pardo

A- INTRODUCCIÓN

A lactación materna é a forma ideal e natural de achegar aos nenos e nenas os nutrientes que necesitan para un crecemento e desenvolvemento saudables.

Deberíase manter como único alimento os primeiros seis meses de vida. Despois deste tempo, a lactación materna, xunto a unha alimentación complementaria apropiada, segue contribuíndo á correcta nutrición, ao desenvolvemento e á saúde da nena e neno lactante. A partir dese momento, a fin de satisfacer os seus requisitos nutricionais en evolución, os lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde o punto de vista nutricional, sen abandonar a lactación natural ata os dous anos de idade, ou máis tarde. De feito, as prácticas de alimentación apropiadas baseadas en probas científicas son indispensables para alcanzar e manter unha nutrición e unha saúde adecuadas.



Ademais, é parte integrante do proceso reprodutivo, con repercusións importantes na saúde das nais (retarda o retorno da fertilidade da muller e reduce o risco de hemorraxia post-parto, cancro de mama pre-menopáusico e cancro de ovario).

A lactación materna reduce o risco de infeccións tales como diarrea, pneumonía, otite, meningite e infección urinaria, diminúe o refluxo gastroesofágico e o cólico do lactante, favorece o desenvolvemento cognitivo no bebé, debido ao alto contido en DHA, acedo graxo esencial no desenvolvemento cerebral e protexe tamén contra condicións crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colite ulcerativa e enfermidade de Crohn.

Ademais, a lactación materna durante a infancia asóciase con menor presión arterial media e colesterol sérico total, e con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso e obesidade durante a adolescencia e idade adulta.

A pesar de coñecer a súa repercusión positiva, o índice de lactación materna na nosa área sanitaria non é o óptimo e hai un abandono temperán, polo que a difusión e promoción que se realiza da lactación materna é moi mellorable. Por iso, na EOXI de Santiago adoptamos como criterios globais mínimos os da Iniciativa de Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN) da OMS/UNICEF:

- Dispoñer dunha normativa escrita de lactación que sistematicamente se poña en coñecemento de todo o persoal
- Capacitar a todo o persoal para que poida poñer en práctica a normativa
- Informar a todas as embarazadas acerca dos beneficios e manexo da lactación. Ademais de formación sobre os aspectos máis relevantes da lactación que facilite o mellor inicio da lactación tras o parto

- Axudar ás nais para iniciar a lactación na media hora seguinte ao parto. Este paso interprétase agora como colocar aos bebés en contacto pel con pel coas súas nais inmediatamente despois do parto, polo menos durante unha hora, e alentar ás nais para recoñecer cando os seus bebés están listos para aleitar, ofrecendo a súa axuda en caso necesario.
- Practicar o aloxamento conxunto – permitir que as nais e os neonatos/as permanezan xuntos as 24 horas do día.
- Alentar ás nais para aleitar a demanda.
- Mostrar ás nais como aleitar e como manter a lactación mesmo se teñen que separarse dos seus fillos/as.
- Non dar aos neonatos/as outro alimento ou bebida que non sexa leite materno, a non ser que estea indicado.
- Non dar aos nenos alimentados ao peito biberóns, mamadeiras ou chupetes.
- Fomentar o establecemento de grupos de apoio á lactación natural e procurar que as nais se poñan en contacto con eles á súa saída do hospital (e ofrecer á nai os recursos de apoio á lactación que existan na súa área).

Ademais, e como requisito de obrigado cumprimento, os centros sanitarios deben acatar o *Código de Comercialización de Sucedáneos do leite materno* e non deben obter mostras ou doazóns de leite gratuítas ou a baixo prezo.

Na Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Santiago de Compostela adóptase o Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos da lactación materna (OMS,1981) e as resolucións posteriores.

Esta normativa constitúe o primeiro paso e é o punto de partida para unha mellora da nosa política de lactación materna.

B- POLÍTICA DE LACTACIÓN MATERNA

1. OBXECTIVOS

OBXECTIVO XERAL

- Aumentar as taxas de inicio e duración da lactación materna na área mediante accións de apoio, a promoción e a protección do lactación materna.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Unificar criterios de actuación a través deste documento escrito que debe ser coñecido polo persoal sanitario, e especialmente o de Obstetricia e Pediatría.
- Promover e asegurar a competencia na política de lactación materna, por parte dos profesionais sanitarios que atenden ás nais lactantes e nenos e nenas que aleitan.
- Conseguir a acreditación pola IHAN, mediante a cobertura dos requirimentos (auto-avaliación e taxas de lactación), realizando con carácter periódico o proceso de avaliación para obter a reacreditación que garanta a continuidade na implantación de boas prácticas e na oferta dunha asistencia de calidade, seguindo as recomendacións da OMS/UNICEF.

2. DECLARACIÓN DE INTENCIONS

Comprometémonos a establecer de forma correcta a lactación materna desde o primeiro momento:

- A política do noso hospital é manter xuntos ás nais e as súas fillas e fillos/as as 24 horas do día agás que se indique clinicamente
- Realizando a primeira posta ao peito, na primeira hora despois do parto. O bebé estará “pel con pel” coa nai inmediatamente despois do parto con independencia da súa alimentación, excepto indicación xustificada
- Sen restrinxir a duración ou a frecuencia das tomas. Lactación sen horario: simplemente cando o neno/a mostre signos precoces de fame (ex.: fai movementos coa súa boca chuchando, meter as mans na boca, axitarse...)
- Suplementando con leite de fórmula só por prescripción médica
- Non se recomendan os chupetes, protectores da mamila (pezoneras), o peito da moito máis que leite, da consolo, agarimo e seguridade
- Rexeitando calquera tipo de publicidade directa ou indirecta no Hospital, en relación co sucedáneo de leite de nai
- Capacitando ao persoal implicado na atención de nais e nenos mediante cursos teórico prácticos, acreditados por Formación Continuada. Todos os profesionais que atenden á nai e ao neno/a recibirán formación continuada
- Respectando e apoiando á nai que decide dar leite artificial ó seu bebé
- Facilitando ao alta un seguimento adecuado en Atención primaria, contacto con grupos locais de apoio á lactación materna

II NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO EMBARAZO

A- CENTROS DE SAÚDE. CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAIS

Lúsa García Vicente

María Dolores Iglesias Vilas

Mónica Picón Cotos

Remedios Cuns Hombre

Patricia Peñas Silva

1. INTRODUCCIÓN

A educación prenatal e información sobre os beneficios e técnicas correctas de lactación aumenta as cifras de inicio da lactación materna polo menos nun 10%. Os profesionais de Atención Primaria atópanse cunha situación privilexiada para promover e apoiar a lactación materna a través das revisións e os controis de saúde prenatais .

Entre un terzo e a metade das mulleres deciden o tipo de lactación antes de quedaren embarazadas, e a maioría das nais que non decidiron sobre a lactación antes do embarazo fano durante o primeiro trimestre.

As mulleres deberían recibir información completa sobre os beneficios que a lactación vai provocar na súa saúde e na dos seus fillos/as e os riscos e custos que se derivan da alimentación con sucedáneos.

2. OBXECTIVOS

- Dotar ás xestantes de maior capacidade e autonomía para tomar a súa propia decisión, informada e libre de presións sobre a alimentación dos seus fillos/as.
- Reforzar de maneira sistemática en todos os controis prenatais a importancia da lactación materna e a forma de poñela en práctica.
- Lograr que todas as nais estean informadas da superioridade do leite materno na alimentación do bebé.
- Conseguir que todas as nais que o desexen poidan chegar a aleitar aos seus fillos/as
- Promover o apoio e participación do pai no proceso da lactación materna.

3. ESTRATEXIAS

- Establecer mecanismos de **coordinación interna e con outras unidades**:
 - » En **Centros de Saúde** co resto de profesionais de calquera nivel, dentro da área sanitaria, durante o embarazo, parto e post-parto. En cada centro de saúde ou servizo haberá unha persoa **responsable** con suficiente formación en lactación. Se o centro de saúde ten un tamaño considerable pode constituír unha subcomisión.

Estas dúas figuras serían as encargadas de difundir a normativa sobre a lactación, así como de valorar as peculiaridades de cada centro e en que fase se atopan en relación aos obxectivos para conseguir sobre a mesma, tendo en conta isto e adaptándose a esta

normativa cada centro poderá elaborar posteriormente a súa propia declaración de intencións.

» En **Hospitais** co resto de profesionais dentro da área durante o embarazo, parto e post-parto.

- Recoller unha **Historia sobre lactación**. Conversar coa nai acerca do seu desexo de aleitar, as súas experiencias previas, a información de que dispón e o apoio co que conta. No caso de que non desexe aleitar, explorar con respecto os motivos, por se dependen de circunstancias ás que se pode ofrecer solución. En caso necesario, facer suxestións que poidan promover unha lactación con éxito, dando información adecuada ante conceptos, información ou impresións erróneas acerca da alimentación ao peito.

- **Informar** ás xestantes e os seus acompañantes (parella, avoas...) sobre os beneficios da lactación materna e como poñela en práctica.

Esta información pode ofrecerse en **grupo**, pero a embarazada debe ter a oportunidade de falar sobre a alimentación do seu bebé de maneira **individual**, nunha ou varias visitas.

- **Reforzar a confianza** na nai sobre a súa capacidade para aleitar.
- Entregarase **documentación divulgativa por escrito**.
- En **Centros de Saúde** organizaranse **“obradoiros de lactación”** periódicos para fomentar a lactación, informar sobre os seus beneficios, técnicas, posturas, alimentación, resolver dúbidas.
- Facilitar o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.
- Establecer unha **contorna** da consulta que sensibilice aos profesionais e ás nais sobre a lactación materna:
 - » Ambientar a consulta e as salas de espera con fotos de nais aleitando.
 - » Comprometerse a eliminar a propaganda de sucedáneos (ex.: calendarios, bolígrafos) e a non distribuír paquetes regalo.
- A **normativa** por escrito de lactación materna debe estar **accesible** a todo o persoal dos centros de saúde así como a pais e nais.

INFORMACIÓN

En xeral, a información sobre os beneficios da lactación debe abarcar os seguintes aspectos:

- A importancia da lactación materna para a nai e o bebé e os riscos e custos que supoñen para ambos a alimentación con sucedáneos.
- A importancia da lactación materna exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida.
- Explicar ás nais as vantaxes nutricionais, inmunolóxicas, psicolóxicas, económicas e ecolóxicas que a lactación natural supón. Así mesmo, informar as nais sobre a fisioloxía da lactación e sobre a técnica da lactación, xa que a lactación materna é unha mestura de instinto e aprendizaxe; e o seu éxito depende en boa medida de condicionamentos persoais, psicolóxicos, sociais e culturais, así como da calidade do apoio recibido xa desde o mesmo embarazo.

- Incluir ao pai na visita prenatal e nos programas de lactación xa que está demostrado que participan na elección do método de alimentación dos seus fillos/as e poden ser eficaces promotores ou detractores da lactación materna, dependendo de cal sexa a súa actitude ante as dificultades iniciais.
- A información oral debe reforzarse mediante folletos ou outro tipo de información escrita.

Táboa I. Información sobre os beneficios e contraindicacións da lactación materna

Vantaxes da lactación materna na saúde da nai
<ul style="list-style-type: none"> - Diminución do sangrado post-parto - Aumento da contracción uterina - Recuperación do tamaño uterino - Recuperación do peso/silueta - Amenorrea prolongada (aforro de ferro) - Espazamento entre embarazos - Diminución do risco de cancro de mama pre-menopáusico - Diminución de risco de cancro de ovario - Diminución de risco de fracturas espinais e de cadeira post-menopáusico
Vantaxes de tipo emocional
<ul style="list-style-type: none"> - Vivencia única, especial e pracenteira - Mellor apego nai-bebé, mellor comunicación co fillo/a - Satisfacción íntima - Menos depresión post-parto e de aparición máis tardía
Vantaxes de tipo económico
<ul style="list-style-type: none"> - Menor gasto en fórmulas infantís - Menor gasto en artigos para biberóns - Menor gasto en fármacos, consultas e hospitalizacións do bebé
Inconvenientes da lactación artificial para o bebé
<ul style="list-style-type: none"> - Menor vínculo afectivo. - Non ten especificidade de especie. - O leite materno é superior desde o punto de vista nutricional, pola súa especificidade de nutrientes, máxima biodisponibilidade, achegue de células vivas (linfocitos e macrófagos), encimas dixestivas, inmunomoduladores, factores de crecemento e receptores análogos. - É menos dixestiva. Produce maior refluxo gastro-esofáxico. Atrasa a eliminación de meconio. Enlentece a maduración intestinal. Flora intestinal patóxena. - Maior incidencia de carie, mala oclusión e caída dental. - Aumenta a incidencia e/ou gravidade das infeccións do lactante. - Peor desenvolvemento intelectual. - Maior risco de padecer enfermidades crónicas: alerxias, diabetes, enfermidade inflamatoria intestinal, enfermidade celíaca, esclerose múltiple, artrite crónica xuvenil, obesidade, leucemia infantil e linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. - Maior risco de síndrome de morte súbita do lactante. - Existen evidencias científicas de que a alimentación con leite de fórmula ten repercusión sobre o benestar e a saúde do bebé. - O efecto beneficioso da lactación materna aumenta canto máis prolongada é a súa duración.
Contraindicacións da lactación materna no neonato/a
<ul style="list-style-type: none"> - Na práctica son moi poucas as situacións que contraindican a lactación. Realízase unha anamnese en busca destas situacións.

