

L<sub>o</sub>

ACTANCIA

M

ATERNA

EJOR

EN

SITUACIONES

ESPECIALES



M<sup>a</sup> ARACELI ROMERO LARA  
EIR R2 ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.  
Hospital Universitario Reina Sofía

25-01-2019

# ÍNDICE

## ❖ CONCEPTOS BÁSICOS

- ANATOMÍA y FISILOGÍA
- PÉRDIDA DE PESO Y CALOSTRO
- EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA
  - ✓ AGARRE
  - ✓ POSTURAS
- REFLEJOS Y PROBLEMAS DE SUCCIÓN

## ❖ SITUACIONES ESPECIALES

- HIPOTONÍA: SÍNDROME DOWN
- CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
- GEMELARES
- LABIO LEPORINO, FISURA PALATINA
- USO DE LECHE HUMANA EN PREMATUROS

## ❖ CONCLUSIONES



¿SABEMOS IDENTIFICAR UN AGARRE CORRECTO AL PECHO?

¿FAVORECE EL CALOSTRO LA ELIMINACIÓN DE MECONIO?

¿DÓNDE SE ENCUENTRA EL PUNTO "S"?

¿ES ÚTIL EL RELACTADOR EN CARDIÓPATAS?

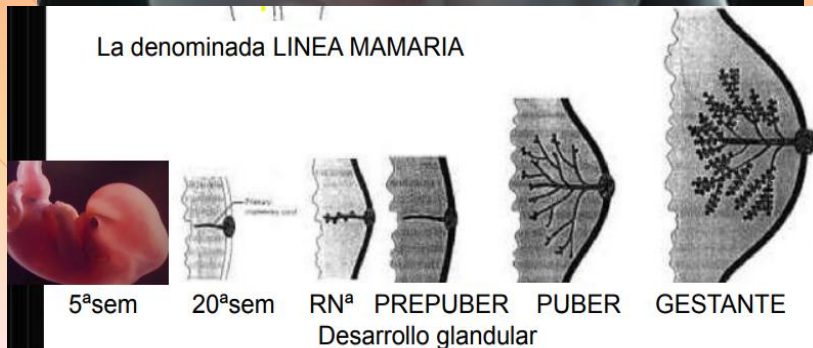
¿DEDO-JERINGA FISIOTERAPIA DE LA SUCCIÓN?