III NORMATIVA DE PROMOCIÓN DE LACTACIÓN MATERNA NO NACEMENTO

A- PARIDOIRO

Patricia Peñas Silva

Remedios Cuns Hombre

1. INTRODUCCIÓN

Cando se coloca ao bebé nada máis naceren en contacto pel con pel coa súa nai estréitanse os lazos afectivos entre ámbolos dous, aumenta a confianza da nai no coidado do seu neno/a, co que se mostra máis afectuosa, ascende de forma continua a temperatura do bebé durante os primeiros 60 minutos e acelérase a súa adaptación metabólica. Os beneficios son os seguintes:

- Estabilidade fisiolóxica e emocional dos/das lactantes e as súas nais (menos pranto no neno, mellor recuperación da tensión do parto)
- Estabilidade cardiorrespiratoria e diminución dos episodios de apnea
- Control da temperatura corporal
- Mellora os niveis de glicemia
- Efecto analxésico para a nai e o neno/a
- Aumento da secreción de oxitocina co efecto positivo sobre a nai (diminúe o sangrado, mellor involución uterina, facilita a exección de calostro)
- Favorece o inicio e duración da lactación materna
- Axuda ás nais para desenvolver e fortalecer a súa confianza e as condutas de apego materno e establecemento do vínculo afectivo

O neno/a acabado de nacer, grazas ao seu instinto, os seus reflexos e os seus sentidos (sobre todo o tacto e o olfacto) é capaz en por si de reptar ata o peito e comezar a mamar de forma espontánea. Está demostrado que realizar a primeira toma na primeira media hora de vida asóciase con:

- Establecemento precoz de succión efectiva e condutas de alimentación
- Reforzo da relación nai-neno/a
- Aumento dos movementos intestinais e menor risco de ictericia neonatal
- Liberación materna de oxitocina, conseguindo unha maior contracción uterina, exección do leite e interacción nai-neno/a
- Reforzo da habilidade do neno/a para organizar o seu estado e modular o seu sistema motor

2. OBXECTIVOS

- Facilitar o contacto pel con pel inmediato durante o tempo que nai e bebé necesiten, sen interrupcións, pero como mínimo 60 minutos ou ata finalizar a primeira toma.
- Ofrecer intimidade e apoio respectando en todo momento as decisións da nai, tratando ás mulleres con respecto e dignidade e aplicando, de forma rutineira, coñecementos e destrezas para optimizar a fisioloxía normal do parto, o nacemento e a lactación.

- En caso de separación nai-bebé, tratar ás nais con sensibilidade, empatía e respecto. Permitir unha elección informada do tipo de alimentación que queren ofrecer ao seu bebé, sendo o paridoiro un bo sitio para ofrecerlle información sobre lactación materna se non a recibiu previamente. Facerlle consciente que a nutrición non é o seu único papel como nai.
- Informar á xestante/puérpera sobre como iniciar a lactación materna se o neno/a acabado de nacer é prematuro/a.

3. ESTRATEXIAS

- Prestar atención de maneira óptima o parto, considerando a nai e a neno/a como unha **unidade integral** durante o nacemento.
- Aproximarse ás **expectativas** da xestante respecto da lactación materna, facer recomendacións e resolver dúbidas. Rexistrar no cartograma antecedentes, hábitos e preocupacións.
- Identificar **factores de risco** materno/fetais que poidan afectar a lactación:
 - » Situacións que contraindiquen a lactación materna definitivamente (ex.: VIH, consumo de drogas, inicio de tratamentos con quimioterapia tras o parto) ou de forma transitoria (ex.: lesións herpéticas na mamila, tuberculose bacilífera, tratamento con isótopos radioactivos, varicela 5 días antes e 2 despois do parto)
 - » Situacións que dificulten a lactación: parto prematuro, parto múltiple, diagnóstico intraútero de malformacións cranio-faciais, neuromusculares
 - » Identificar a medicación utilizada durante o ingreso (antes, durante e despois do parto) que poida influír na lactación. Consultar en www.e-lactancia.org. (ver Anexo 3)
 - » Factores relacionados cunha potencial hipogalactia primaria (déficits hormonais ou alteracións anatómicas), como enfermidades con base hormonal, problemas de infertilidade, síndrome de ovario poliquístico, amenorreas prolongadas, hipoplasia mamaria e obesidade.
- Favorecer, sempre que sexa posible, o **contacto pel con pel**, cubrindo ao bebé cunha toalla quente para secalo, que se cambiará por unha seca cando esta estea húmida.
 - » Ao pasar a puérpera á sala de recuperación colocarse ao bebé unicamente un cueiro. É tamén moi aconsellable para mulleres que non van aleitar.
 - » Se a nai non está en condicións de facelo, ofrecerase realizar o contacto pel con pel á parella, realizándose este na sala de recuperación de puérperas.
 - » A identificación e o test de Apgar realizaranse co recentemente nacido encima da súa nai sempre que este non necesite unha atención inmediata por parte dos pediatras.
 - » A primeira pesada, a administración da vitamina K e a administración da profilaxe ocular intentarase realizar en presenza da nai e de non seren posible, levarase o tempo mínimo indispensable ao bebé ao niño.
 - » Desaconséllase lavar aos neonatos/as, aspirar as súas vías respiratorias ou realizar sondaxe nasogástrico de modo rutineiro.
- Tratarase de que o neno/a que acaba de nacer faga a **primeira toma** na primeira hora.

- » Tras o parto, a posición máis favorable e comfortable é coa nai recostada parcialmente cara atrás, sen estar totalmente tombada, e o bebé sobre ela boca abaixo, situando a súa cabeza entre as mamas da nai, ou coa nai en decúbito lateral e o bebé pegado ao abdome materno, “barriga con barriga”.
- » Non é recomendable forzar ao bebé para tomar o peito.
- » Os bebés, tras o parto, están nunha situación de alerta tranquila, un momento importante para a toma de contacto e o recoñecemento da súa nai. O obxectivo non é unicamente que mame, senón que desenvolva todas as condutas que se desencadean naturalmente neste momento único da vida da parella nai-neno/a.
- » É recomendable non intervir, e tan só dicir á nai que o bebé sabe que ten que facer e que é suficiente con que o sosteña para que non caia, sen impedir os seus movementos espontáneos de reptación e procura.
- » Pode ser útil a posición de crianza biolóxica na que a nai está recostada, semi-reclinada (non horizontal) e o bebé está tumbado sobre ela boca abaixo o que lle confire unha estabilidade postural natural.
- » A nai procura que o bebé non caia, e se é moi pequeno ou in-maduro dálle un soporte os pés coas súas mans.
- **Despois da primeira toma**, na sala de recuperación do paridoiro, e aínda máis se esta non foi posible, hai que procurar que o bebé continúe colléndose ao peito canto anteparidoiros e con frecuencia.
 - » Débese recomendar horario a demanda desde o principio.
 - » Non debe limitarse a duración das tomas.
 - » Informar os pais dos signos precoces de fame (ruídos de succión e chupeteo, cabeceo, sacar a lingua, levar as mans á boca) e que non deben esperar a que o neno chore para ofrecerlle o peito.
 - » Animarlles a que ofrezan frecuentemente o peito os primeiros días para iniciar unha boa produción de leite (8-12 veces).
- **Non** ofrecer chupetes en paridoiro aos recentemente nados que vaian ser alimentados con lactación materna.
- Informar de cómo realizar un **coleito** seguro: non fumar nin beber nin consumir medicación que produza alteración do estado de alerta ou somnolencia ou drogas, non estar excesivamente canso ou ser obeso, e estar en cama dura (nunca en sofá)
- Entregarase **material informativo** por escrito sobre os beneficios e as técnicas de lactación materna.
- Elimínase toda a **publicidade** directa ou indirecta de sucedáneos de leite materno de toda a área de partos.

B- ESPERTAR E REANIMACIÓN

Susana Oca Abelleira

María Luisa Ponce Marín

Salomé Quintáns Lago

1. INTRODUCCIÓN

A maioría das cesáreas realízanse con anestesia loco-rexional, o cal permite realizar pel con pel no propio quirófano. Sen embargo, cando se aplica anestesia xeral e no período de atención no Espertar ou na Reanimación a nai está totalmente durmida debería realizarse “pel con pel” coa parella.

O contacto pel con pel cos pais de bebés nados por cesárea inflúe positivamente no tempo de inicio da lactación materna.

2. OBXECTIVOS

- Favorecer o contacto pel con pel coa nai no quirófano no caso de que a nai estea en condicións de facelo.
- De non seren posible que a nai realice o contacto pel con pel, conseguir a implicación paterna no contacto “pel con pel” no período de atención no Espertar ou na Reanimación, para que as rutinas hospitalarias das salas de parto e post-parto non perturben de modo significativo o desenvolvemento das primeiras interaccións entre os bebés que acaban de nacer e os pais.
- Unha vez que a nai pase á planta de maternidade ou a súa condición física o permita colocar ao bebe ao peito co fin de favorecer o vínculo nai-neno/a. A partir dese momento sempre que sexa posible non se separarán nai e neno/a.

3. ESTRATEXIAS

- No quirófano, cando a nai estea esperta e en condicións de facelo, colocar ao bebé en contacto coa nai.
- No caso de que a nai non poida, elixir un **lugar** onde o **pai** teña intimidade e acomodaráselle nunha butaca ou cadeira de brazos para favorecer o seu confort. Do mesmo xeito, favorecerase un ambiente tranquilo, agradable e con luz tenue.

Informar ao pai de como debe coller ao bebé, mantendo a posición de decúbito prono.

» O bebé estará cuberto cunha manta para manter unha temperatura corporal idónea.

» O neonato/a non deberá ser collido por ninguén máis que a persoa que estea a realizar, nese momento, o contacto pel con pel. Tratarase de actuar de forma acougada e natural para consolar ao bebé cando se considere necesario.

- Cando sexa posible, manterase a estada conxunta da nai e o bebé na sala de reanimación, permanecerá con esta na cama.

É aconsellable que as unidades de parto estean dotadas dunha unidade de reanimación propia para poder manter o contacto nai-neno/a-pai, xa que naquelas unidades de Reanimación xerais é difícil conseguilo.

- Logo de realizar unha cesárea con anestesia xeral, cando a nai esperte, realizar o pel con pel, procurando a colocación en diagonal para protexer a zona da incisión da nai.



Figura 1: Pel con pel e agarre espontáneo inmediatamente tras cesárea. Imaxe cedida pola nai.

C- INGRESO NA MATERNIDADE

Susana Oca Abelleira

María Luisa Ponce Marín

Salomé Quintáns Lago

1. INTRODUCCIÓN

Cando a nai chega á maternidade debemos confirmar que tipo de lactación desexa dar ao seu nena/neno. En caso de dúbida ou indecisión, o persoal da unidade aconsellaralle a lactación materna explicándolle os beneficios da mesma.

A aquelas nais que decidan dar lactación artificial daráselle todo o apoio que necesite respectando sempre a súa decisión.

2. OBXECTIVOS

- Dar continuidade a estratexia de lactación materna establecida desde o nacemento
- Favorecer o establecemento da lactación materna no caso de indecisión por parte da nai.

3. ESTRATEXIAS

- Garantir o **aloxamento conxunto** nai –neno/a durante as 24 horas, para facilitar un maior vínculo e a alimentación a demanda e o inicio dos coidados básicos do bebé que acaba de nacer, asesorándolle e reforzando os seus coñecementos.
 - » Todos os exames que se lle realicen ao bebé levaranse a cabo na habitación coa súa nai, sempre que sexa posible.
- **Atención integral** á nai e ao neno/a durante a súa estada: as accións que leven a cabo derivarán da aplicación de guías de práctica clínica e recolleranse en protocolos e quedarán reflectidas na **folia de evolución** do neonato/a.
- Reforzar as **normas básicas** de lactación materna, que son as seguintes:
 - » Deixar que o bebé marque as pautas, mamando a demanda
 - » Non limitar a duración das tomas

- » Non é necesario que tome de ambos os peitos de cada toma.
- » Rotación dos peitos con cada toma
- » Proporcionar axuda no procedemento, para lograr unha correcta posición e agarre ao peito, comprobando colocación se a succión é efectiva. Intervirase só se é necesario e reforzaranse as boas prácticas.
- » Explicar as pautas de hixiene e coidados
- » Explicar á nai e á súa parella a importancia da tranquilidade neses momentos para a nai e o neno/a.
- » Indicar a importancia das tomas nocturnas: aínda que as primeiras horas o bebé ten tendencia ao sono é importante que faga tomas, polo menos, cada 4 horas para favorecer a regulación fisiolóxica da produción de leite
- » Non dar ningún tipo de alimentación ou bebida (lactación artificial, soro glucosado, ou auga) a aqueles neonatos/as con lactación materna, excepto que se indique polo pediatra.
- » Non ofrecer chupetes nas unidades de maternidade, naqueles casos nos que os pais llos ofrezan ou o soliciten ao persoal debemos desaconsellalos.
- » Informar de que o pase de visita é o momento adecuado para preguntar sobre dúbidas ou algún problema coa lactación materna. Nestes casos, aproveitaremos para reforzar a alimentación e para dar os consellos necesarios.

O persoal sanitario facilitará en todo momento o seu apoio, dando seguridade á nai e evitando comentarios sobre cuestións que poidan interferir no proceso (ex.: o neno queda con fame, non ten leite, non tes suficiente mamila ou frases similares), a fin de que a lactación materna sexa efectiva e duradeira.

- **Actuacións ao alta:**

- » Concertar unha **cita co seu pediatra e matrona:**

- xerar unha cita coa súa matrona ou persoal responsable de lactación do centro de saúde ao que pertence para que nun máximo de 72 h este persoal se poña en contacto coa nai.

No informe de alta farase constar como está a tomar o bebé ou se hai algún problema ao que haxa que prestar especial atención.

No caso de que a nai non poda acudir ao centro para valorar como está a evolucionar esa lactación, recomendarémolle que se poña en contacto telefónico co grupo de apoio á lactación da súa zoa, tan pronto como poda, ou que acuda a un profesional sanitario (matrona, enfermeira de pediatría, pediatra de atención primaria) se lle xorden dúbidas ou dificultades coa lactación.

- » **Reforzo da información:** beneficios da lactación materna, riscos potenciais da súa alimentación con fórmula, bases fisiolóxicas da lactación, prevención de problemas frecuentes.
- » Informar de que os primeiros días de vida necesitan tomas de moi pouca cantidade. É normal que os bebés **diminúan de peso** ás 48 horas do nacemento, a pediatra lle informará se existe algún problema.

- » Aconsellar que **non interrompan** a lactación materna sen antes consultar co seu pediatra.
- » Entregar **documentación divulgativa por escrito**.
- » Facilitar o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.

D- UNIDADE DE NEONATOLOXÍA

Olalla López Suárez

Margarita Turnes Paredes

1. INTRODUCCIÓN

A lactación materna é o mellor alimento que poden recibir todos os neonatos/as. Mesmo se o bebé non é capaz de succionar directamente ao peito, pode alimentarse con leite materno.

Salvo situacións puntuais, é posible manter a lactación materna mentres o bebé está ingresado. A lactación materna é especialmente beneficiosa nos prematuros/as, porque lles proporciona defensas, dixirena mellor e protéxeos dalgunhas enfermidades, como a enterocolite.