# ANATOMÍA y FISIOLOGÍA

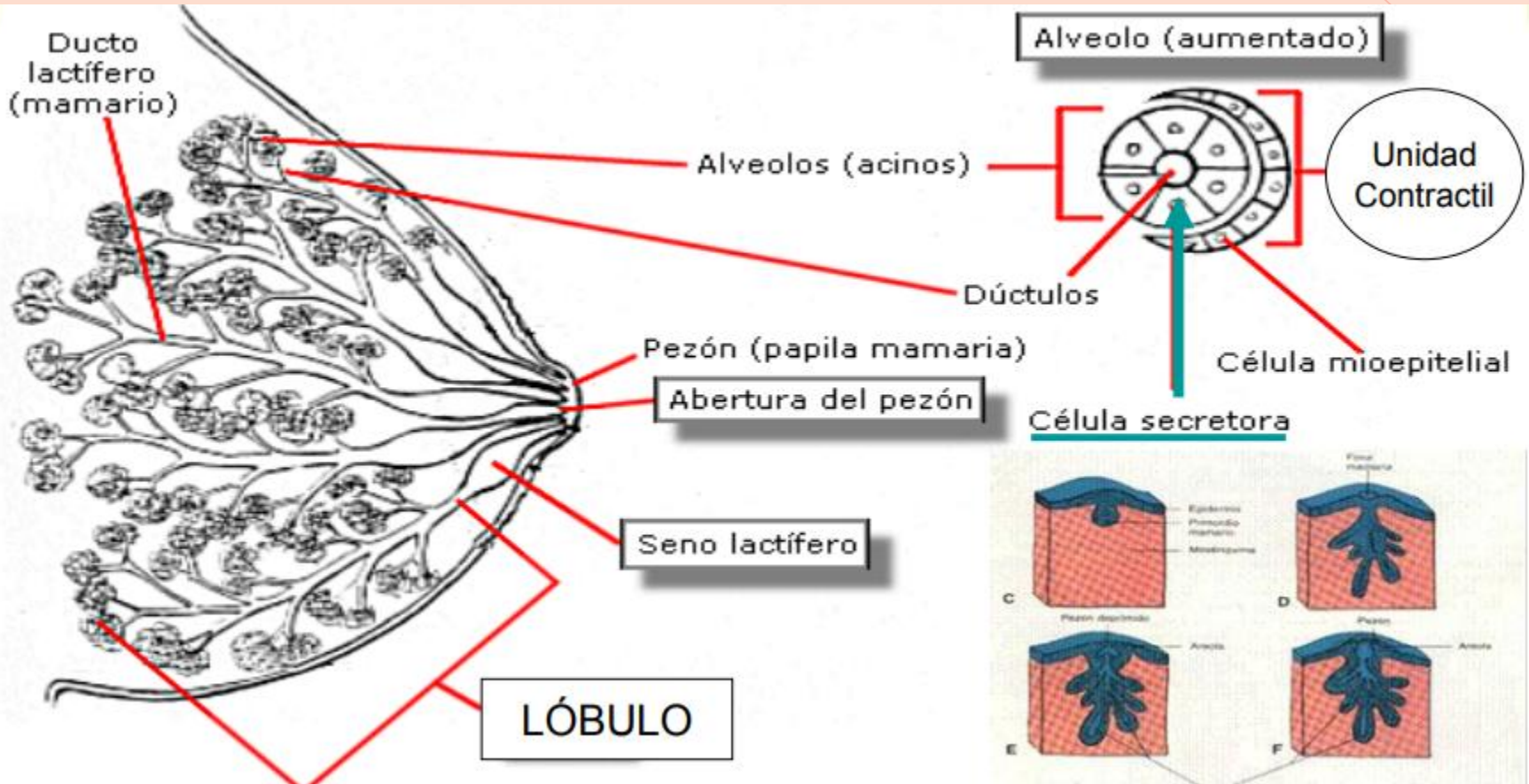


- **VIDA EMBRIONARIA:** crestas y papilas mamarias
- **PUBERTAD:** T. epitelial y estroma. CM de mama cambios: alarga conductos, ramifica en 2º, extremo brotes: lóbulos (I, II, III, IV).
- **MAMOGÉNESIS:** E-P-Prl-LP-FEC-I-HC-G
  - Ramificación ductal: E
  - Morfogénesis lóbulo-alveolar: P
  - Diferenciación secretora
- **LACTOGÉNESIS I:** ↑ P: 5º-6ºM. (24SG)
  - Dif. Alveolar: **LACTOCITOS** (lactoalbúmina en sangre) (producción leche **inhibida** por P y LP)
- **LACTOGÉNESIS II:** ↓ P,E, LP ↑ Prl. Síntesis leche: SUBIDA LECHE
- **LACTOGÉNESIS III (lactopoyesis):** depende de succión y hormona Prl.





# ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA



# ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

MAMA NO  
GESTANTE

MAMA  
GESTANTE



## LACTOGÉNESIS II

### 1. CALOSTRO:

1<sup>os</sup> 3-5 (7) días

### 2. LECHE TRANSICIÓN:

2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> sem.

### 3. LECHE MADURA:

>3<sup>a</sup>sem.



**\*Aquellas madres que dan a luz antes SG28 pueden: interrumpir desarrollo de la mama, retrasar act. secretora y disminuir producción leche.**


(Henderson et al, 2003: **Impact of intrapartum epidural analgesia on breast-feeding duration.**)

# PÉRDIDA DE PESO Y CALOSTRO

**CALOSTRO:** espeso, amarillo, carotenos+++ (6-10 veces > madura).  
(( 67 kcal / dl)). 1<sup>os</sup> 5-7 días p-p. ➡ L. TRANSICIÓN ➡ L. MADURA

## EVOLUCIÓN CALOSTRO PRIMEROS DÍAS DE VIDA

DÍAS	1	2	3	4
VOLUMEN (ml)	50-100	190	400	625
LACTOSA	20	25	31	32
LÍPIDOS	12	15	20	25
PROTEÍNAS	32	17	12	11

\*Rico en : Na, K, Cl, antioxidantes, oligoelementos (Fe, Cu, Zn), vit. Lipos.  
Leuc., Mastocitos, Macróf., Ig A++, Ig G, Ig M, **ESPECÍFICOS DEL AMB. MADRE**,  
\*Proteínas: calostro > l. madura recuperar sérica  retención hídrica: STOP pérdida peso.

\* 1<sup>os</sup> 3 días: **MÁX. PERMEABILIDAD MUCOSA INTESTINAL:** moléculas absorbidas: impacto alergias, capac. inmunomoduladora.

# PÉRDIDA DE PESO Y CALOSTRO

## PROTEÍNAS Y OTROS NUTRIENTES CALOSTRO vS L. Madura

(x/ litro)	Calostro (1-5 d)		L. Madura(>30d)
<b>Proteínas (g)</b>	23	>	9-12
Caseína (mg)	1400	<	1870
Alfa lactoalbúmina (mg)	2180	>	1610
<b>Lactoferrina (mg) ★</b>	3300	>	1670
<b>Ig A (mg)</b>	3640	>	1420
Calorías (kcal)	670	<	750
<b>Minerales (mEq)</b>	110	>	80
HC (g)	12	<	12.8
Grasas (g)	30	<	35-40
<b>Lisozima (mg)</b>	460	>	390

RUOCCO  
RMSA -  
Colostro  
humano:  
contribu o  
ao estudo da  
sua  
composi o  
leucocit ria. S  
 o Paulo,  
1992. Tese  
(Doutorado) -  
Faculdade de  
Medicina,  
Universidade  
de São Paulo.