2. OBXECTIVOS

- Superar as posibles dificultades que poida levar a situación de enfermidade dos nenos/as ingresados nas Unidades de Neonatoloxía e a UCI Neonatal para conseguir a taxa máis elevada de lactación materna.
- Evitar a interferencia cos sucedáneos de leite materno e coa alimentación complementaria.

3. ESTRATEXIAS

- Apoiar ás nais no seu desexo de aleitar aos seus fillos/as a pesar das dificultades:
 - » coidados relacionados coa **producción, extracción e mantemento** da lactación materna
 - Animar ás mulleres para realizar unha extracción precoz do leite materno e a mantela, cando, de maneira transitoria, os neonatos/as non poidan realizar a toma directa ao peito por razón da súa enfermidade ou prematuridade.
 - Nos neonatos/as prematuros/as, máxime nos grandes prematuros, extremar os coidados para que a produción, extracción e mantemento da lactación materna se leven a cabo de maneira satisfactoria, garantindo a transición da alimentación enteral ao peito, así como a calidade e a seguridade de todos os procesos citados, sempre de acordo cos dez pasos da IHAN establecidos pola OMS/UNICEF.
 - Poñer ao bebé a succión da mamila en canto estea estable.
 - A unidade debe dispoñer de cadeiras de brazos cómodas para que as nais poidan aleitar aos seus fillos/as e deben poder permanecer nela o tempo que precisen.
 - Non se administrará aos nenos ningún suplemento salvo prescrición médica.
 - Garantir a seguridade no procesamento, almacenamento e administración do leite materno, mediante sistemas de control establecidos pola propia Unidade.
 - » Os coidados centrados no **desenvolvemento do neno e da súa familia** deben ser a norma de actuación, coidando así elementos como o método canguro, a succión non nutritiva ou

a succión da mamila durante a alimentación enteral. As nais deben poder ver recoñecido o seu papel como cuidadoras principais do neno/a.

- Facilitar unha unidade de portas abertas aos pais, para que as nais poidan estar cos seus fillos/as o maior tempo posible e establecer o vínculo materno-filial, con especial atención a aqueles pacientes nos que devandito vínculo poida verse alterado, como son os necesitados de cuidados intensivos.

» **Informar** ás nais dos beneficios da lactación materna, de forma xeral e de forma específica para os recentemente nados enfermos ou prematuros, no momento do ingreso do paciente na Unidade.

- Ademais da información verbal que poidan recibir dos médicos e enfermeiras, entregaráse un documento onde conste dita información por escrito, e facilitaráselles a resolución das dúbidas que poidan ter ao longo de todo o ingreso.

- Na sala de espera da Unidade existirán copias da devandita información escrita, así como documentos que promovan a lactación materna.

» Elaborar un **plan de actuación individualizado** para cada caso. O persoal médico e de enfermería, de forma conxunta coas nais, acordará cando empezar a estimulación de leite materno, as medidas de hixiene recomendadas, a aprendizaxe da extracción manual, como realizar a extracción do leite en casa e no hospital, a frecuencia das extraccións, a conservación e transporte do leite e as posibles solucións a problemas individuais que poidan xurdir.

- **Alta:**

- » Concertar unha cita co seu pediatra ou en consultas externas de Neonatoloxía
- » Reforzo da información: beneficios da lactación materna, riscos potenciais da súa alimentación con fórmula, bases fisiolóxicas da lactación, prevención de problemas frecuentes.
- » Aconsellar que **non interrompan** a lactación materna sen antes consultar co seu pediatra.
- » Entregar **documentación divulgativa por escrito**.
- » Facilitar o contacto cos **grupos de apoio** á lactación materna durante o embarazo.

- No caso de que a nai decida alimentar ao seu bebé con lactación artificial, debe ser respectada na súa decisión. Debe crearse un protocolo de indicacións, prescrición e administración de leite artificial e suplementos.

- **Cumprir** co “Código de comercialización de sucedáneos de leite materno”, prohibindo a publicidade de leite artificial para lactantes. Debe existir para iso colaboración por parte da Dirección do Centro e do Servizo de Farmacia Hospitalaria.

IV NORMATIVA DE LACTACIÓN MATERNA PERIODO POST-NATAL

A- SEGUIMIENTO EN CENTROS DE SAÚDE

Mónica Picón Cotos

Luísa García Vicente

María Dolores Iglesias Vilas

1. INTRODUCCIÓN

Os servizos sanitarios deben poñer todos os medios dispoñibles ao seu alcance para que toda nai que estea aleitando teña a información e o apoio necesario para realizar unha lactación materna con éxito. Son os centros de saúde pola súa situación estratéxica, no medio da comunidade, os que xogan un papel relevante na protección e mantemento da lactación materna.

2. OBXECTIVOS

- Conseguir manter a lactación materna exclusiva durante 6 meses, e a continuala xunto coa alimentación complementaria ata os dous anos ou mais se a nai e o neno ou nena o queren.

3. ESTRATEXIAS

- Establecer mecanismos de **coordinación** co resto de profesionais de calquera nivel, dentro da área sanitaria, durante o embarazo, parto e post-parto.

En cada centro de saúde ou servizo haberá unha persoa responsable con suficiente formación en lactación encargada de difundir a normativa sobre a lactación, así como de valorar as peculiaridades de cada centro.

A súa función será garantir que todos os profesionais actúen de acordo a unha mesma normativa, para non xerar información contraditoria que poida confundir ás nais e fomentar a colaboración entre os profesionais da saúde e a Comunidade.

- Proporcionar unha atmosfera receptiva e de acollida ás nais e familias dos lactantes.
- Asegurar o bo estado de saúde e de nutrición das mulleres, por dereito propio, en todas as fases da vida, así como o papel das mulleres na manutención dos seus fillos/as e as súas familias.

As nais e os seus fillos/as forman unha unidade biolóxica e social inseparable; a saúde e a nutrición dun grupo non pode separarse da saúde e a nutrición do outro. O estado de saúde e de nutrición das nais e os nenos está intimamente relacionados.

- Cada vez que un profesional entre en contacto cunha nai que está a aleitar, interesarse de como está a evolucionar esa lactación co obxecto de prever ou solucionar algunha dificultade que se presentou.
 - » Reforzar a súa confianza: todas as mulleres son capaces de aleitar aos seus fillos/as, salvo enfermidades pouco frecuentes e concretas.
 - » Recordarlle á nai:
 - O peito non se baleira nunca, ao mesmo tempo que o bebé succiona prodúcese máis leite e sempre que mama sae leite. O leite xérase en función da demanda adaptándose as necesidades do lactante.

- Non ten sentido darlle suplementos artificiais ao bebé que parece quedarse con fame, o lóxico é poñelo ao peito de novo: cantas máis veces e máis tempo aleitemos o bebe, máis leite producimos para el.
 - O tamaño dos peitos non está en relación coa cantidade de leite, se non coa graxa acumulada.
 - As crises de medro son a principal causa de inicio de administración de suplementos e finalización precoz da lactación materna.
- » Realizarase educación sanitaria sobre a lactación e as medidas a ter en conta para previr problemas, xa que a mellor maneira de solucionar un problema é evitalo.
- Corrixir e controlar a posición do neno durante as tomas.
 - Mellorar a drenaxe con pequenas masaxes antes e durante a toma.
 - No caso de que a nai comece a ter ingurxitación mamaria recomendarlle a aplicación de compresas quentes antes da toma e de compresas frías despois das tomas, xa que alivia a dor e reduce a inflamación.
 - Explicar a técnica de Marmet (baleirado manual do peito)
 - Levar un suxeitador que non aperte demasiado.
 - Evitar controlar o tempo entre tomas e a duración destas.
 - Expoñer os peitos ao aire todo o tempo que se poida. Acelera a curación de posibles lesións cutáneas.
 - Iniciar a toma polo peito máis cheo, ou polo que menos mamou na toma anterior.
 - Variar a posición do neno ao mamar. Axudará a drenar os peitos.
 - Non retirar o leite tras a mamada. Deixar secar o peito ao aire libre. Estender unhas gotiñas de leite por toda a aréola. O leite posúe axentes cicatrizantes e desinfectantes.
 - Evitar a humidade nas mamilas.
- A **avaliación** do bebé inclúe non só o seu peso, se non o seu estado xeral, o seu comportamento, a súa exploración física (temperatura e grao de hidratación), a frecuencia de miccións (4 ou máis ao día, a partires do cuarto día de vida), o tipo de deposicións e o intercambio de información coa nai (comportamento do acabado de nacer durante as tomas, signos de “subida” do leite) son elementos, que no seu conxunto, nos serven para saber se as cousas van ben ou non (ver Táboa II).
 - No período post-natal facilitaráselles a todos os pais a forma de poñerse en contacto con **grupos de apoio** á lactación da zona, a súa dirección e teléfono deben constar no centro de saúde.
 - Tamén se facilitará a organización de talleres de forma conxunta entre grupos, nais e persoal sanitario.
 - Todo o referente á alimentación infantil quedará reflectido na súa **historia de lactación**.
 - Difundir e expoñer a **normativa** escrita relativa á lactación natural coñecida por todo o persoal do centro.

Táboa II. Criterios de avaliación da efectividade da lactación materna

Anamnese e valoración
<ul style="list-style-type: none"> - Número de tomas - Duración aproximada das tomas - Miccións e deposicións do neno - Ganancia de peso - Posición do neno durante a toma - Uso de suplementos de líquidos ou fórmula artificial - Uso de mamadeiras ou chupetes - Presenza de dor nas mamilas ou mamas - Lesións - Apoio familiar e da contorna. O abandono da lactación nos primeiros días post-parto ten moitas veces a súa orixe nunha insuficiente preparación dos pais e nos variados e contradictorios consellos que reciben da contorna. É frecuente que a puérpera este “asesorada” por unha nai, familiar ou amigas que non aleitaron ou que teñen ideas preconcebidas, a miúdo erróneas.
Valoración de signos dunha inxestión e unha transferencia de leite adecuadas ao lactante
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar os signos dunha hidratación adecuada do lactante que toma o peito: <ul style="list-style-type: none"> » Fontanelas normotensas. » Mucosa oral hidratada, ollos sen olleiras, sen que parezan afundidos. » Pranto con bágoa (non no neonato) » Os cueiros móllanse, debe ser necesario cambialos polo menos 4-5 veces ao día. » Polo menos 1 deposición diaria no primeiro mes da color típica, amarelo mostaza. Se habitualmente as deposicións se presentan verdosas e explosivas pode indicar escasa inxestión de leite. Cando cambian de deposicións grumosas a consistencia pomada empezan a facer cada 2,3,4 ou máis días, sen que sexa patolóxico. - Constatar unha adecuada inxestión calórica en base a un adecuado progreso ponderal <ul style="list-style-type: none"> » O lactante gaña peso de maneira adecuada: » Perde peso os primeiros días de vida, cunha perda máxima considerada como fisiolóxica do 7-10%. A recuperación adoita iniciarse a partir da semana de vida, gañando desde entón 20-30 g/día, é dicir, polo menos 140 g /semana, as 6 primeiras semanas de vida. <ul style="list-style-type: none"> • 100-200 g /semana, menores de 4 meses • 80-150 g /semana, 4-6 meses • 0-80 g /semana, 6-12 meses
Valoración psicolóxica
<ul style="list-style-type: none"> - Daremos apoio psicolóxico e comprensión - Non angustiaremos con preguntas (deixar que se expresen, así reducimos a ansiedade) - Responderemos as preguntas que nos fagan - Daremos a información necesaria para resolver o seu problema (xa que o seu estado emocional non vai permitir reter gran cantidade de información) - Asegurarémonos de que entenden todo o que dicimos - Estaremos coas nais o tempo que necesiten (as présas aumentan a súa angustia) - Non coaccionaremos a decisión da nai sobre a lactación (podemos informar, aconsellar, pero nunca decidir por unha nai). Se elixen a lactación artificial dar apoio psicolóxico, xa que a maioría das veces aparece un sentimento de culpabilidade

<p>Valoración da toma</p> <ul style="list-style-type: none"> - A postura debe ser adecuada, coa orella aliñada coa cadeira, sen que teña que torcer a cabeza para mamar. Para que o bebé colla ben coa súa boca a mamila e succione correctamente, é necesario que o corpo do bebé estea enfrontado co seu e que ao abrir a boca introduza na súa boca a mamila e gran parte da aréola. Signos que lle indican un bo agarre son que o pescozo do bebé estea estendido, en posición de beber, que o queixelo do neno toca o peito, que a boca está ben aberta e co beizo inferior cara a fóra e que vexa máis a aréola por encima da boca que por baixo. - Obsérvase a deglutición e pódese oír tragar ao lactante. - O lactante infla as fazulas coma se comese goma de mascar (non as afunde) - Descartar anquiloglosia: o lactante debe poder pasar a lingua entre as enxivas sen dificultade. - A nai está nunha posición cómoda. Non existe unha única posición para aleitar ao neno. O máis importante é que se sinta cómoda, que o agarre do peito sexa adecuado e que o bebé estea enfrontado e pegado ao seu corpo.
<p>Valoración do peito da nai</p> <ul style="list-style-type: none"> - A existencia de gretas ou bochas nas mamilas indica unha mala técnica, ben por unha posición inadecuada ao peito ou por un agarre non correcto da mamila. - Os seos ingurxitados ou pletóricos, indican un baleirado inadecuado, ben por unha mala postura ao peito ou ben porque a nai atopa dificultades en poñer ao seu bebé ao peito, normalmente porque se atopa excesivamente adormecido e non o pode espertar. - Observar se existen signos de mastite como son o eritema, a tumefacción e a dor nas mamas, xunto coa posible aparición de signos sistémicos como febre e mal estar xeral. Recomendaráselle acudir ao seu médico de familia ou xinecólogo para que valore o cadro clínico e a necesidade de tratamento, mantendo a compatibilidade coa lactación materna.
<p>Outras valoracións</p> <ul style="list-style-type: none"> - É importante que baleire ben o peito antes de pasar ao seguinte, posto que o leite do final ten máis graxa e máis calorías. - O lactante parece satisfeito despois da toma. - O peito está máis brandiño tras a toma. - Valorar os coñecementos dos pais para asegurar un feliz desenvolvemento da lactación materna: <ul style="list-style-type: none"> » Coñecen o mecanismo de produción do leite? » Saben espertar ao lactante adormecido? » Saben recoñecer os signos precoces de fame? » Entenden o que significa a lactación materna a demanda? - Constatar que a nai sabe extraerse o leite e que coñece as recomendacións para almacenar e conservar o leite materno (ver ANEXO 2).

B- URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN DE NAIS ALEITANDO

Remedios Cuns Hombre

Patricia Peñas Silva

Olalla López Suárez

Margarita Turnes Paredes

1. INTRODUCCIÓN

Non é infrecuente que as nais lactantes acudan ao servizo de urxencias por problemas relacionados coa lactación. Estas levan asociada unha situación de angustia que deriva no desexo de abandono da lactación materna, facendo que moitas acudan solicitando a súa inhibición medicamentosa.

Os problemas máis frecuentes que xorden coa lactación materna son: as gretas que adoitan aparecer durante os primeiros días de lactación, sendo causa frecuente de abandono da lactación ao non poder soportar a dor que producen; a retención do leite que produce ingurxitación mamaria, a obstrución dun conduto lácteo, a mastite e as súas complicacións que son o absceso mamario e a mastite recorrente.

Támén é posible que a nai que está aleitando teña unha urxencia ou hospitalización por outro motivo, situación que pode poñer en risco a continuidade da lactación.

2. OBXECTIVOS

- Conseguir que tras unha atención urxente dunha muller que está aleitando non se interrompa a lactación materna.

3. ESTRATEXIAS

- Toda muller lactante que acuda a urxencias, tanto se o motivo polo que consulta está relacionado coa lactación materna coma se non, será **valorada** para detectar, prever e, en caso necesario, dar resposta a dificultades coa lactación das que a muller non falou.

Cando o motivo sexa a lactación materna, realizarase unha avaliación para tratar de detectar problemas, previlos ou que adquiran dimensións maiores. A avaliación incluírá os aspectos recollido na Táboa II.

- A nai debe recibir **información** de reforzo sobre as vantaxes da lactación e o profesional tentará de detectar en que punto aparecen as dificultades e tratar de orientar á nai.
- Se a atención urxente non está relacionado coa lactación, informarámola de que pode continuar aleitando ao seu bebé, salvo que exista unha contraindicación específica de lactación materna.
- Se a atención require o seu ingreso hospitalario:
 - » Facilitar o **aloxamento** conxunto de nai e neno/a.
 - » Permitir que persoas designadas pola nai encárguense, ou colaboren, nos cuidados do neno, para evitar sobrecargar ao persoal sanitario que atende ao paciente.
 - » Asegurarse de que os **medicamentos** que se van a administrar á nai son compatibles coa lactación materna, salvo que non exista alternativa compatible (ver ANEXO 3).
 - » No caso de que a lactación materna deba ser interrompida temporalmente, facilitar á nai os medios para levar a cabo a **extracción do leite**.

- » Ante procedementos que requiran a separación temporal de nai e bebé, tentárase planificar para poder facilitar a extracción do leite materno con anticipación, e así poder utilizala cando a nai estea ausente.
- Unha vez finalizada a atención, indicáremoslle onde pode dirixirse (matrona de atención primaria, grupos de apoio).

C- URXENCIAS E HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. SITUACIÓNS ESPECIAIS

Carmen Fernández Tuñas

Alicia Iglesias Deus

Lorena Hermida

1. INTRODUCCIÓN

En ocasións, os lactantes precisan seren ingresados, xa sexa por unha estancia curta de tempo no Servizo de Urxencias ou de forma máis prolongada durante a hospitalización, incluíndo tamén outras situacións especiais. A lactación materna pode verse comprometida temporalmente polo que debemos favorecer a súa continuidade.

2. OBXECTIVOS

- Superar as posibles dificultades que poida levar consigo o ingreso dos nenos/as en Pediatría para lograr a taxa máis elevada de lactación materna.
- Evitar a interferencia cos sucedáneos de leite materno e coa alimentación complementaria, achegando os alimentos que sexan adecuados para a idade do neno.

3. ESTRATEXIAS

- Preservar e **manter a unidade nai e neno/a** e o coidado da saúde de ambos, cobra unha maior importancia na hospitalización do neno/a. Ademais, sumámoslle o efecto que sobre a saúde da nai supón a enfermidade e hospitalización do seu fillo/a e as súas repercusións sobre a vida laboral da muller e viceversa, coas dificultades para manter a unidade nai e fillo/a e a integridade da vida familiar e laboral.
- Facilitar que os **nenos/as** que **aleitan permanezan ingresados coas súas nais**:
 - » Permitir que as nais permanezan cos seus fillos/as hospitalizados, para asegurar a continuidade da lactación natural e que se lles proporcione unha alimentación complementaria adecuada.
 - » Fomentar a lactación materna a demanda durante a estancia hospitalaria, nas habitacións e tamén en áreas específicas para aleitar (na planta e no Servizo de Urxencias), coa condición de que a patoloxía do neno non leve consigo risco de contaxio a outros nenos nas áreas comúns.
 - » Dispoñer de instalacións para extraer e almacenar o leite materno. Animar á nai a que se extraia leite para administrarlla ao neno se a nai ten que ausentarse ou naquelas situacións nas que a patoloxía do neno fai que a súa capacidade para a lactación estea deprimida.
 - » Permitir pausas para a lactación na muller que estea a traballar.
 - » Nesas escasas situacións sanitarias en que os lactantes non poden, ou non deben, ser aleitados, deberíase ofrecer unha alternativa como, proporcionar o leite materno extraído

da propia nai do lactante, o leite dun banco de leite humano, ou un sucedáneo do leite materno.

- » Fomentar unha alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua e apropiada sen interrupción da lactación materna.
- » Comprobar que a lactación materna é efectiva (ver Táboa II).

LACTACIÓN MATERNA EN SITUACIÓNS ESPECIAIS:

- **Lactante hipotónico:**

1º. Iniciar a lactación canto antes e con tomas especialmente frecuentes. O coidado método canguro (pel con pel) debe ser fortemente recomendado. Se o bebé non se alimenta ben, tocalo pode ser estimulante para facilitar espertar ao bebé para as tomas.

2º. Mostrar á nai técnicas de estimulación e de compresión mamaria durante a toma.

3º. Recomendar posicións de agarre profundo, nas que actúe a lei da gravidade sobre a cabeza do bebé e nas que poida aforrar enerxía.

4º. A posición Dancer pode ser de utilidade para a nai porque suxeita o seu peito e a barbela e mandíbula do bebé mentres mama. A técnica de Dancer consiste en que a nai suxeita o peito e a mandíbula do neno ao mesmo tempo, para iso coa palma da man e o 3º, 4º e 5º dedos suxeita a mama desde abaixo e co 1º e 2º dedos forma un “U” que agarra a mandíbula do neno, facendo unha presión suave sobre os músculos maseteros que axuda ao agarre do peito.



Figura 2: Posición Dancer

Imaxe orixinal incluída no *Protocolo clínico nº16 ABM: Amamantado al bebé hipotónico*, utilizada co permiso da autora Jennifer Thomas

É necesario axudar ás fazulas para formar o soporte estrutural para que o lactante poida facer o baleiro e succione de forma adecuada.

É útil en prematuros e en nenos/as con Síndrome de Down.

Hai outras estratexias para axudar a que o bebé agárrese e tome leite que tamén poden ser efectivas. As posicións de crianza biolóxica (Colson), cabaliño e rugby tamén adoitan dar bos resultados.

5º. Realizarase a avaliación da succión e das tomas. No seguimento, prestar especial atención á evolución dos patróns de succión e a calidade do afianzamento ó peito.

6º. Control frecuente de peso e valoración adecuada dos suplementos.

- **Lactante hipertónico:**

Ademais das medidas antes nomeadas:

- 1º. Recalcar á familia a importancia do máximo contacto físico posible co bebé.
- 2º. Rebaixar estímulos, debe evitarse calquera elemento que poida provocar estres.
- 3º. Posicións de contención. Posición de crianza biolóxica, rugby e calquera outra variante que impida o arqueo e minimize a tensión.
- 4º. Optimizar o agarre: axudar con técnicas como “hamburguesa”. Son bebés que non dan moito tempo a posicionarse, maman con moita tensión e poden danar o peito con facilidade.

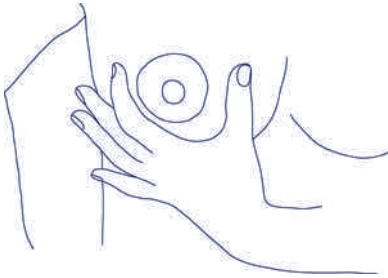


Figura 3: Técnica de hamburguesa posición horizontal

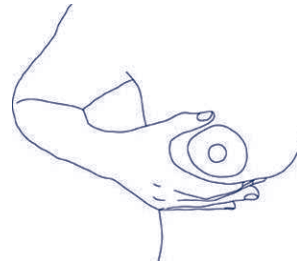


Figura 4: Técnica de hamburguesa posición vertical

Algúns bebés con alteracións neurolóxicas presentan un reflexo de mordida que pode impedir a lactación directa do peito.

- **Lactante con beizo leporino e/ou padal fendido:** colocar ao neno o máis incorporado posible.

O neno debe sosterse de modo que o beizo fendido quede orientado cara á parte superior do peito.

A nai pode ocluír a fendedura do beizo co polgar ou outro dedo e/ou dar soporte ás fazulas do lactante a fin de reducir o ancho da fendedura e incrementar o peche ao redor da mamila. Sobre todo se se acompaña de padal fendido, a posición debe ser semi-incorporado a fin de reducir a regurxitación nasal e o refluxo cara ás trompas de Eustaquio. Dúas posturas útiles son a posición de rugby modificada (posición de rugby co neno máis incorporado) e en nenos máis maiores, a posición do cabalo.



Figura 5: Posición de rugby



Figura 6: Posición do cabaliño

Imaxes cedidas por *Alba. Asesoría Lactancia materna*:

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>

- **Lactante con patoloxía infecciosa (gastro-entérica, respiratoria..):** a lactación materna protexe aos nenos fronte ás infeccións en xeral e en caso de presentar algún proceso infeccioso adoita ser menos grave que nos nenos alimentados con sucedáneos do leite materno.

Como norma xeral aconséllase manter a lactación materna nestas situacións. Se de forma transitoria precisase suspendela, animarase á nai á extracción e almacenamento do leite.

Dado o estado clínico do neno poida que realice tomas de menor duración (menos cuantiosas), de aí a importancia de ofrecerlle o peito de forma frecuente.

No caso de procesos respiratorios tipo bronquiolite é fundamental o lavado nasal con soro salino fisiolóxico e a aspiración de secrecións antes da toma. Tamén pode ser útil manter ao neno máis incorporado durante e tras a toma. O tratamento nebulizado se procede, administrárase tamén antes da toma.

- **Lactante con cardiopatía:** de forma xeral débese tentar manter a lactación materna por succión directa ou ben a través de sonda nasogástrica, pero hai que valorar cada caso en particular e individualizar segundo a situación clínica do paciente e o seu estado nutricional.

Pode estar indicado o uso de sonda cando a administración oral supón un empeoramento da situación hemodinámica, por aumento da fatiga en caso de insuficiencia cardíaca conxestiva ou por aumento da dificultade respiratoria en caso de hipoxia.

Por tanto, neste contexto pode ser que o neno realice tomas por succión directa de menor duración pero máis frecuentes ou que a nai teña que extraerse leite con sacaleites para baleirar adecuadamente a mama ou para poder administrarlle ao neno a través de xiringa, vaso ou culler ou mesmo a través de sonda.

As **posicións biolóxicas** son útiles moito máis aló das primeiras semanas, tanto en lactacións con éxito como en todo tipo de dificultades (como dolor no peito, anquiloglosia, retrognatia, alteracións do ton muscular do bebé, folgas de lactación). Moi recomendables en contacto pel con pel.

Na posición de crianza biolóxica (Colson), a nai está recostada, semi-reclinada (non horizontal) e o bebé está tombado sobre ela boca abaixo, en forma lonxitudinal ou oblicua, o que lle confire unha estabilidade postural natural.

O contacto dispara a estimulación dos reflexos neonatais primitivos, iníciase a secuencia de movementos e finalmente consegue por si mesmo un bo agarre automático. A súa lingua queda adiantada e a lei de gravidade fai o resto.

A nai procura que o bebé non caia, e se é moi pequeno ou inmaduro lle da un soporte aos pés coas súas mans.

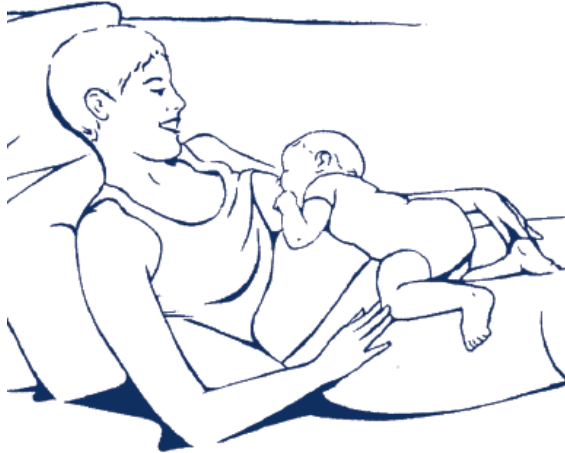


Figura 7: Posición de crianza biolóxica o de Colson

Imaxe é de distribución libre. *La Liga de la Leche*: <http://www.llli.org/btissue5pg04>

V GRUPOS DE APOIO Á LACTACIÓN MATERNA

María Áurea Rodríguez Blanco

Sonia Uceira Rey

Paloma Bóveda Fernández

1. INTRODUCCIÓN

Os grupos de apoio proporcionan información, apoio e estímulo, principalmente a través de axuda persoal, a todas as nais que queiran aleitar os seus fillos/as, ás súas parellas e a calquera outra persoa interesada en aprender e compartir sobre lactación materna.

Para tal fin, nais voluntarias con experiencia en aleitar fórmanse especificamente sobre asesoramento en lactación materna, seguindo recomendacións oficiais da OMS e a AEPED. A filosofía é de traballo de nai a nai, baseado na empatía, a comunicación activa, a información veraz para a toma de decisións libres e informadas, e o profundo respecto polas decisións de cada muller

Considérase que é de vital importancia a axuda que unha nai pode prestar a outra nai para entender as necesidades do seu bebé e para aprender a satisfacelas do mellor modo posible, se ben será sempre un complemento aos cuidados do pediatra e outros profesionais da saúde.

A área de xestión integrada de Santiago apoia a cooperación entre os profesionais sanitarios e os grupos de apoio á lactación materna da zona, tales como: Mámoa, Teta e Coliño, Aloumiños de leite, Achuchar e os novos que poidan xurdir; así como coa súa federación, Fedegalma.

2. OBXECTIVOS

- Axudar ás nais de toda a área sanitaria a aleitar mediante a axuda, o apoio, a información e a formación nai a nai, e en promover un mellor entendemento da lactación como elemento importante do adecuado desenvolvemento do neno e a da nai.
- Crear un espazo de intercambio de experiencias sobre a lactación, promovendo a interacción entre as familias e a aprendizaxe continua.
- Defender o dereito a aleitar e a ser aleitado, durante tanto tempo como nai e fillo desexen.
- Asesorar acerca da conciliación da vida familiar e laboral coa crianza, incluíndo o papel do pai e outros familiares na lactación.
- Informar sobre a compatibilidade da lactación co traballo remunerado, así como sobre os dereitos laborais relacionados coa lactación: permisos maternais, redución de xornada e outros.
- Divulgar a importancia da lactación materna a nais, pais, profesionais da saúde e do ensino, persoas interesadas e medios de comunicación.
- Establecer colaboracións con outros axentes implicados na lactación, de forma puntual ou continuada.

3. ESTRATEXIAS

- Facilitarse o **contacto cos grupos de apoio** á lactación natural e procurarse que as nais se poñan en contacto con eles ao saír do hospital (e ofrecer á nai os recursos de apoio á lactación que existan na súa área).

- » Todos os centros de saúde terán coñecemento sobre os grupos locais. A nai será informada dos mesmos xa no período prenatal
- » Nas áreas de espera de consulta de Obstetricia, paridoiro, Neonatoloxía, lactantes, matronas, enfermeiras e pediatras de primaria. Colocaranse carteis dos grupos de apoio da zona, e dispoñerase de folletos informativos dos mesmos.
- » No momento da alta hospitalaria tras o parto facilitarase o contacto (folletos, teléfonos ...) dos grupos de apoio da zona das nais.
- Convidar ós grupos de apoio a participar en obradoiros de lactación, e a outras actividades formativas ou informativas nos Centros de Saúde e Hospital, dirixidas a familias e profesionais, concedendo especial importancia a:
 - A asistencia de voluntarias cos seus bebés lactantes, para que os/as asistentes poidan obter referentes visuais directos das técnicas de lactación.
 - Coñecer experiencias das nais da zona, para achegarse á realidade da lactación no día a día, obter ferramentas prácticas e axustar expectativas.
 - Apoiar actos organizados polos grupos de apoio, favorecer a dispoñibilidade de espazos no Hospital e nos Centros de Saúde, e colaborar na difusión dos mesmos. Por exemplo, mesas informativas, obradoiros sobre lactación para embarazadas ou conferencias da Semana Mundial da Lactación Materna.
 - Convidar aos grupos de apoio a **participar na Comisión de Lactación** da área, reservándose polo menos 2 postos para membros dos mesmos.
 - As distintas profesionais en contacto con mulleres embarazadas e aleitando informarán da existencia do **foro de lactación materna** para pais e nais do Comité de Lactación da Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/foros/foro-comite-lactancia-materna/dubidas-sobre-lactancia-materna-pais>.

VI SENSIBILIZACIÓN E CAPACITACIÓN DOS PROFESIONAIS SANITARIOS

María Áurea Rodríguez Blanco

Sonia Uceira Rey

Paloma Bóveda Fernández

1. INTRODUCCIÓN

Existen unha serie de puntos débiles na formación dos profesionais sanitarios, relacionados fundamentalmente coa valoración do leite materno, a existencia de rutinas arraigadas na organización, prexuízos contra a lactación materna, baixa empatía coas nais e familias, descoñecemento do rol dos grupos de apoio ou falta de habilidades para resolver as diferentes incidencias que xorden no proceso.

Estas circunstancias fan necesario que os profesionais reciban unha formación continuada en lactación materna que os capacite para exercer as súas funcións da forma máis efectiva.

2. OBXECTIVOS

- Capacitar e sensibilizar a todo o persoal para que poda poñer en práctica a política de lactación materna da forma mais efectiva.

3. ESTRATEXIAS

- Difusión da **política de lactación** materna:
 - » mostrarase en todas as áreas que atenden ás mulleres embarazadas, as nais lactantes e nenos e nenos pequenos. (copia en papel nas unidades, copia electrónica na carpeta pública do centro).
 - » será comunicada a todo o persoal de saúde que teña contacto con mulleres embarazadas, nais lactantes e nenos e nenos pequenos.
 - » En cada Centro haberá una normativa impresa e o persoal recibirá unha copia *on-line* da política tan pronto como comeza a traballar.
 - » No manual de acollida das unidades constará que o persoal de nova incorporación terá que informarse sobre os procesos específicos de lactación.
- Desenvolver un plan de formación continuada acreditada en lactación materna, a todos os profesionais que vaian a atender á muller durante a súa xestación, parto e post-parto que comprenda a formación adecuada para adquirir **competencia** e **habilidades** necesarias para implantar a política de lactación materna. Programaranse cursos de nivel 1 e 2.
 - » Establecer anualmente unha planificación que será **aprobada pola xerencia**.
 - » Os **responsables de formación** no Hospital Clínico Universitario, no Hospital de Barbanza e en Atención primaria encargaranse de realizar a proposta de formación necesaria para abranguer a todos os profesionais implicados, así como de avaliar anualmente as necesidades formativas e a avaliación da formación, publicando anualmente o índice de persoal formado por categorías traballando nos servizos implicados nese momento.

- » Facilitar a formación para o persoal que poda ter contacto ocasional con mulleres embarazadas ou lactantes, e nenos e nenas pequenas (atención primaria, persoal de urxencias...) e ao persoal eventual ou fixo de nova incorporación.
- Programar **formación** para poder reforzar o vínculo nai-neno/a ás nais que deciden non aleitar, así como a correcta preparación dos biberóns.

VII BIBLIOGRAFÍA

- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Sede Web. UNICEF España. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
- Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, IRCSS, UNICEF. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [monografía en Internet]: Comisión Europea;2004
- Estrategia Mundial de lactancia materna para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud 2003. ISBN 92 4 356221 5. Disponible en: <http://www.lactando.org/guia/18.pdf>
- Ihan. Recusos para la lactancia materna. Disponible en: <https://www.ihan.es/cd/documentos.html>
- Recomendaciones sobre lactación materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactación Materna da Asociación Española de Pediatría. 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
- American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012; 129, e827 -e841.
- Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev 2002; 10: 5-18.
- Riaño Galán I, Lasarte Velillas J. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM). En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía Nº5 AEP. Madrid: AEP, 2004: 409-18. Dipoñible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Lozano da Torre MJ. Lactación materna. En protocolos de Gastroenterología, Hepatología e Nutrición Pediátrica da AEP. 2010, 2ª ed. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of and Expert Consultation. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. Ginebra: OMS, 2002. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf
- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1998. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf
- Como promover e apoiar a lactación materna. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactación Materna da Asociación Española de Pediatría . 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS, 1981. Disponible en: http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
- Manual de lactación materna. Da teoría á práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf
- Lactancia materna y contrastes radiológicos. Comité de Lactancia Materna de la AEP , 2014. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-y-contrastes-radiologicos>
- José María Paricio Talayero. Lactación materna, medicamentos e outras sustancias. Hospital Marina Alta, Denia, Alicante. Madrid 11 al 13 de noviembre de 2004. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/medicamentoylactancia.pdf>
- EL Blog de Lactando. Grupo de apoyo a la Lactancia Materna. Grupo de Apoyo á Lactación Materna. Disponible en: <https://lactando.wordpress.com/>
- Gómez Papi A, Paricio Talayero J, Closa Monasterolo R. Fármacos y lactancia materna. Protocolo número 6. Asociación española de pediatría. 2008: 47-57.
- Lactancia y medicamentos. Una compatibilidad casis siempre posible. Guía rápida para profesionales. Paricio Talayero JM, Lasarte Velillas JJ Comité de lactancia materna de AEP. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Triptico_medicamentos.pdf
- Protocolos diagnóstico-terapéuticos da AEP: Neonatología; 2ª edición, 2008. Disponibles en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- Lactancia materna, una guía para la profesión médica. Lawrence, R. y R. (2007). Editorial Elsevier Mosby.

Páxinas web de interese

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/>

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

<http://www.biologicalnurturing.com/pages/downloadarticles.html>

http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_16_Spanish_120611.pdf

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

<http://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales>

ANEXO 1. RAZÓN MÉDICAS PARA O USO DE SUCEDÁNEOS

Carmen Fernández Tuñas

Alicia Iglesias Deus

Lorena Hermida

1. INDICACIÓN

A lactación materna exclusiva pode practicarse desde o nacemento, salvo no caso dalgunhas afeccións médicas, e se se practica sen limitacións, propicia unha abundante produción de leite. A gran maioría das nais poden aleitar aos seus fillos/as, do mesmo xeito que a gran maioría dos lactantes poden ser aleitados. Só en circunstancias excepcionais pode considerarse inadecuada para un lactante o leite da súa nai.

Un número pequeno de condicións de saúde do bebé e da nai podería xustificar que se recomendase non aleitar de maneira temporal ou permanente. Estas condicións, que afectan a moi poucas nais e os seus bebés, menciónanse a continuación xunto a outras condicións maternas que, aínda que serías, non son razóns médicas para o uso de sucedáneos do leite materno.

En calquera caso, cando se considere a interrupción da lactación, haberá que sopesar os riscos de calquera das condicións enumeradas a continuación en función dos beneficios que reportaría a lactación materna.

• Afeccións infantís

- » Lactantes que non deben recibir leite materno de forma exclusiva, nin outro leite de forma exclusiva:
 - Lactantes con galactosemia clásica: necesítase unha fórmula especial libre de galactosa.
 - Lactantes con aminoacidopatías: necesítase unha fórmula especial libre de aminoácidos tóxicos para o/a neno/a. Ao cabo de varios días pode recibir algo de leite materno segundo a prescrición médica.
- » Neonatos/as para quen o leite materno é a mellor opción de alimentación, pero que poden necesitar outros alimentos por un período limitado ademais de leite materno:
 - peso menor a 1500 g (moi baixo peso ao nacer)
 - menos de 32 semanas de xestación (moi prematuros)
 - con risco de hipoglucemia debido a unha alteración na adaptación metabólica, ou incremento da demanda da glicosa, en particular aqueles que son prematuros, pequenos para a idade de xestación ou que experimentaron tensión significativa intraparto con hipoxia ou isquemia, aqueles que están enfermos e aqueles cuxas nais son diabéticas se a glucemia non responde a lactación materna óptima ou alimentación con leite materno.
- » Afeccións no lactante que poderían xustificar que se evite a lactación materna temporalmente:
 - Na infección conxénita ou adquirida por CMV a través do leite materno en nenos de alto risco (prematuros) ou con infeccións graves pode considerarse suspender a administración ou conxelar o leite materno durante a infección, especialmente en ausencia de tratamento antiviral.

- **Afeccións maternas**

As nais afectadas por algunha das condicións mencionadas abaixo deberían recibir tratamento de acordo a guías estándar:

- » Afeccións maternas que poderían xustificar que se evite a lactación **permanentemente**:
 - Infección por VIH: se a alimentación de substitución é aceptable, factible, alcanzable, sustentable e segura (AFASS)
 - Infección por HTLV1
- » Afeccións maternas que poderían xustificar que se evite a lactación **temporalmente**:
 - Enfermidade grave que impide a nai coidar do seu bebé, por exemplo, a septicemia.
 - Herpes simple Tipo I (HSV-1): débese evitar contacto directo entre as lesións no peito materno e a boca do bebé ata que toda lesión activa estea resolta.
- » Medicación materna e uso de substancias (ver ANEXO 3)
- » Afeccións maternas durante as cales pode continuar a lactación, aínda que representan problemas de saúde preocupantes:
 - Absceso mamario: a lactación debería continuar co lado non afectado e co peito afectado podería reiniciarse unha vez comezado o tratamento. Se se require de incisión é recomendable, na medida do posible, realizala o máis afastada posible da mamila e da aréola, para facilitar o restablecemento da lactación nese peito.
 - Hepatite B: os lactantes deben recibir canto antes e idealmente nas primeiras 12 horas de vida a vacina da hepatite B e a gammaglobulina hiperinmune específica.
 - Hepatite C
 - Mastite: a recomendación é proceder ó drenaxe intensivo da mama, idealmente mediante a colocación do bebé ó peito todas as veces posibles do lado afectado xunto con masaxe na zona, e proseguir a extracción a man ou con extractor ata conseguir extraer o leite máis espeso que quedara remanente.
 - Tuberculose: o manexo da nai e o bebé debe facerse de acordo ás normas nacionais de tuberculose.

ANEXO 2. EXTRACCIÓN PROCESAMENTO E CONSERVACIÓN DO LEITE MATERNO

Salomé Quintáns Lago

Olalla López Suárez

Margarita Turnes Paredes

Maria Ponce Marín

1. INDICACIÓNS

- Está indicado naquelas nais que necesiten conservar o leite materno para un consumo posterior, ben por problemas de saúde do bebé (prematuros, patoloxía grave) ou ben porque a súa produción é superior ao consumo do bebé.
- Tamén naqueles casos que a nai traballe fora do fogar para poder alimentar ao seu neno/a durante a súa ausencia, ou en casos de necesidade de alivio por conxestión mamaria.

2. ESTRATEXIA

I. EXTRACCIÓN

A extracción de leite materno pódese facer de maneira manual ou con sacaleite mecánico. Para iso a nai ten que estar nun ambiente familiar, cómodo, centrada, mirando ao seu bebé, ou na súa falta, pensando nel. Antes de calquera dos dous métodos debe lavarse as mans e preparar o recipiente esterilizado onde se gardase o leite.

É importante que a nai teña unha dieta variada e saudable e tamén debe ter períodos de descanso mesmo durante o día para manter unha boa produción de leite materno.