**FLORA BACTERIANA:**  
*(Bifidobacterium y lactobacillus)*

**PROTECCIÓN  
INFECCIONES**

**ELIMINACIÓN  
MECONIO (pH)**



# PÉRDIDA DE PESO Y CALOSTRO

- Pérdida fisiológica: a los 3-4 días: **4-9%**  
(máx. 10-12%)
- Causas:
  - Eliminación **meconio** y exceso **Liq. Extracel.**
  - Pérdida de reservas **grasas**

## Recupera:

- **20gr/día**
- **10º día**- 3 sem=  
peso parto.

## INDICADORES CANTIDAD INGESTA ADECUADA EN PRIMEROS DÍAS

1. Pérdida en límites **fisiológico** <10%
2. Succión **vigorosa** y frec.
3. Inicio toma: 1ºSuc. **ráp.** 2º: **lenta.** Visible **restos lácteos.**
4. Vigorosa: aprox: 10-15min\*\*
5. Tras toma: RN **relajado**
6. Activo entre tomas
7. **Micciones:** 3-5 /día desde 3º día
8. **Deposiciones:** 6-8/día (tras toma)///// 1c/2-4 días abundante



# PÉRDIDA DE PESO Y CALOSTRO

DÍA	MICCIÓN		DEPOSICIÓN	
	Nº	CARACTERÍSTICAS	Nº	CARACTERÍSTICAS
1	<b>1 ó +</b>	Transp./amarillo pálido	<b>1 ó +</b>	MECONIO
2-3	<b>2 ó 3</b>	Transp./amarillo pálido	<b>1 ó +</b>	Meconio./Heces de transición Marrón verdoso
3-5	<b>3-5</b>	Claro/amarillo pálido	<b>3-4</b>	Transición. Líquidas. Amarillento.
5-7	<b>4-6</b>	Transp. y amarilla	<b>3-6</b>	Líquidas. Amarillento.
7-28	<b>6 ó +</b>	Claro/amarillo pálido	<b>5-10</b>	Amarillo

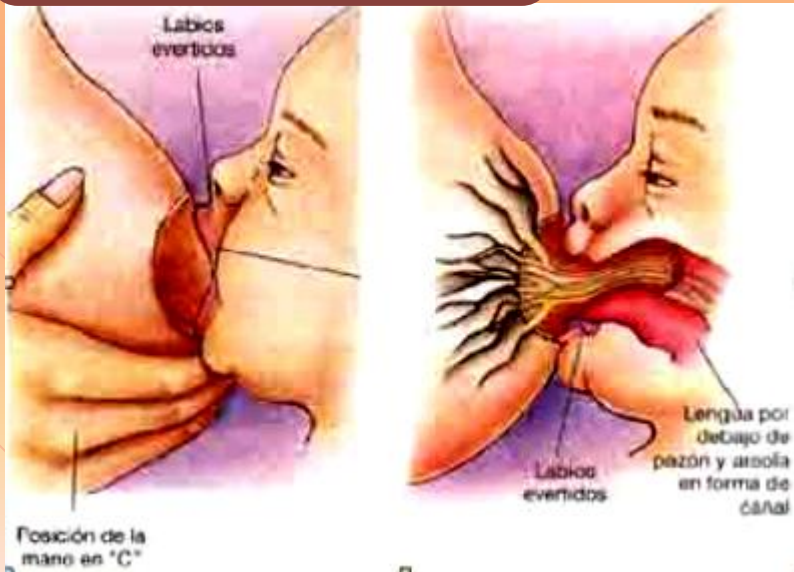
# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO: ➡ ÉXITO LM

Adecuado AGARRE

¿CÓMO?

POSICIÓN correcta



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## SIGNOS BUEN AGARRE

- **Areola visible: ENCIMA** > abajo
- **Boca: 120º** (muy abierta)
- **Labio INF. Evertido**
- **Mentón TOCANDO** pecho

## SIGNOS MAL AGARRE

- **Areola visible: DEBAJO** > encima o IGUAL
- **Boca: NO** muy abierta
- **Labio INF. hacia delante o Invertido**
- **Mentón SEPARADO** pecho

## SIGNOS SUCCIÓN EFECTIVA

- **1º succión RÁP. y SUPERF:**  
(desencadenar reflejo eyección)
- **2º succión LENTA y PROFUNDA**
- **Deglución audible**
- **Pausas:** segundos
- **Mejilla:** redonda (mov. Mandib)
- **Nariz libre**
- **Pecho redondo**
- **No dolor (madre)**
- **Suelta espontánea.**
- **Pezón estirado**