A extracción do leite materno debe facerse:

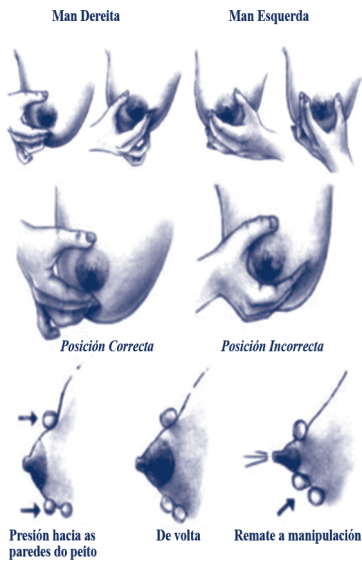
- Se o bebé non pode succionar cada 3 horas durante o día e polo menos unha vez na noite.
- Nas primeiras semanas de vida é totalmente normal que os bebés só tomen dun peito en cada toma e a produción establécese ben. Sen embargo, en bebés que rexeitan un peito, débese seguir estimulando a produción do outro peito, ata que se atope a causa dese rexeite.
- Se hai conxestión mamaria entre a tomas. Neste caso, habería que facer unha valoración completa da toma, para saber por qué o peito queda tan cheo, pode ser desde algo normal ata unha ingurxitación, obstrución ou mastite. De non ser necesario suplementar ao bebé e de non haber unha conxestión tal que esixa drenaxe, a idea sería ir extraendo o menos posible de cada vez, o xusto para aliviar, para non incentivar a creación de receptores de prolactina e provocar así unha hipergalactia. Pode axudar aplicar frío local tras as tomas.
- Despois da lactación se o bebé non consegue baleirar a mama e queremos conservar leite para cando a nai non poida aleitalo.

Os métodos de extracción son os seguintes:

- a) De maneira **manual** é a aconsellable para aliviar a conxestión mamaria ou extraer o calostro. Os pasos a seguir son os seguintes:
 - 1- Masaxe circular dos peitos cara á aréola

- 2- Agarrar o peito coa man en forma de C, colocando o polgar sobre o peito e o índice de forma oposta ao polgar, colocados por encima da aréola. Débese premer con ambos os dedos o peito cara á caixa torácica, tirar xuntos cara á mamila e posteriormente liberar. Desta maneira iniciábase o goteo de leite.
- 3- Cando o chorro de leite empece a diminuír irase rotando e realizando a mesma técnica ao longo de todos os segmentos do peito ata terminar de facer a extracción.
- 4- Esta técnica realizábase durante 3-5 minutos de cada peito alternando e o proceso durase entre 20-30 minutos.

b) De maneira **mecánica**: mediante sacaleite que pode ser manual, con pilas ou eléctrico. A técnica de uso é a seguinte:



Efectuar unha masaxe no peito e estimular a mamila.

Extraer o leite do peito ata que só obteñan unhas pingas, durante o proceso de extracción algúns sacaleites permiten axustar a intensidade da succión.

Cambiar de peito e repetir a técnica.

Extraer 5-7 minutos dun peito, cambiar de peito, 5-7 minutos, volver ao primeiro outros 5-7 minutos e outra vez no segundo peito 5-7 minutos.

A limpeza do sacaleite débese facer despois de cada uso lavándoo con auga e xabón e aclarándoo abundantemente, deixábase secar ao aire e no hospital sécase con gasas.

c) De maneira **híbrida**:

É unha técnica para maximizar a extracción de leite, sobre todo en casos de lactación inducida ou diferida, baseada na combinación de tres elementos: extracción con sacaleite + masaxe e compresión simultáneas + posterior extracción manual. Os pasos son os seguintes:

- 1) Masaxe previo de estimulación en ambas mamas.
- 2) Comezar co extractor eléctrico dobre. É fundamental comprobar a talla das copas.
- 3) Sen deixar o sacaleites, iniciar masaxe-compresión de ambas mamas (ó mesmo tempo, ou primeiro unha e logo a outra), de forma continua, como querendo espremer suavemente cara ás copas. Insistir nos cuadrantes que se noten con acumulación de leite.
- 4) Cando cesa o fluxo de leite, parar a extracción e repetir a masaxe.
- 5) Continuar con extracción dunha soa mama (xa sexa con extractor ou de forma manual, ou ambas), axudándose de compresión manual. Repetir, ir alternando as mamas.

Para o paso 3) resulta moi útil o uso dunha camiseta/sostén perforado que sosteña as copas do extractor ben colocadas sobre os peitos. Así as mans quedan libres para realizar o masaxe-compresión simultáneo á extracción.

O resultado de todos estes pasos é unha obtención moito maior de leite, e cun contido significativamente máis graxo, o cal resulta de interese sobre todo para nais de prematuros.

O proceso debe repetirse como mínimo 8 veces ó día.

As recomendacións de **esterilización** son:

en caso de leite para prematuros ou nenos e nenas con alta vulnerabilidade:

esterilizar unha vez ao día todo o equipo de recolección do leite fervendo todas as partes en auga durante 15-20 minutos, ademais dunha limpeza de todas as partes do *kit* de extracción antes e despois do seu uso.

en nenos/as sans pode non precisarse esterilizar todos os días.

II. CONSERVACIÓN

Para a conservación do leite materno é necesario **etiquetar** os recipientes con data e hora da extracción, se o neno ou nena permanece no hospital tamén se debe escribir o nome.

Evitarase a perda da cadea de frío en todo momento:

- cando o neno ou nena vaia a ser alimentado nas seguintes 24-48 horas procederase a súa refrixeración
- se vai a recibir este leite despois das 48 horas, procederase á súa conxelación
- se a nai non pode levar o leite nas 24 horas seguintes á extracción, procederá a súa conxelación.

Detallamos a continuación a duración segundo o tipo de conservación do leite materno recentemente extraído:

- Tª ambiente entre 19º-22ºC : 8-10 horas
- Frigorífico Tª entre 0º-4ºC: de 2-5 días
- Conxelador dentro da neveira: 15 días
- Conxelador separado da neveira Tª entre 0 e -19ºC: de 3-4 meses
- Conxelador separado da neveira Tª inferior a - 19ºC: 6 meses

A desconxelación do leite realizácese dentro da neveira e o seu quecemento será a baño María ou con quenta-biberóns de aire seco, durante non máis de 15-20 minutos a unha temperatura de 36-37ºC. Nunca se debe ferver ou queentar no microondas.

III. CIRCUÍTO DO PROCESAMENTO DO LEITE MATERNO NA UNIDADE DE NEONATOLOXÍA

a) Transporte do domicilio ao hospital:

Usarase un recipiente tipo neveira portátil con placas de xeo para evitar perda da cadea de frío.

b) Manipulación adecuada do leite extraído:

O persoal da unidade de referencia debe comprobar a correcta etiquetaxe do leite extraído.

A manipulación do leite debe facerse por persoal cualificado cunha estrita hixiene de mans, retirada de reloxs, aneis, e pulseiras previas, colocación de bata, gorro e máscara.

c) Rexistro:

Realízase o rexistro correcto de entrada e saída de leite materno para a determinación segura e fiable das cantidades recollidas de cada muller e dadas a cada bebé.

d) Procesamento de conservación e almacenamento:

Na unidade de Neonatoloxía realízanse as seguintes actuacións:

- Almacenamento ordenado e clasificación do leite materno por antigüidade de extracción, prestando especial atención ao calostro.
- Control da temperatura, evitar a apertura das portas do frigorífico e conxelador para manter a correcta cadea de frío.
- Non volver a conxelar o leite unha vez fose desconxelado.
- Usar leite fresco, non refrixerado, na seguinte hora á súa extracción.
- Comprobar o correcto peche das tapas dos biberóns para previr contaminación no proceso.

e) Conservación e desconxelación:

- Evitar o enchido excesivo dos biberóns ao conxelar.
- Orde estrita nas reservas do leite para cada bebé con etiquetaxe correcta e ordenada segundo data de extracción.

f) Procedemento de quecemento do leite :

- Uso de quenta biberóns adecuado para quentar de maneira gradual nun tempo de non máis de 15-20 minutos a unha temperatura de 36-37°C.
- O leite materno debe darse inmediatamente despois de quentarse por iso non debe quentarse con antelación sen saber se o bebé vai tomalo.

g) Recollida e limpeza dos biberóns e do leite materno non usado:

- Será retirado polo persoal auxiliar. O leite non usado debe refugarse inmediatamente e realizar baleirado dos biberóns, colocándoos en zona de sucio.
- A zona de sucio debe estar separada da zona limpa dos frigoríficos e quenta biberóns, debe limparse polo menos 2 veces ao día.

ANEXO 3. COMPATIBILIDADE DE MEDICAMENTOS E LACTACIÓN MATERNA

María Luz Couce Pico

Ángeles Fernández Rodríguez

Estrella López-Pardo

1. INTRODUCCIÓN

Máis do 90% de mulleres toma medicamentos, plantas medicinais e produtos a base de plantas durante o período de lactación e é frecuente que deixen de dar o peito por este motivo, aínda que a gran maioría deles son compatibles coa lactación materna.

A nai lactante debe ter sempre presente que o que ela tome pode afectar o seu bebé, polo que durante a lactación, máis que en ningún outro momento, non debe tomar ningún medicamento sen consultar antes cun profesional sanitario que lle poida asesorar adecuadamente.

Considérase de gran utilidade consultar a páxina web www.e-lactancia.org, que permite consultar a compatibilidade da lactación materna con 16.322 termos respecto de: fitoterapia (plantas), homeopatía e outros produtos alternativos, procedementos médicos e cosméticos, contaminantes, enfermidades maternas e do lactante e máis.

A base de datos de e-lactancia mantense por APILAM <http://apilam.org/lactancia-e-medicacion/e-lactancia-e.html>, asociación altruísta de carácter sanitario, científico e cultural que ten como obxectivo xenérico a promoción da saúde, tanto a nivel persoal como comunitario, fomentando estilos de vida sans e prestando especial atención á Saúde materno-infantil, con especial atención á lactación materna. Cumpre os criterios éticos do Proxecto “Webs Médicas de Calidade” (WMC) en lingua española.

2. MEDICAMENTOS

O paracetamol ou o ibuprofeno non causan ningún problema na lactación.

Os antibióticos habituais son compatibles coa lactación, aínda que é necesario evitar os referidos na táboa III.

En xeral, as hormonas, incluídos os corticoides, a insulina e a tiroxina son compatibles coa lactación; só hai que evitar os estrógenos, pois provocan diminución na produción de leite.

Os anticonceptivos de elección son os mecánicos (preservativo, DIU), as pímulas con proxestágenos e o método MELA.

Táboa III. Fármacos e drogas de abuso social contraindicados na lactación

Anticoagulantes	Fenidiona
Cardiovasculares	Amiodarona Derivados do ergot(inhiben prolactina): ergotamina
Xinecolóxicos	Derivados do ergot: bromocriptina, carbegolina, lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros, mesmo tópicos	
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana, Hachis, Alcol en exceso

O iodo é prexudicial en exceso e os fármacos ioduros conteñen gran cantidade. Durante o embarazo e lactación as mulleres deben tomar un suplemento de 200 microgramos de iodo en forma de yoduro potásico, ademais de consumir peixe e sal iodada.

Os citostáticos son compatibles coa lactación a dose inmunomoduladoras, como as que se prescriben para enfermidades sistémicas.

Táboa IV. Fármacos a tomar con precaución durante a lactación

Antibióticos e antiinfecciosos	Amantadina (RL), cloranfenicol (H) , Quinolonas, Floxacino (Ou) Clindamicina (G) Lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, primidona (S)
Antihistamínicos	Antihistamínicos de primeira xeración (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de ouro (Ou)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueantes (CV)	menos Labetalol, Oxprenolol, Propranolol ou Metoprolol
Vasodilatadores antiadrenérxicos (CV)	Non Metildopa non Hidralazina
Desconxestivos nasais (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociais	Alcol (S), cafeína (I), tabaco (I)
Endocrinolóxicos	Algúns antidiabéticos orais
Estróxenos (RL)	
Gastrointestinais	Laxantes “activos” (G)
Inmunosupresores (H)	De elección Ciclosporina e Azatioprina
Psicofármacos	Clorpromacina (S) Benzodiacepinas (S) (elixir lorazepam como ansiolítico) Doxepina (S, CV) (elixir sertralina, paroxetina ou fluoxetina) Nefazodona (S, CV) (elixir sertralina, paroxetina ou fluoxetina) Antipsicóticos, fenotiazinas (S) Lítio (CV) (S): Require controis clínicos e analíticos no lactante
Maior precaución en nais con insuficiencia renal, en prematuros/as e en período neonatal.	
Consultar medicamentos prohibidos se o neno ten déficit de glicosa-6-fosfato-DH, aciduria piroglutámica.	

Posibles efectos a observar: CV: cardiovasculares, G: gastrointestinales, H: hematolóxicos, I: Irritabilidade-insomnio, Ou: outros, RL: redución láctea, S: sedación.

3. CONSIDERACIÓNS XERAIS PARA MINIMIZAR O RISCO:

- Se non é necesario o medicamento (situacións clínicas autolimitadas e leves), non dalo. Precaución coa dor: a nai lactante non ten por que sufrilo.
- Investigar se existe unha terapia alternativa que non requira medicamentos.
- Seleccionar medicamentos nos que está indicado o uso pediátrico.
- Utilizar a mínima dose eficaz durante o menor tempo posible.
- Se é factible, utilizar vía tópica ou por inhalación como alternativa á oral ou parenteral.
- Utilizar axentes de acción curta, evitando os de liberación sostida.
- Ser máis precavidos en prematuros e bebés menores dun mes.
- Aínda que case nunca é posible (lactación a demanda frecuente), evitar dar o peito cando a concentración do medicamento inmediatamente despois de darlle o peito ou antes do período máis longo de soño do neno.
- Retirar a lactación momentaneamente para medicacións perigosas a administrar por tempos curtos ou exploracións con radiofármacos. Ter a precaución de indicar extracción previa de leite para poder administrala no *ínterin*.
- Interromper a lactación só se o medicamento é demasiado tóxico para o neno e é necesario para a saúde da nai.
- Do mesmo xeito que moitos fármacos, a maior parte de infusións e tratamentos, se son de composición e efectos mal coñecidos, son perfectamente prescindibles.
- Non son aconsellables os compostos medicamentosos nin as mesturas de plantas.
- Valorar na empresa o cambio a posto de traballo con menos exposición a contaminantes.
- Os beneficios da lactación materna teñen máis peso que o risco derivado de baixos niveis de contaminantes ambientais en leite humano, en moitos casos inferiores aos de leite de vaca ou outros alimentos.