## SIGNOS SUCCIÓN INEFECTIVA

- **SUCCIÓN: siempre RÁPIDA**
- **Sin deglución**
- **No logra fluya leche** hacia boca
- **Mejillas: CONTRAÍDAS**
- **Nariz APLASTADA**
- **Pecho ESTIRADO**
- **DOLOR**
- **Pezón estirado Y APLASTADO**



# INDICADORES DE UN AGARRE CORRECTO

La cabeza queda bien a la altura y enfrentada del pecho de la mamá.

facebook.com/duermeteahannibal

La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.

La mandíbula inferior se mueve hacia arriba y abajo. La oreja y la sien también se mueven.

facebook.com/duermeteahannibal

El cuerpo del bebé debe quedar bien en paralelo al cuerpo de la mamá, "barriga con barriga".

facebook.com/duermeteahannibal

La boca está abierta en su máxima amplitud posible.

facebook.com/duermeteahannibal

Las mejillas se ven redondeadas y sin hoyuelos.

Los labios están evertidos en "boca de pez".

Se puede oír cómo traga pero no es excluyente de un agarre adecuado.

facebook.com/duermeteahannibal

La succión se inicia con un ritmo rápido para estimular la bajada de la leche, pero luego cobra un ritmo lento y profundo, con pausas momentáneas.

facebook.com/duermeteahannibal

El pezón no se siente dolorido ni sale deformado con forma de barra labial al finalizar la toma.

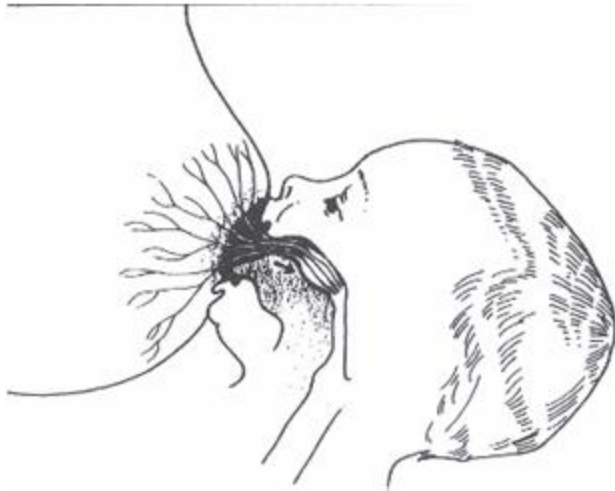
La lengua envuelve el pezón por debajo.

facebook.com/duermeteahannibal

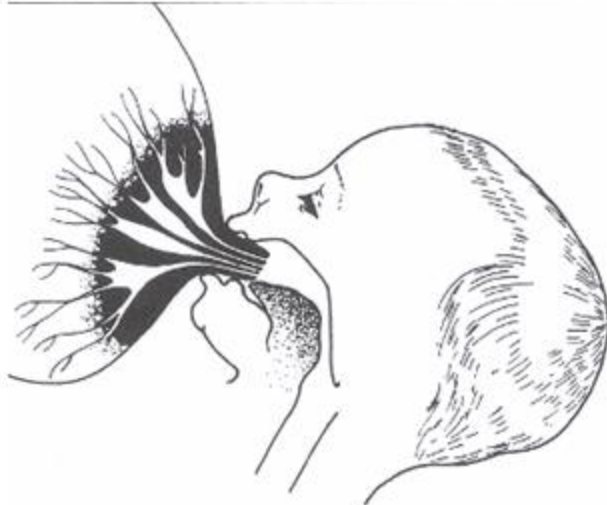
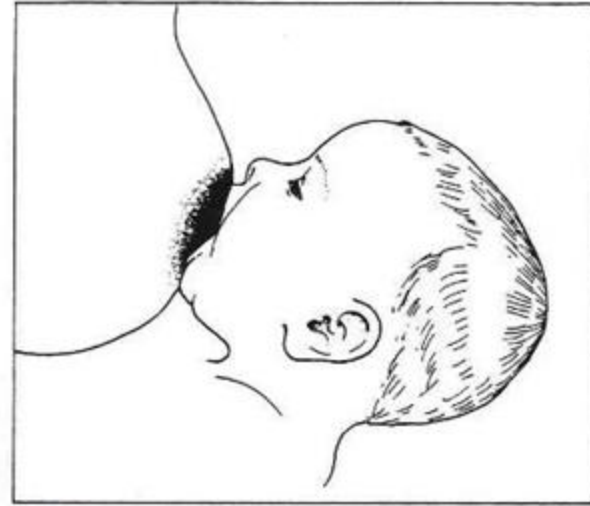
El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del bebé.