4. NICOTINA, CAFEINA E ALCOOL

A nicotina a doses moi altas pode diminuír a produción de leite por inhibición da liberación de prolactina. Todas as mulleres embarazadas e lactantes deben ser alentadas e axudadas a deixar de fumar, pero se non pode deixar o hábito, debería fumar o menos posible, preferentemente fóra de casa, e non facelo nunca diante do bebé, pero sobre todo que siga dando peito.

É recomendable non consumir alcol ou de forma moi moderada e ocasional. O consumo crónico ocasiona sedación, desmedro e atraso psicomotor nos lactantes.

Máis de 0,5 g de alcol por kg de peso reduce a produción de leite e pode sedar ao lactante (para unha muller de 60 kg serían uns 200 cc (un vaso grande), de viño ou un terzo de cervexa ou unha copa de 60 cc de licor). Débese tentar evitar dar peito ata 3 horas despois de haber bebido e non compartir a cama co lactante se se bebeu (hai risco de sufocación do lactante).

Grandes doses de cafeína (máis de 300 mg ao día, 6 cuncas de café ao día) poden producir irritabilidade e insomnio no lactante, aínda que algúns lactantes teñen problemas con menos doses

5. PROCEDIMENTOS E PROBAS DIAGNÓSTICAS

Todos os procedementos odontolóxicos, incluída a anestesia local, o branqueo de dentes e a prescrición de antibióticos e antiinflamatorios, tamén son compatibles coa lactación.

As ecografías, as radiografías, os TAC e as resonancias magnéticas (RM) son compatibles coa lactación, aínda que sexan con contrastes.

En cambio, hai que consultar coidadosamente canto tempo débese deixar de aleitar se o que se vai a practicar é unha proba con isótopos radioactivos (gammagrafía).

Táboa V. Tempos de espera para aleitar tras exploracións con radiofármacos

COBRE-64	50 horas
FLUDESXYGLUCOSA 18F, Flúor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	24 horas
GALIO-67 CITRATO - 7 Mbq (0,2 mCi) - 50 Mbq (1,3 mCi) - 150 Mbq (4,0 mCi)	1 semana 2 semanas 4 semanas
INDIO-111, IN-111M, Satumomab Pendetido (OncoScint CR 103) - Con dose de 20 Mbq (0,5mCi)	24 horas 1 semana
SODIO-RADIOACTIVO	16 días
TALIO-201	2 semanas
TECNECIO TC-99M	6-12 h. (< 24 h.)
XENON -133, XENON -127	Poucos minutos
iodo - 123 - 125 - 131	36 horas 12 días 14 días
iodo-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)	24 horas

Débese almacenar leite extraído previamente para dala tras a exploración. - Extraerse o leite o tempo indicado, refugándoa.

O Iodo-131 e o Estroncio-89M empregados para tratamentos, obrigan a suspender a lactación.

ANEXO 4. PROBLEMAS MAIS COMÚNS DA LACTACIÓN MATERNA

Ana Isabel Ares Galbán

Elena Calviño García

1. SENSACIÓN MATERNA DE INSUFICIENTE PRODUCCIÓN DE LEITE MATERNO

A principal causa de abandono da lactación materna é a percepción materna de insuficiente produción de leite. Ao dar de mamar non se ve qué cantidade de leite toma o neno/a o que en ocasións crea inseguridade á nai.

É normal que se produzan 10 ou 12 (ás veces máis) episodios de succión, repartidos de xeito irregular nas 24 horas do día. As tomas frecuentes deben ser promovidas, en moitas ocasións son curtas e parecen escasas en cantidade, este é o comportamento normal nun acabado de nacer.

- Ante unha muller insegura ou dubidosa é importante facerlle coñecedora de:
 - » Todas as mulleres son capaces de aleitar aos seus fillos/as, salvo enfermidades pouco frecuentes e concretas.
 - » O peito non se baleira nunca, ao mesmo tempo que o bebé succiona prodúcese máis leite e sempre que mama sae leite. O leite xérase en función da demanda adaptándose as necesidades do lactante. Non ten sentido darlle suplementos artificiais ao bebé que parece quedarse con fame, o lóxico é poñelo ao peito de novo: cantas máis veces e máis tempo aleitemos o bebe, máis leite producimos para el.
 - » O tamaño dos peitos non está en relación coa cantidade de leite, se non coa graxa acumulada.
 - » A avaliación do bebé inclúe non só o seu peso, se non o seu estado xeral, o seu comportamento, a súa exploración física (temperatura e grao de hidratación), a frecuencia de miccións (4 ou máis ao día, a partires do cuarto día de vida), o tipo de deposicións e o intercambio de información coa nai (comportamento do acabado de nacer durante as tomas, signos de “subida” de leite) son elementos, que no seu conxunto, nos serven para saber se as cousas van ben ou non.
 - » A nai debe seguir as recomendacións do seu pediatra, matrona ou enfermeiro/a de pediatría en relación a cando pesalo e e esquecerse de consellos que lle podan persoas do seu entorno non formadas en lactación; pois serán consellos con boa intención, pero non sempre válidos.
 - » Os primeiros días de vida necesitan tomas de moi pouca cantidade. É normal que os bebés diminúan de peso ás 48 horas do nacemento, a pediatra lle informará s existe algún problema.

2. DISFUNCIÓNS DA SUCCIÓN:

Podemos distinguir varios tipos:

2.1 PRIMARIAS

- a. Motivos Fisiolóxicos: os máis susceptibles son os prematuros, crecemento intrauterino retardado, neonato/a con alteracións neurolóxicas: hiper/hipotónicos, síndrome de Down, síndrome Pierre Robin, labio leporino, padal fendido.

Debemos valorar unha toma para avaliar se a succión é efectiva.

b. Motivos Anatómicos:

- Asimetría mandibular ou facial
- Retrognatia e micrognatia
- Parálise facial
- Freo lingual curto

O freo sublingual defínese como unha membrana mucosa situada baixo a lingua.

Se dificulta ou impide o movemento normal desta, dise que hai anquiloglosia ou freo sublingual curto. Está pouco vascularizado e enervado polo que, se é necesario, cortalo ofrece pouca resistencia, apenas sangra e non doe.



Figura 10: freo lingual

Imaxe realizada por Janelle Aby, MD . Stanford School of Medicine
<http://newborns.stanford.edu/Frenotomy.html>

Táboa VI. Tipos de freo que impiden unha boa lactación()*

Tipo 1	A membrana vai da punta da lingua a parte superior da enxiva.
Tipo 1	A membrana vai de 1 cm por detrás da punta da lingua ata a base da enxiva.
Tipo 1	A membrana vai da parte posterior da lingua ao chan da boca.
Tipo 1	A membrana non se ve, pálpase.

(*) unha sección incompleta do freo pode converter un freo tipo 1 ou 2, nun freo tipo 3 ou 4.

Ante a sospeita de que un neno ou nena poda ter un freo comunícase ao pediatra que efectuará o diagnóstico.

Existen unha vez diagnosticado varias opcións:

- Frenectomía ou frenulopalstia: procedementos polo que se secciona o freo sublingual. Establecerase un circuíto para a realización preferente das mesmas. Unha vez realizada recomendarase aos pais a realización de exercicios de rehabilitación durante 8 semanas, en especial durante as dúas primeiras, porque se comprobou que ó tratarse dunha cicatrización de segunda intención tende a crearse retracción e adherirse de novo a mucosa; e tamén para favorecer a rápida adquisición de movementos da lingua acabada de liberar.
- Non frenectomía: se a familia decide non realizar a mesma ou se retrasa o momento de facer a frenuloplastia intentaremos favorecer a lactación:
 - » Tlncidir nunha maior apertura da boca do neonato/a para que colla máis porción da aréola.
 - » Agarre palmar do peito para axudar a controlar a mandíbula do neno ou nena
 - » Postura de cabaliño ou Dancer
 - » Afianzamento espontáneo

2.2 SECUNDARIAS, por motivos EXTERNOS:

- Separación nai-neno/a
 - » Interferencias nos primeiros días postparto: chupetes, mamadeiras, protectores da mamila (*pezoneras*)
 - » Excesiva manipulación dos bebés: forzados a mamar, estresados e “toqueteados”
 - » Analxesia no parto
 - » Dor ó mamar polo uso de fórceps ou ventosa

Medidas e tratamentos

- Favorecer o aloxamento conxunto e o contacto pel con pel
- Favorecer o mellor agarre posible. Recomendar as posturas da nai deitada en decúbito supino co neno sobre ela, a de Rugby e a de cabaliño ou de Dancer.
- Favorecer a hiperextensión da cabeza do bebé para conseguir introducir a mamila máis profundamente.
- Recomendar que intente un agarre espontáneo

O agarre palmar pode axudar a conseguir unha toma eficaz e mellorar a dor.

Podemos ensinarlle á nai a realizar una compresión mamaria para aumentar o fluxo de leite acurtando a duración da toma e facéndoa máis efectiva.

A nai sostén o peito con unha man en forma de C o máis próxima á base do peito. Xunta o polgar e os outros catro dedos comprimindo o peito con firmeza (sen producir dor) para aumentar a transferencia de leite. Soltamos o peito cando o bebé pare. Imos rotando a posición da nai para comprimir diferentes zonas do peito.

- Avaliar a necesidade de estimulación, extracción ou suplemento se é necesario.

- Avaliar o uso de protectoras da mamila (pezoneras) polo pediatra. Non utilízalas de xeito rutineiro, evítalas nas primeiras 24-36 horas de vida. Debería ser a última alternativa nun rexeite establecido no que non funcionan as intervencións anteriores, incluído o afianzamento espontáneo.

Compre lembrar que existen distintos tamaños que se adaptan aos distintos tamaños das mamilas, é que é recomendable que aparte inferior do peito (onde o bebé coloca o queixo e o labio inferior) a protectora da mamila (pezoneras) sexa fendida, para que a lingua do bebé poda agarrarse de xeito mais adecuado ao peito.



Figura 11: Posición Dancer

Imaxe orixinal incluída no *Protocolo clínico nº16 ABM: Amamantado al bebé hipotónico*, utilizada co permiso da autora Jennifer Thomas

3. GRETAS:

As gretas son feridas nas mamilas. Non sempre que hai dor hai gretas.

Causas

- A mais frecuente é o mal agarre do neno ou nena ó peito. Cando a boca do bebé non está ben colocada só agarra a mamila, que é agredido polas enxivas ou por compresión contra o padal duro, causando dor e favorecendo a aparición de gretas.

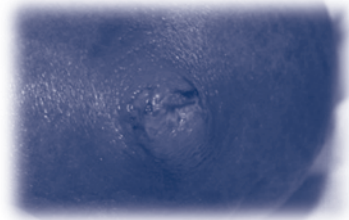


Figura 12: Greta na mamila

Pero tamén:

- o lavado frecuente ou a aplicación de pomadas na mamila, xa que condicionan a desaparición da secreción protectora das glándulas de Montgomery
- as restricións na lactacións
- a introdución de biberóns ou chupetes
- en menor número de ocasións débense a algunha anomalía anatómica como un freo lingual corto, freo labial (non permite a eversión do beizo), micrognatia

Intervencións e tratamentos

- Sempre debemos observar unha toma (ver cómo o pon ó peito, ver cómo mama, evitar a pinza cos dedos en forma de tesoura para liberar o nariz do neno, corrixir a posición en caso necesario e axudar á nai a que aprenda a facelo correctamente.
- Non empregar xabóns nin xeles nas mamilas ou aréolas. Non lavar as mamilas antes nin despois das tomas, basta coa ducha diaria.
- Secar as mamilas ó aire.
- Alternar distintas posturas para cambiar as zonas de maior presión. Por exemplo, a posición de Rugby.
- Comezar polo peito menos doloroso.
- Non empregar protectores da mamila (pezoneras), xa que poden producir rexeite do peito polo neno e ademais diminúen a produción de leite. O pediatra valorará o seu uso en casos moi puntuais.
- Os discos absorbentes son impermeables e reteñen a humidade. Empregalos o mínimo imprescindible e se se usan cambialos a miúdo.

Os discos ou escudos aireadores evitan o roce ou arrincamento de costras que se producen ao retirar os discos absorbentes. Tamén existen discos protectores de hidroxel para mamilas danadas nas farmacias que poden ser de utilidade nalgúns casos.

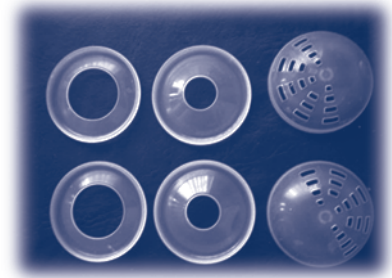


Figura 13: Discos ou escudos aireadores

- O leite materno favorece a cicatrización polo que pode aplicarse despois de cada toma un pouco do seu propio leite para manter a base da greta hidratada, sempre que non haxa infección na zona.
- En caso de utilizar algunha pomada pódese aplicar Lanolina ultra-purificada porque non é necesario lavala antes da toma seguinte. Aplícase unha mínima cantidade e débese deixar secar as mamilas ao aire. Aínda que non existe evidencia de que acelere a curación das gretas nin de que preveña a súa aparición, algunhas nais refiren sensación de alivio. Dar de mamar tendo gretas é posible, mais temos que observar a expresión verbal e facial da nai, para avaliar a sensación de dor.
- Se a nai non desexa poñer o bebé ao peito afecto:
 - » Recomendar descansar o peito afectado 1-2 tomas e mentres tanto extracción manual (método de elección) ou con sacaleite e administración do leite extraído con método alternativo á mamadeira.
- Se a nai necesita retirar ó neno ou nena cando está aínda mamando para modificar o agarre, debemos mostrarlle como facelo para que non dane o peito:



Figura 14: técnica de retirada do peito

- » Introduciendo o dedo maimiño na boca entre as enxivas para romper o baleiro
- » Baixando o queixo para que abra a boca e se perda o baleiro.

4. INGURXITACIÓN MAMARIA:

A subida do leite consiste nun aumento importante da vascularización das mamas, un edema vascular, o que ocasiona que as mamas estean durante uns días quentes, aumentadas de tamaño e algo endurecidas. Se a esta inflamación se suma que se vai producindo leite e esta non se drena eficazmente sucede unha Ingurxitación patolóxica ou Plétora.



Figura 15: Ingurxitación mamaria

Produce dor e a aréola pode estar tan tensa que o bebé non se poida agarrar ben.

Pode ser normal que apareza febrícula.

Táboa VII Causas e prevención da plétora

CAUSAS	PREVENCIÓN
A subida do leite Inicio tardío da lactación Agarre deficiente Extracción infrecuente de leite Restrición da duración das tomas	Iniciar a lactación o máis precozmente posible tralo parto Asegurar un bo agarre Lactación materna a demanda

Medidas e tratamentos

- O calor local aplicado antes das tomas, facilita a saída do leite. Pode aplicarse cunha ducha de auga quente, pano ou bolsa de auga quente.
- Se a mama está moi turxesciente, pode que o neno ou nena teña dificultades para coller o peito porque a aréola mamaria está a tensión e esvárase. Podemos sacar algo de leite manualmente antes de poñer o neno ou nena ó peito, para que se abrande e lle sexa máis fácil mamar.
- Corrección da postura de lactación, recomendar que o neno ou nena se alimente coa frecuencia que desexe, incluso máis, e o tempo que desexe: aumentar a frecuencia das tomas.
- Ó final da toma, se aínda o peito non está o suficientemente brando, extraer o leite manualmente ou con sacaleite para diminuír a tensión.
- Tras a toma, se a dor é moi intensa, pode aplicar frío local sobre as mamas sempre protexido para non producir queimaduras. Ademais pode tomar analxésicos antiinflamatorios.
- Drenaxe (Presión inversa suavizante): coas xemas dos dedos colocados rodeando a mamila vamos premendo cara as costas durante uns 3 minutos. Podemos ir xirando para abarcar toda a base da mamila. O obxectivo é abrandar a aréola para que o bebé poida agarrarse de xeito mais doado ao peito. Realizar antes de cada toma.



Se ten uñas curtas
faise nun tempo con
seis dedos

Se ten uñas longas
faise en dous tempos
cos polgares

Cos índices

Figura 16: Presión inversa suavizante

5. MAMILA PLANA OU INVERTIDA:

Nestes casos pode ser máis dificultosa a instauración da lactación, dependerá de se o neno ou nena se agarra ó peito correctamente, é dicir abrindo ben a boca e collendo un bo bocado de aréola.

O bebé mama agarrando a aréola non a mamila, co cal unha mamila plana non ten porque ser un impedimento para unha lactación con éxito.

Non estimular as mamilas durante o embarazo nin tras o parto. Non precisan preparación, xa que está demostrado que non ofrecen ningunha vantaxe.

Medidas e tratamentos

- É moi importante reforzar a confianza da nai, explicarlle que o seu bebé succiona o peito, non a mamila.
- Inicio da lactación materna precoz (Posparto inmediato)
- Estimular en Contacto Pel con Pel o máximo tempo posible.
- No caso de situacións de dificultades de agarre estimular as mamilas xusto antes de cada toma, a maioría das veces é suficiente con facelo manualmente, se non é suficiente pode utilizarse un sacaleite, explicando á nai que o obxectivo é lograr a protrusión da mamila e non extraer leite.
- Favorecer o enganche e a succión, espremendo manualmente unhas pingas de leite.
- Suxerir que mame primeiro do peito ca mamila invertido para que o faga de forma máis vigorosa.
- Estimular as comisuras do bebé cos dedos para conseguir que abra a boca o máis posible para intentar introducirle o peito na boca en ese momento.
- Xusto antes do agarre, a nai podería pinzar suavemente, polo perímetro exterior da súa aréola na súa parte inferior e superior, sen que os seus dedos entorpezan o agarre do neno ou nena para favorecer ó máximo a protusión da mamila.
- Non empregar protectores da mamila (pezoneras) inicialmente. Só se non conseguimos que se agarre ó peito de ningunha maneira, poderíase contemplar como solución temporal.

- Unha vez establecida a lactación e se o agarre é axeitado pódense retirar as protectores da mamila (pezoneras) asesorando á nai para que manteña o peito collido en forma de “C” ou “U” durante a toma (ver figuras 3 e 4: técnicas de Hamburguesa)
- Se ó primeiro non se consegue que agarre o peito, manter a lactación co leite materno extraído con sacaleite.
- Se o problema afecta a un só peito e non se consegue que o bebé mame del, pode aleitar só co outro, xa que pode producir a cantidade suficiente para alimentalo (a mama producirá máis leite canto máis leite se saque dela).

6. OBSTRUCCIÓN MAMARIA:

Síntese como un vulto duro e doloroso en algún cuadrante dunha mama. A zona máis habitual é o cuadrante superior externo. Pode acompañarse de febrícula e malestar. Se o vulto non está quente e vermello, nin hai febre $>38,5^{\circ}\text{C}$ non se considera mastite.

Adoitan aparecer por un defecto da drenaxe do leite.

Medidas e tratamentos

- Buscar a posible causa:
 - » Revisar o suxeitador (comprobar que non preme unha zona determinada, favorecendo a aparición de obstrución nese lugar.
 - » Revisar a postura materna ao durmir (comprobar que non durme sempre do mesmo lado favorecendo a aparición de obstrución na área que está sempre premida contra a cama)
- Observar unha toma (comprobar que o agarre non favorece a obstrución nunha determinada zona).
- Realizar unha masaxe da zona durante uns 3 minutos, con movementos circulares e en dirección á mamila. Pódese facer antes ou durante a toma.
- Colocar ao neno ou nena de maneira que o queixo do bebé quede xusto enriba da obstrución, ou polo menos en dirección a ela. Recoméndase variar a postura na que se coloca ao neno ou nena ao longo do día para asegurar un correcto baleirado do peito.
- Con estas intervencións mellora se a causa principal é mecánica (dificultade no agarre, freo).



Figura 17: Postura de cuna invertida

7. MASTITE AGUDA:

Inflamación de un ou varios lóbulos da glándula mamaria, acompañado ou non de infección. É máis frecuente na 2ª e 3ª semana postparto.

Os síntomas son dor intenso, signos inflamatorios (eritema, tumefacción, induración) acompañados de síntomas xerais similares ós da gripe que inclúen: febre ($>38,5^{\circ}\text{C}$), calafríos, ganglios axilares, malestar xeral, cefaleas, náuseas e vómitos.

É posible que o bebé rexeite o peito máis afectado xa que a infección provoca unha concentración de sodio e altera o sabor do leite, que pode estar máis salgada.

Medidas e tratamentos

- Recoller unha mostra de leite materno
- Non suspender a lactación materna
- Sóse recomendar un baleirado o máis completo posible dos peitos xa que reduce a tensión e a concentración bacteriana no interior da glándula, o que produce un lixeiro alivio transitorio.
- Analxésicos: Ibuprofeno, Paracetamol
- Favorecer o repouso da nai. Valorarase por un facultativo a indicación de tratamento antibiótico. (Todos os antibióticos son compatibles coa lactación materna, en caso de dúbida consultar na páxina www.e-lactancia.org).

8. ABSCESO MAMARIO:

Pode aparecer como complicación dunha mastite, a zona vermella e quente móstrase dura externamente pero flutuante á palpación coa pel moi vermella, tensa e brillante. É frecuente que non haxa febre, só febrícula, a nai síntese mellor pero ten máis dor.

Medidas e tratamentos

- É posible realizar unha punción cunha agulla guiada mediante ecografía e colocar unha drenaxe.
- A actuación máis frecuente é o drenado cirúrxico. Administrarase tratamento antibiótico.
- Nun principio non debe suspenderse a lactación materna.
- Mentres esperamos os resultados podemos continuar coa lactación xa que non produce ningún dano no bebé.

Táboa VIII. Resumo de medidas e tratamentos de problemas mamarios

	INGURXITACIÓN	CONDUCTO OBSTRUÍDO	MASTITE	GRETAS
INICIO	Precoz	Tardío	Tardío	Precoz
DISTRIBUCIÓN	Bilateral	Unilateral	Unilateral	Unilateral
EXTENSIÓN	Global	Sectorial	Sectorial	Localizada
DOR	Máis ou menos intenso e xeralizado	Leve e localizado Cordón doloroso unilateral	Intenso e localizado	Co contacto e manipulación da mamilas
INFLAMACIÓN E CALOR	Inflamación sen calor	Pouco ou ningún calor	Calor, inflamación e enroscemento	Non
FEBRE	<38°C	<38°C	<38°C	<37,5°C

SÍNDROME GRIPAL	Síntese máis ou menos ben	Síntese máis ou menos ben	Sí	Non
PREVENCIÓN	lactación materna sen restrición Bo agarre.	lactación materna precoz sen restricións Baleirado completo	Evitar gretas, axudando a conseguir un bo agarre. Bo baleirado	Observar unha toma, para favorecer un bo agarre
TRATAMENTO	Calor local antes Frío local despois AINES Extracción	Masaxe cara mamila durante toma. Variar postura Evitar compresión do peito: suxeitador	Analxéticos, antiinflamatorios. Antibióticos. Continuar lactación materna	Corrixir causa Iniciar a toma no peito sen greta Analxesia

Toma de mostras do leite e envío a Microbioloxía

Para recoller unha mostra é importante saber:

- Recollida en frasco estéril
- Hai que ter en conta o horario de envío de mostras a microbioloxía para que a mostra chegue o máis fresca posible.
- Debe recollese sempre mediante expresión manual, previo lavado de mans e uñas con xabón e auga morna e secado cunha toalla limpa ou cunha toallíña de un só uso ou luvas estériles (o sacaleite pode dar un falso positivo pola dificultade paras esterilízalo.)
- Desbotar as primeiras pingas.
- A cantidade mínima necesaria de leite é de 1 ml por peito.

9. ÍNDROME DE RAYNAUD:

É unha isquemia transitoria ou falta de rego sanguíneo nas zonas máis distais do corpo, que son os dedos de mans e pés, orellas, punta do nariz e mamilas. Algunhas persoas sófren en situación de frío ou estres.

Presentan cambios de cor da punta da mamila. Normalmente estará branco ó acabar a toma, vólvese morado e finalmente rosa. Empeora moito co frío e mellora co calor local. O medo e o estres empeoran o cadro.

Medidas e tratamento

- Se a muller con este síndrome non presentara episodios previos antes da lactación, o máis probable é que se trate dun Raynaud secundario a un agarre subóptimo crónico. Como primeira medida, descartar un posicionamento inadecuado e alteracións anatómicas orofaciais no bebé.
- Calor local antes e despois das tomas
- Tomar bebidas quentes sen cafeína ou teína antes de aleitar e facelo en lugares cálidos.
- Intentar relaxarse antes das tomas
- Fumar pode provocalo como efecto secundario en algunhas persoas
- Consultar cun médico que pode valorar prescribir un vasodilatador compatible coa lactación (nifedipino 10 mgr 1 cada 8 horas ou nifedipino 30 mgr de liberación retardada 1 cada 24 horas).

ANEXO 5.FOLLETO INFORMATIVO PARA NAIS E FAMILIAS

Luísa García Vicente

María Dolores Iglesias Vilas

Mónica Picón Cotos

- 1. Aleita pronto, canto antes, mellor.** A maioría dos bebés están dispostos a mamar durante a primeira hora despois do parto, cando o instinto de succión é moi intenso. Aleitar precozmente facilita a correcta colocación ao peito.
- 2. Ofrece o peito a miúdo día e noite.** Faite a idea de que pasarás moito tempo aleitando o teu bebé durante estas primeiras semanas. O neno/a que acaba de nacer normalmente mama entre 8 e 12 veces en 24 horas. Non mires o reloxo e dálle o peito cada vez que busque ou chore, sen esperar a que “lle toque. Así establecerás unha boa subministración de leite.
- 3. Asegúrate de que o bebé succiona eficazmente e na postura correcta, se tes dúbidas pídelle ao persoal sanitario que che indique como facelo.**
- 4. Se os teus peitos se poñen duros ou se inflaman, extráete un pouco de leite de xeito manual ou mediante un sacaleite antes de poñer o bebé ao peito, para abrandar a área ao redor da mamila. Entre tomas, as compresas de xeo axudan a reducir a inflamación. Aleitar con frecuencia tamén axuda a diminuír a inflamación (tamén se coñece como ingurxitación mamaria).**
- 5. A lactación materna non debería doer.** Se lle resulta dolorosa busque axuda o antes posible.
- 6. Permite que o bebé mame do primeiro peito todo o que desexe, ata que o solte ou comprobos que o teu peito está baleiro.** Despois ofrécelle o outro. Unhas veces quererao, outras non. Así o bebé tomará o leite que se produce ao final da toma, rica en graxa e calorías, e sentirase satisfeito.
- 7. Canto máis mama o bebé, máis leite produce a nai.** É importante respectar o equilibrio natural e deixar que o bebé marque as pautas, mamando a demanda. Non é necesario sentir o peito cheo; o leite prodúcese principalmente durante a toma grazas á succión do bebé.
- 8. Evita os biberóns “de axuda”.** O leite artificial enche o bebé e minan o seu interese por mamar, entón o bebé succiona menos e a nai produce menos leite.
- 9. Evita o chupete,** polo menos durante as primeiras semanas, ata que a lactación estea ben establecida. O neno/a que acaba de nacer ten que aprender ben como mamar do peito, e as mamadeiras artificiais, tales como o biberón ou o chupete poden dificultar esta aprendizaxe.
- 10. Recorda que un bebé tamén mama por razóns diferentes á fame,** como por necesidade de succión ou de consolo. Ofrecerlle o peito é a forma máis rápida de calmar ao teu bebé.
- 11. Ti podes saber se o teu bebé está recibindo suficiente leite** contando os cueiros que molla e ensucia. Nos primeiros días, cando a cantidade de leite materno é baixa pero alta en substancias nutritivas, o teu bebé mollará unicamente 1 ou 2 cueiros ao día. Unha vez aumente a produción de leite, o teu bebé debería mollar uns 5 ou 6 cueiros e ter unhas deposicións (cacas) ao día.
- 12. Cóidate.** Necesitas encontrar momentos de descanso e centrar a túa atención máis no bebé que noutras tarefas. Solicita axuda dos teus.
- 13. Busca apoio** nos grupos locais de fomento da lactación materna xa que teñen a información e o apoio que toda nai lactante necesita.



galicia



Servizo Galego
de saúde



Xerencia Xeral
Servizo Galego de Saúde

Guía

00

L