La barbilla está rozando el pecho. La nariz puede estar rozando también, o no.

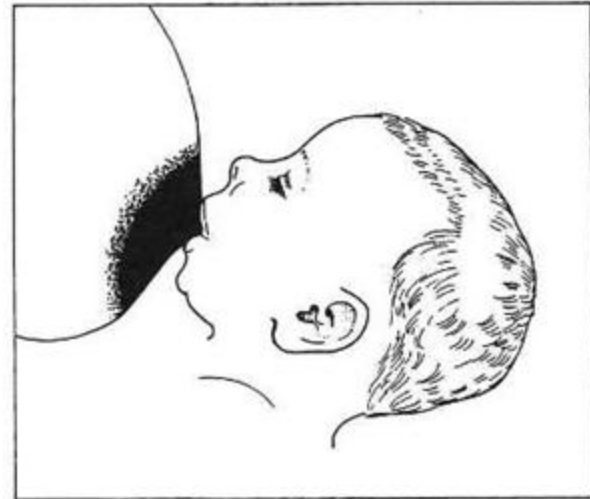
facebook.com/duermeteahannibal



Agarre correcto y eficaz



Agarre incorrecto e ineficaz



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA



## ❖ POSICIÓN correcta:

- ✓ cara hacia pecho
- ✓ cabeza y cuerpo bien alineados
- ✓ pezón a la altura de labio superior
- ✓ cabeza bien alineada con el pezón

# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

❖ POSTURA correcta:  COMODIDAD M-H





# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## Posición CUNA

- ✓ **DE LAS MÁS UTILIZADAS**
- ✓ Madre sujeta cuello y cabeza con brazo y mano de pecho que ofrece
- ✓ Para evitar deflexión cuello: colocar cabeza en antebrazo ( en lugar de codo) y mano en espalda



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Posición CUNA



CUNA cruzada



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## Posición RECOSTADO de LADO

- ✓ Madre de lado: pecho descansa sobre colchón
- ✓ Bebé acostado de lado, mirando hacia madre, **cabeza apoyada en colchón** (no brazo madre)
- ✓ **Desplazar** al bebé (no el pecho) hasta que pezón altura nariz.
- ✓ ÚTIL:
  - **DESCANSO MATERNO**
  - **DOLOR PERINÉ** (instrumentado, hemorroides)



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Posición RECOSTADO de LADO





# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## Posición RUGBY

- ✓ Madre sujeta cabeza y cuerpo con antebrazo y mano de pecho ofrece.
- ✓ Mano libre: agarre dirigido
- ✓ **Cuerpo RN bajo brazo** madre, pies hacia espalda madre (almohada)
- ✓ ÚTIL:
  - **Drenar cuadrante EXTERNO**
  - **GEMELOS**
  - **Mamas muy GRANDES**
  - **Obesidad MÓRBIDA**
  - **MEJORAR AGARRE**



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Posición RUGBY



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## Posición DANCER/CABALLITO

- ✓ Bebé sentado a caballito sobre muslo madre.
- ✓ 1ª mano sujeta bebé por espalda
- ✓ 2ª afianza mentón a su pecho=bandeja: bajo pecho: forma U (índice-pulgar)
- ✓ ÚTIL:

- **HIPOTONÍA (Sd. Down)**
- **Alt. PALADAR**
- **RETROGNATIA**
- **RGE**



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Posición DANCER/CABALLITO



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

## Posición CRIANZA BIOLÓGICA/ Método COLSON

- ✓ Madre semirrecostada (15-65°), cómoda.
- ✓ Bebé encima madre, cara entre pechos.
- ✓ Realiza agarre espontáneo
- ✓ ÚTIL:
  - **Dificultades agarre**
  - **Dolor en periné**

- ✓ Suzanne Colson 2008
- ✓ Permite al RN acceder activamente al pecho.
- ✓ **>desencadenam. REFLEJOS PRIMITIVOS** para realizar BÚSQUEDA, ENCONTRAR pecho, ENGANCHARSE, SUCCIONAR, OBTENER leche.



Posición Reclinada



# EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Posición CRIANZA BIOLÓGICA/  
Método COLSON



# REFLEJOS Y PROBLEMAS DE SUCCIÓN

REFLEJO DEGLUCIÓN:  
**16SG**



REFLEJO SUCCIÓN:  
**20SG**



COORDINACIÓN  
SUCCIÓN-DEGLUCIÓN:  
**32SG**

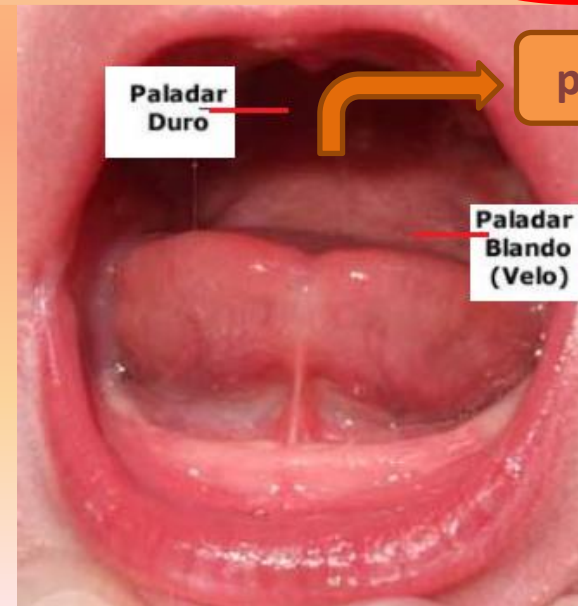
COORDINACIÓN reflejos SUCCIÓN-DEGLUCIÓN--RESPIRACIÓN: **32-34SG**

REFLEJO BÚSQUEDA:  
**32SG**

(al rozar mejillas/labios)

• Sind. CONFUSIÓN DE PEZÓN: Interferencia de **chupetes y biberones**

- ❖ Posponer inicio: 1M vida
- ❖ Retirada: 1 año (AEP)



punto "S"

*SITUACIONES*  
*ESPECIALES*

# HIPOTONÍA.

• **Prematuridad**, enf. Neur., Metab., Musc. →

problemas de  
succión eficaz

• **Amamantar**: favorece el desarrollo neurológico:

Lactancia M. directa → 1er Ejer. de estimulación temprana.

• No evidencia: colocar 1º a Bib, 2º pecho // mejor succión Bib.

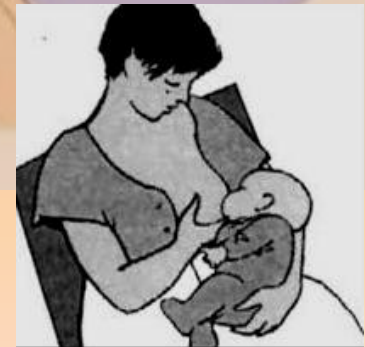
• Si puede alimentarse por boca:

Ofrecer pecho → **garantiza estimulación** si la succión es débil.

• Madre: **facilita** transferencia leche: **compresión con propia mano**.

Dedo PULGAR E ÍNDICE en lugar de sujetar mandíbula → próximos a

AREOLA → leche **extraída directa a la boca** del niño.



• **Pezonera fina silicona**: útil si buena producción (500ml/d). (?)

# HIPOTONÍA. SD. DOWN

❖ Síndrome de DOWN:  
>90%: hipotonía

- Bebé < demandante. **Tomas + largas.**  
A los 3-4 M succión mejora (+ al año)
- Inicio LM: tiempo y paciencia, **tomas + frec.,**  
usar SNNutritiva.
- **Buen soporte** cefálico. Sostener **verticalm.**
- Posición **Dancer.**
- **Curvas de crecimiento propias**  
(crec. + lento).
- Si incapaz de succionar adecuadamente:  
**EXTRACCIÓN** (m/s) → vasito, cucharita...





# MÉTODOS PARA ADMINISTRACIÓN de leche extraída



Cucharilla



Catéter-  
jeringa



Recipiente  
cuchara



Finger Feeding

Dedo-  
jeringa



Vasito



7.62 cm



PALADAI  
FEEDING

# CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

✓ Creencia **errónea** de que ALIMENTACIÓN AL PECHO ES demasiado DIFÍCIL → se aconseja biberón: (sin demostrar que sea más beneficioso).

✓ La >ría, **MAMAN SIN DIFICULTAD**. Al pecho:

- <distrés C-Resp
- Ctes. + estables
- Mejor SAT. O2.

✓ Beneficios de LM indiscutibles:

- Protección inmunitaria: infecciones
- < estrés materno y mejora vínculo



LM vs LF

- LM: **baja en Na.**
- LM: **fácil digerible**

permite ALIMENTAR +  
FREC.

# CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

TODO RN CON  SE BENEFICIA DE LM

- S/ gravedad de  PUEDE CANSARSE en la toma → madre ayuda comprimiendo el pecho. **Útil el uso del RELACTADOR.**
- Si inestable: madre se extrae leche y se la da (vasito, jeringa...)
- Si  moderada-grave +
  - nec. **Metab. aumentadas**
  - **restricción hídrica** → extraer leche y adm. parte final (>CAL).
- Ofrecer pecho >frec.:  - consumo O<sub>2</sub>
- La **succión no nutritiva** (pre-Qx) puede calmar. - cansancio.



# MÉTODOS PARA ADMINISTRACIÓN SUPLEMENTOS

## RELACTADOR:

**Recipiente** que la madre se cuelga alrededor del cuello, y del cual a través de una válvula, salen **1 ó 2 sondas** que se adhieren a cada seno, llegando la punta de c/ sonda al extremo de c/ pezón.

- Evita problemas de confusión

- RN se alimenta

- A la vez se estimula producción leche (succión)





1 biberón de alimentación

1 soporte de válvula

3 válvulas con tubo  
roja = pequeña,  
blanca = mediana,  
transparente = grande

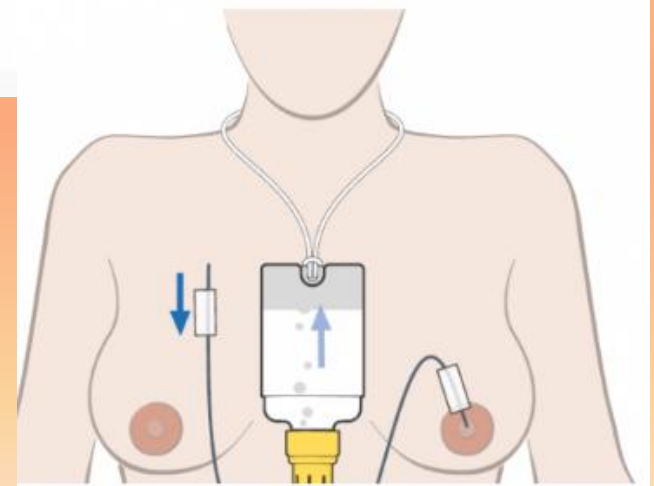
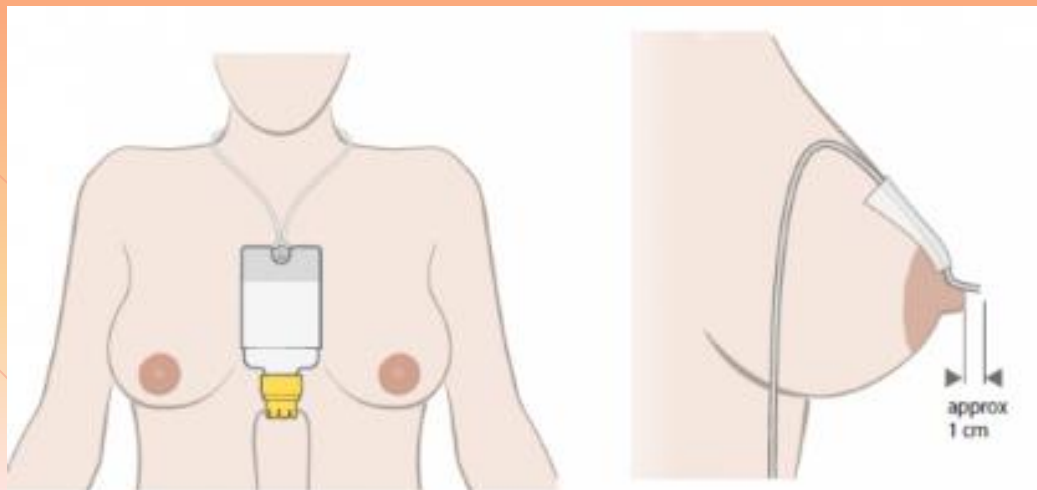
1 anillo de conexión



1 cordón para el cuello

1 cinta de papel

1 tapa





# GEMELARES

## Posición doble DANCER



**FALSO MITO: NO VAS A TENER LECHE  
SUFICIENTE PARA LOS 2 →  
MIENTRAS MÁS VECES SUCCIONEN  
Y MEJOR → > PRODUCCIÓN LM**



**CUNA CLÁSICA + RUGBY**

# GEMELARES

Posición SENTADA: CRUZADA



Posición DOBLE RUGBY

# GEMELARES

Postura sentada –  
Posición mixta (estirada +  
rugby)



Postura estirada –  
Posición estirados

# LABIO LEPORINO.PALADAR HENDIDO.

## LABIO LEPORINO UNILATERAL:

- ❖ DIRIGIR EL PEZÓN hacia el lado no afecto → posturas.
- ❖ Sellar hendidura PECHO y/o DEDO madre.



## LABIO LEPORINO BILATERAL:

- ❖ Posición RUGBY mejora agarre
- ❖ Sujetar incorporado para que no salga leche por nariz
- ❖ Nuca en ligera flexión.
- ❖ Si no LMD → extraer y ofrecer tetina especial, vaso...



## PALADAR HENDIDO:

Puede succión s/ localización y extensión lesión.

- ❖ Colocar mama hacia lado menos afecto.
- ❖ PEZÓN hacia ABAJO para que no se meta en defecto.
- ❖ Si no LMD → extraer y ofrecer tetina especial, vaso...





# USO DE LECHE HUMANA EN PREMATUROS

•Evidencia: **entorno hospitalario de alto apoyo + equipo interdisciplinario** favorecen LM en prematuros

•Recomendada Lactancia M. por:

- propiedades **inmunológicas**.
- papel **maduración G-I**.
- formación **vínculo M-H** .
- mejor **RENDIMIENTO NEUROCONDUCTUAL** (>cap. Cognitiva)



• Mejor **coordin. SUCCIÓN-DEGLUCIÓN** .

•LM proceso **+fisiológico** ➡ Niveles **pO<sub>2</sub>, SAT. O<sub>2</sub>** y la **T<sup>a</sup> corporal** +altos que con biberón (demostrado).

•Protege de **ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE**.



# USO DE LECHE HUMANA EN PREMATUROS

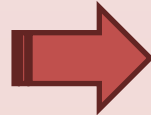
- Ac. Grasos  $\Omega$  3 + Taurina + beta carotenos + sust. antiox. Vit. E

De LM= PROTECCIÓN DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO



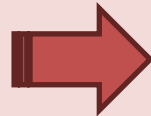
# ALIMENTACIÓN EN PREMATUROS

N. PARENTERAL



URGENCIA MÉDICA

N. ENTERAL



Inicio precoz favorecer la estimulación trófica del intestino.



- Objetivo:  $\uparrow$  NE +  $\downarrow$  NP  $\rightarrow$  RETIRAR NP (NE 2/3 aportes totales).
- Con LM  $\rightarrow$  precisan  $<$  tiempo de NP.

•1ª opción: LECHE DE SUS PROPIAS MADRES.

•2ª opción: LECHE DE BANCO/ DONADA.

•3ª opción: LECHE DE FÓRMULA (último recurso)

# ALIMENTACIÓN EN PREMATUROS

## •1ª OPCIÓN: LECHE DE SUS PROPIAS MADRES.

- Hasta 32-34SG\* alimentar por ~~B~~OCA
- extracción LM → SOG/SNG + Succión N.N. ayuda a transición y estimula reflejo de succión → IMP.

### •Leche materna extraída:

- 1ª sem: Ofrecer así
- 2ª sem: Congelar (↓ CMV)
- A partir de aprox:  
>90-100ml/kg/día → FORTIFICAR



- Nivel de PROTEÍNAS insuficiente → SUPLEMENTAR LM con Ca., fósforo, proteínas y CALORÍAS EXTRA).

# ALIMENTACIÓN EN PREMATUROS

## •2ª OPCIÓN: LECHE DE BANCO/ DONADA.

Si :

- PRODUCCIÓN insuficiente/ nula
- Leche de su madre NO DISPONIBLE



Ofrecer **leche de banco**

**HURS: 2ª mitad FEBRERO** → personal formado y banco en funcionamiento

**Prioridad: grandes prematuros**

## •3ª OPCIÓN: LECHE DE FÓRMULA (último recurso)

# MÉTODOS PARA ADMINISTRACIÓN de nutrición enteral

SOG/SNG  
(<32-34SG)



CAÍDA LIBRE/  
GAVAGE/GRAVEDAD



INFUSIÓN POR BOMBA (SOG/SNG)

BOCA /SONDA  
(>32-34SG)



LM directa+ sonda



Mét. alternativos+  
sonda

BOCA



# CONCLUSIONES

*"El recién nacido solo tiene tres necesidades esenciales:*

- *el calor humano de los brazos de la madre,*
- *la certeza de la presencia de la madre y*
- *la leche de sus senos.*

*La lactancia materna satisface a los tres".*

*by Colette Clark*

## IMPORTANTE:

- Informar a la madre y preguntar al ingreso.
- Registrar **voluntad** de LM.
- Participación de equipo **multidisciplinar**.
- Educar a la madre, dar apoyo y **dotar de estrategias** .



# 10 pasos para una feliz lactancia natural en hospitales

1. **Normativa escrita** de lactancia en conocimiento de todo el personal.
2. **CAPACITAR A TODO EL PERSONAL.**
3. **Informar a todas las embarazadas** de los beneficios y manejo de la LM
4. **Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.**

Colocar al RN en contacto **piel con piel** con sus madres inmediatamente después del parto, **mín. 1 h.** , y alentar a las madres a **reconocer cuando** sus bebés están listos para **amamantar**, ofreciendo ayuda.

5. **Mostrar a las madres cómo amamantar** y cómo mantener **LM si separados.**
6. **No dar a RN otro alimento/bebida que no sea leche materna,** sólo si POM.
7. Practicar **alojamiento conjunto:** permitir madres y RN juntos 24h.
8. Alentar a **amamantar a demanda.**
9. No dar a los niños alimentados al pecho **biberones, tetinas o chupetes.**
10. Fomentar **grupos de apoyo** a la lactancia natural y que las madres se pongan en contacto a su salida del hospital.



Muchas  
gracias